

Enquête Régionale Longitudinale sur la
Santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003



Le Rapport Pour Les Peuples



© Centre des Premières Nations
ISBN: 0-9736623

Pour plus d'information ou pour obtenir des copies additionnelles, s.v.p. contactez:
Centre des Premières Nations
Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)
220, avenue Laurier Ouest, bureau 1200
Ottawa, ON K1P 5Z9
T: 613-237-9462
F: 613-237-1810

Ce rapport est disponible en Anglais:
http://www.naho.ca/firstnations/english/regional_health.php

Imprimé en Novembre 2005.
Version corrigée imprimée en Mars 2006.

Remerciement spécial à Santé Canada pour son appui continue envers le travail fait par ERS.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	v
RÉSUMÉ	vi
POINTS SAILLANTS DE L'ÈRS	vii
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
CHAPITRE 2 : LE CENTRE CADRE ET PERSPECTIVE DES PREMIÈRES NATIONS POUR LA SANTÉ ET LE MIEUX-ÊTRE	7
RÉSUMER L'INFORMATION DISPONIBLE	11
POURQUOI COMMENCER À L'EST?	15
CHAPITRE 3 : VISION	15
PROBLÈMES DE SANTÉ ET MALADIES CHRONIQUES	16
Les problèmes de santé chronique : chez les adultes	16
Les problèmes de santé de longue durée chez les jeunes	18
Les problèmes de santé de longue durée chez les enfants	19
LE DIABÈTE	20
BLESSURES CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS	23
Les chutes et les trébuchements	25
Les accidents reliés à la pratique du sport	25
Le cyclisme	25
Les accidents de véhicule moteur	25
La violence	25
INVALIDITÉS	26
Les invalidités chez les adultes	26
ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES ET BESOINS DE TRAITEMENT CHEZ LES ADULTES DES PREMIÈRES NATIONS	28
CHAPITRE 4 : RELATIONS	33
Santé mentale, mieux-être personnel et soutien parmi les adultes, les jeunes et les enfants des Premières Nations	34
L'emploi	36
L'état de santé perçu	37
L'estime de soi	37
Le racisme	37
Les pensionnats	37
Le soutien personnel	37
Les progrès de la communauté	37
Les impacts des pensionnats sur la santé et le mieux-être des Premières Nations	38
Les impacts des pensionnats sur les jeunes des Premières Nations	40
Les impacts des pensionnats sur les enfants	41
LANGUES ET CULTURES	41
Les obstacles à la santé : la langue et la culture	42
Les sources familiales et communautaires de compréhension de la culture	45
Les caractéristiques de la communauté	46
MIEUX-ÊTRE DE LA COMMUNAUTÉ : POUR-SUIVRE LE CHEMIN	46
Le renouvellement de la spiritualité des Premières Nations	46
Les approches traditionnelles de la médecine	47
Des conditions de logement adéquates	47
Les installations de détente et de loisirs	48
CHAPITRE 5 : RAISON	53
DÉMOGRAPHIE	55
REVENU, EMPLOI ET SCOLARITÉ	55
L'emploi	55
L'éducation	56
Les structures familiales et des ménages	56



LOGEMENT ET CONDITIONS DE VIE57
 La moisissure dans les maisons58
 ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ59
 Le dépistage et la prévention59
 Les obstacles à l'accès aux soins . . .60
 L'accès aux Services de santé non assurés61

CHAPITRE 6 : ACTION65
 USAGE NON TRADITIONNEL DU TABAC . .66
 La grossesse66
 Les jeunes non-fumeurs des Premières Nations66
 Les ex-fumeurs67
 Commencer à fumer67
 Les fumeurs actuels67
 Cesser de fumer68
 L'état de santé général et le tabagisme69
 Le logement69
 Le mieux-être personnel69
 L'état de santé70
 La nutrition70
 L'alcool et les médicaments sans ordonnance70
 L'emploi et le revenu71
 L'éducation71

LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES71
 La consommation d'alcool71
 La fréquence de la consommation chez les consommateurs d'alcool72
 La consommation abusive72
 L'usage de drogues73

Les traitements et les réactions de la communauté73
 NUTRITION ET ACTIVITÉS PHYSIQUES . . .74
 L'activité physique75
 Indice de masse corporelle78
 L'activité physique, l'alimentation et le poids79
 Une bonne santé commence tôt80
 Le poids à la naissance81
 L'allaitement maternel81
 Le tabagisme durant la grossesse . . .81

PRATIQUES SAINES EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ81
 Les habitudes en matière de méthodes de contraception83
 Les habitudes en matière de grossesse ou de paternité84

CHAPITRE 7 : RETOUR À LA VISION — EXAMINER LE PASSÉ89
 Les thèmes de l'enquête90
 Le processus de collecte de données : 91
 La couverture de l'Enquête :92

VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉCHANTILLON FINAL, PAR RÉGION93

CHAPITRE 8 : RETOUR À LA VISION — SE TOURNER VERS L'AVENIR97

ANNEX A99

NOTES DE FIN DE DOCUMENT103

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 œuvre 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.

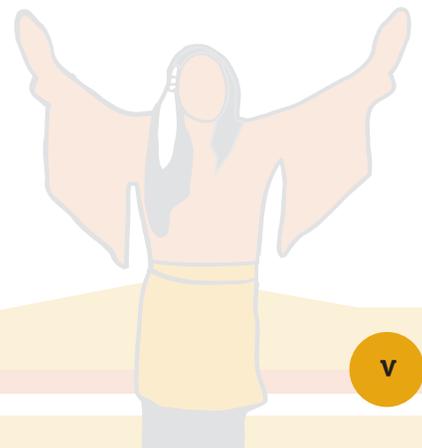
Le bien-être des communautés des Premières Nations a toujours été au cœur de cette initiative. Faire « ce qu'il y a de mieux pour nos communautés » est profondément ancré dans toutes nos actions. Nous croyons que l'information de l'enquête servira à améliorer la vie des enfants, des jeunes, des adultes 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 (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, inf., B. Sc. Inf.
Coordonnatrice nationale
Enquête régionale longitudinale sur la santé (ERS)
Mars 2005





RÉSUMÉ

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003 est une initiative des Premières Nations, menée par les Premières Nations. L'ERS a été coordonnée par des Premières Nations par l'entremise du Centre des Premières Nations (CPN) de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). L'Enquête a été menée entre août 2002 et novembre 2003 et les questions posées portaient sur des facteurs de la vie qui concernent la santé des peuples des Premières Nations.

Le but de l'ERS est de soutenir la capacité de recherche des Premières Nations et de contrôler et produire de l'information validée sur les plans scientifique et culturel en vue d'appuyer la prise de décision, la planification, l'élaboration de programmes et la défense des droits en matière de santé et ultimement l'amélioration de la santé des Premières Nations. L'Enquête est un projet de recherche conçu pour collecter de l'information et documenter la nature changeante de la santé des Premières Nations pendant une période de 12 ans. Pour ce faire, trois autres enquêtes seront menées dont la dernière sera tenue en 2014.

L'objectif de ce rapport est de donner un aperçu de l'information recueillie au cours de cette enquête qui sera menée par vagues de quatre ans. En tant que document de synthèse, le but de ce rapport n'est pas de rendre un compte exhaustif et détaillé de toutes les informations collectées. Ce rapport ne constitue qu'une partie d'une

série de rapports préparés à partir de l'information recueillie dans le cadre de l'ERS 2002/2003.

En tant qu'initiative des Premières Nations, ce rapport est conçu et présenté selon une perspective des Premières Nations. Il existe plusieurs Premières Nations, plusieurs langues et plusieurs façons différentes d'expliquer et de comprendre une approche des Premières Nations en matière de santé. Ce rapport décrit l'élaboration et explique la perspective des Premières Nations sur la santé et le mieux-être.

Déoulant de cette approche des Premières Nations de la compréhension en matière de santé, nous présentons un résumé de l'information collectée dans le cadre de l'ERS. L'information est regroupée en quatre thèmes, chaque thème représentant un certain nombre de sujets couverts dans l'Enquête. Les données tirées des enquêtes auprès des adultes, des jeunes et des enfants sont intégrées dans ce contexte holistique et présentées suivant les sujets examinés par l'Enquête.

L'Enquête a collecté d'énormes quantités d'informations sur la santé des Premières Nations. Plus de 22 000 membres des Premières Nations (adultes, enfants et jeunes) provenant de 238 communautés à travers le Canada ont été interrogés. Nous vous présentons maintenant quelques-uns des points saillants parmi toute l'information collectée et encourageons tout le monde à poursuivre leur lecture et à en apprendre davantage sur la santé des Premières Nations.

POINTS SAILLANTS DE L'ERS

Les points saillants de l'Enquête sont résumés sous les titres suivants : Vision, Relations, Raison et Action, qui correspondent aux chapitres du rapport.

VISION—LORSQUE NOUS ENVISAGEONS LA SANTÉ DES PEUPLES DES PREMIÈRES NATIONS, QU'EST-CE QUE NOUS PERCEVONS?

Cette section du rapport porte sur la santé physique des Premières Nations et comprend un résumé de l'information sur :

- les problèmes de santé et les maladies chroniques;
- le diabète;
- les blessures;
- les soins dentaires.

Les problèmes de santé et les maladies chroniques :

Des problèmes de santé particuliers et certaines maladies chroniques sont fréquents dans nos communautés. Nous rapportons les conclusions de l'ERS 2002-2003 sur les problèmes de santé les plus fréquents : maladies cardiaques, hypertension, arthrite et rhumatisme, asthme, cancer; diabète.

- Les adultes des Premières Nations présentent un taux plus élevé d'hypertension que les adultes canadiens.
- Les garçons des Premières Nations (enfants) sont plus sérieusement touchés par l'asthme que les filles.
- Le taux de tabagisme est approximativement le double de celui trouvé dans la population canadienne

et ce, pour tous les groupes d'âge et pour les deux sexes.

- Environ un enfant sur dix et un jeune sur cinq des Premières Nations souffrent d'une infection chronique aux oreilles.
- Plus de la moitié de nos enfants et moins de la moitié de nos jeunes des Premières Nations souffrent d'embonpoint ou d'obésité.

Le diabète :

- L'âge moyen de diagnostic du diabète chez nos jeunes des Premières Nations est de 11 ans.
- Le diabète est souvent lié à un surplus de poids et à l'obésité.
- La prévalence des maladies cardiaques et de l'hypertension parmi les adultes des Premières Nations diabétiques est quatre fois plus élevée que chez les adultes des Premières Nations non diabétiques.
- La majorité des adultes des Premières Nations qui sont diagnostiqués comme diabétiques suivent un traitement.

Les blessures subies par les membres des Premières Nations :

- Nos adultes des Premières Nations rapportent des blessures à un taux presque trois fois plus élevé que la moyenne canadienne.
- Près du tiers de nos adultes des Premières Nations rapportent des blessures qui demandent des traitements, soit le double de la moyenne canadienne.
- Un adulte des Premières Nations sur vingt déclare avoir été victime d'au



moins une épisode de violence au cours de l'année précédente.

L'accès à des soins dentaires et les besoins de traitement des membres des Premières Nations :

- À peine moins de la moitié des adultes des Premières Nations qui ont déclaré avoir eu besoin de traitements dentaires urgents disent qu'il a été difficile d'avoir accès aux Services de santé non assurés (SSNA).
- Les jeunes des Premières Nations ont souvent accès à des soins dentaires dans des cas d'urgence plutôt que pour des soins préventifs.
- Bien que nos enfants affichent un taux élevé d'utilisation des soins dentaires, ce fait n'a pas permis de réduire les besoins de services pour des traitements comme les obturations.
- La carie du biberon est un problème grave chez nos enfants des Premières Nations.

RELATIONS—QUELS TYPES DE RELATIONS AVONS-NOUS ÉTABLIES POUR VIVRE UNE VIE ÉQUILIBRÉE?

Dans cette section du rapport, nous résumons l'information qui porte sur l'établissement de relations en examinant :

- le mieux-être personnel et la santé mentale;
- les pensionnats;
- la culture et la langue.

La santé mentale, le mieux-être personnel et le soutien chez les Premières Nations :

- Une majorité d'adultes des Premières Nations se sentent bien équilibrées sur les plans physique, émotionnel, mental et spirituel.
- Un adulte des Premières Nations sur dix déclare avoir des idées suicidaires et 50 % d'entre eux déclarent avoir déjà fait des tentatives de suicide.
- Les adultes des Premières Nations qui se sentent en bonne santé auront probablement moins de pensées suicidaires que ceux qui ont une santé passable ou mauvaise.
- Les jeunes des Premières Nations ne recourent pas aux soutiens traditionnels ou aux services de santé mentale, malgré le fait qu'ils déclarent ne pas se sentir en équilibre sur le plan émotionnel ou mental.
- Les membres des Premières Nations croient très fermement que leur communauté n'a pas accompli de progrès en ce qui a trait à la réduction de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

Les impacts des pensionnats sur la santé et le mieux-être des Premières Nations :

- Une majorité des membres des Premières Nations qui ont fréquenté les pensionnats ont été témoins d'abus envers les autres ou ont été victimes d'abus.
- Les adultes des Premières Nations croient que le passage de leurs parents dans un pensionnat a eu un impact

néгатif sur l'éducation qu'ils ont reçue de leurs parents.

- Bien que plusieurs jeunes des Premières Nations ne parlent pas leur langue, ils accordent encore énormément d'importance au fait de pouvoir parler leur langue.
- Près de 60 % de nos enfants des Premières Nations ont au moins un de leurs grands-parents qui est allé dans un pensionnat.

Les langues et les cultures :

- Seulement 13,9 % de nos jeunes des Premières Nations utilisent une langue des Premières Nations sur une base régulière.
- Le cri, l'ojobway et l'oji-cri sont les langues parlées le plus couramment par les jeunes des Premières Nations sur une base quotidienne.
- La plupart des parents et des grands-parents des Premières Nations croient qu'il est important pour leurs enfants de connaître les événements culturels traditionnels et une langue des Premières Nations.
- Les parents des Premières Nations qui ont reçu une éducation plus formelle seront probablement plus engagés dans la socialisation culturelle traditionnelle de leur enfant.

RAISON—COMMENT MENONS-NOUS UNE BONNE VIE... DE QUELLES FAÇONS POUVONS-NOUS PARVENIR À UN MODE DE VIE ACCEPTABLE?

Que faisons-nous pour améliorer notre vie... de quelles façons pouvons-nous parvenir à un style de vie acceptable?

Dans cette section du rapport, nous résumons de l'information relative à la

capacité et à la possibilité d'atteindre un mode de vie adéquat et approprié pour les membres des Premières Nations en analysant :

- les données démographiques, l'emploi, les revenus et le niveau de scolarité;
- le logement;
- l'accès à des soins médicaux.

Survol des données démographiques, de l'emploi, du niveau de scolarité, et du revenu des Premières Nations :

- Les membres des Premières Nations qui ont un emploi rémunéré disent être en meilleure santé que ceux qui n'ont pas un emploi rémunéré.
- Pour environ le tiers des enfants des Premières Nations qui vivent avec au moins un parent, d'autres adultes vivent avec eux, dont des grands-parents, tantes, oncles et/ou cousins.
- Plus de la moitié des enfants des Premières Nations placés en service de garde sont confiés aux soins de membres de la famille dans un milieu familial.

Les conditions de logement et de vie des Premières Nations :

- Le surpeuplement est un problème dans nos communautés.
- Environ la moitié de nos foyers sont des environnements sans fumée.
- Les Premières Nations sont préoccupées par la présence de moisissures et par les problèmes de l'eau non potable et du surpeuplement des logements.

L'accès des Premières Nations aux mesures de soins médicaux primaires :

- Environ la moitié des adultes des Premières Nations ont obtenu des examens médicaux de contrôle.



Les femmes des Premières Nations déclarent avoir connu des difficultés d'accès aux SSNA beaucoup plus grandes que les hommes.

ACTIONS—QUEL GENRE DE VIE VIVONS-NOUS?

Cette section du rapport fait état des habitudes de vie des membres des Premières Nations en présentant un résumé des facteurs suivants :

- le tabagisme;
- l'alcoolisme et la toxicomanie;
- les exercices et la nutrition;
- les pratiques sexuelles saines.

Les adultes et les jeunes des Premières Nations et l'usage non traditionnelle du tabac :

- Un peu plus de la moitié des femmes des Premières Nations qui étaient enceintes au moment de l'enquête étaient des fumeuses.
- La plupart des adultes des Premières Nations qui ont cessé de fumer l'ont fait par volonté d'avoir une vie plus saine.
- Les adultes des Premières Nations qui ne fument pas rapportent le niveau le plus élevé d'équilibre dans leur vie.
- Les jeunes des Premières Nations qui fument, boivent ou consomment de la marijuana ne sont pas en aussi bonne santé que ceux qui s'abstiennent.

L'alcoolisme et la toxicomanie chez les membres des Premières Nations :

- Plus d'adultes des Premières Nations s'abstiennent de boire des boissons

alcooliques que la population canadienne en général.

- La plupart des adultes des Premières Nations qui consomment des boissons alcooliques le font avec modération.
- La proportion de buveurs excessifs parmi les adultes des Premières Nations est plus élevée que dans la population canadienne en général.
- Les membres des Premières Nations qui ne consomment pas de drogues disent recevoir des niveaux plus élevés de soutien social.

L'alimentation et les activités physiques des membres des Premières Nations et leur relation à la santé :

- La marche est l'activité physique la plus souvent mentionnée pour les adultes, les jeunes et les enfants des Premières Nations.
- Le pourcentage des adultes qui ont une alimentation saine et équilibrée augmente avec l'âge, le niveau de scolarité et le revenu personnel.
- Un grand pourcentage d'adultes des Premières Nations est considéré comme ayant un surplus de poids ou comme étant obèse.
- Les jeunes des Premières Nations qui se disent satisfaits de leur poids ont tendance à être plus actifs.
- Les jeunes et les enfants des Premières Nations représentent un tiers de notre population, les taux élevés d'embonpoint et d'obésité chez les enfants constituent donc un avertissement de graves problèmes de santé chroniques pour l'avenir.

- Plus de 60 % des nourrissons des Premières Nations sont allaités au sein.

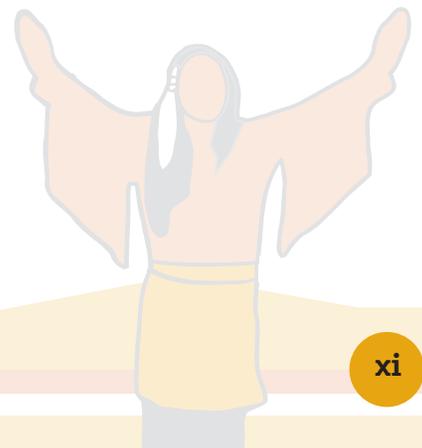
Les pratiques sexuelles saines des membres des Premières Nations :

- Les personnes de tous les groupes d'âge croient être à l'abri des dangers et qu'il n'est pas nécessaire d'utiliser un condom lorsqu'ils ont un partenaire stable.
- L'âge le plus fréquent pour une première grossesse chez les filles ou pour avoir un enfant chez les garçons

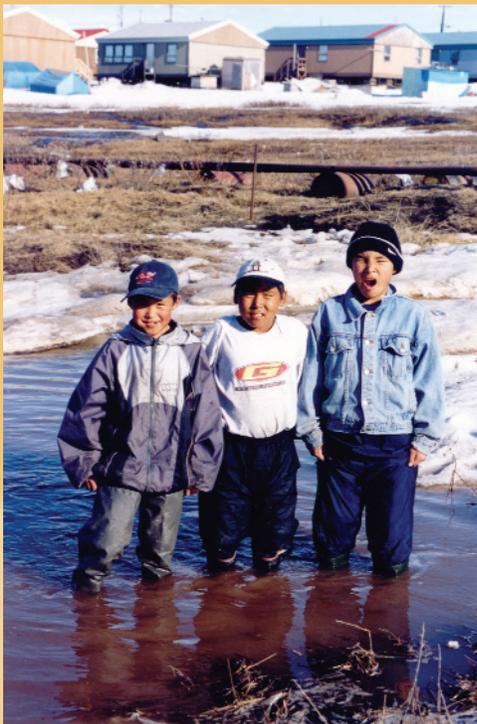
était est de 16 ans parmi les jeunes des Premières Nations.

- Parmi les jeunes des Premières Nations, 81 % disent utiliser des condoms.

Nous espérons que cette recherche contribuera à la compréhension et favorisera l'élaboration d'un plus grand nombre d'approches axées sur la santé et le mieux-être des Premières Nations en vue de l'objectif ultime d'augmenter les chances des peuples des Premières Nations d'atteindre un équilibre de vie fondé sur une gamme plus étendue de services de santé.



CHAPITRE 1 : INTRODUCTION



CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

LE RAPPORT POUR LES PEUPLES... POURQUOI UN RAPPORT POUR LES PEUPLES?

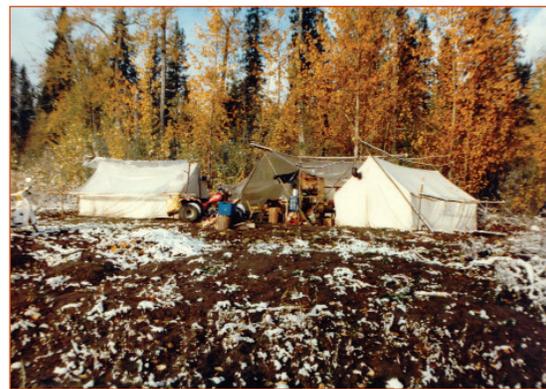
Un enseignement transmis aux peuples des Premières Nations¹ décrit la vie comme un cadeau et comme un sacrifice.

*Un cadeau... pour ce que nous recevons
Un sacrifice... pour ce que nous donnons
C'est une relation de réciprocité... on reçoit
et on donne.*

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003 est coordonnée par les Premières Nations par l'entremise du Centre des Premières Nations (CPN) de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) et les questions posées portent sur tous les secteurs de la vie qui concernent la santé. L'ERS a été menée entre août 2002 et novembre 2003. Dans le présent rapport, qui est un résumé de l'information collectée dans le cadre de l'ERS 2002-2003, nous essayons de respecter nos enseignements.

Dans la relation de réciprocité de la vie (donner et recevoir en retour), nous avons reçu énormément. Tout ceux qui ont participé à cette Enquête, plus de 22 000 membres des communautés des Premières Nations, ont fait le sacrifice de nous donner de leur temps et surtout de partager avec nous de l'information sur leur vie. En retour, il nous revient maintenant de redonner aux personnes des Premières Nations sous la forme d'un rapport qui tente de résumer toute l'information recueillie.

Nous croyons que notre responsabilité ne se limite pas à produire un rapport rempli de chiffres et de graphiques, écrit dans une langue incompréhensible et bourré de calculs statistiques qui déconcerteraient même les meilleurs médecins et chercheurs universitaires. Notre responsabilité est de produire un rapport qui peut être utilisé par ceux à qui il est destiné : les personnes qui ont fourni les données. C'est pour nous acquitter de ces responsabilités que nous avons produit le présent rapport : le Rapport pour les peuples.



Nous espérons que l'analyse que nous avons faite de l'information que vous avez partagée avec nous pourra être utilisée par tous les peuples et ainsi mener à une vie plus saine pour tous les peuples des Premières Nations au Canada et ailleurs.

L'ORGANISATION DE LA SÉRIE DE RAPPORTS DE L'ERS

Si nous voulons assurer, tant en paroles qu'en intention, que le présent rapport procède d'une perspective des Premières



Nations, il faut s'attendre à ce qu'il y ait certaines différences par rapport à la majorité des rapports ayant trait aux peuples des Premières Nations qui ont été préparés selon une perspective qui n'est pas celle des Premières Nations.

Une différence importante concerne la façon dont l'information est présentée : la forme, l'ordre, l'organisation, la présentation et l'utilisation de la langue². Dans le présent rapport, par exemple, l'objectif est de donner un aperçu de l'information collectée dans le cadre de l'Enquête. Ce rapport n'est donc pas conçu pour rendre compte de façon exhaustive de toute l'information collectée. Il ne constitue qu'une partie seulement d'une série de rapports préparés à partir de l'information recueillie dans le cadre de l'ERS.

Selon le niveau de détails recherchés par le lecteur, il est possible d'avoir accès à beaucoup plus de données de l'ERS que celles contenues dans ce rapport. Le lecteur peut avoir accès à trois niveaux de détails :

- 1) Le Rapport sur les peuples est un document de synthèse qui présente

Dans le présent rapport, nous avons considérablement réduit le nombre de tableaux, le niveau des analyses statistiques, des calculs mathématiques, des questions techniques concernant la méthodologie et le langage académique/technique.



un survol de l'information collectée dans le cadre de l'Enquête. L'information est présentée dans le contexte d'une approche interprétative conforme à la culture des Premières Nations. Ce rapport est distribué à grande échelle et est disponible en français et en anglais.

- 2) Le rapport technique de l'ERS, intitulé « Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003 : Résultats pour les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans des communautés des Premières Nations » est un document volumineux comportant 34 chapitres détaillés sur des enjeux de santé sélectionnés à partir de l'ERS. Les divers chapitres ont été rédigés par plusieurs experts³ œuvrant dans le domaine de la recherche médicale. Le rapport technique présente l'information selon les trois grandes catégories de l'ERS : les adultes, les jeunes et les enfants.
- 3) La base de données de l'ERS est hébergée par le CPN de l'ONSA. Des données sélectionnées sont

disponibles sur demande suivant un processus d'approbation supervisé par le Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations.

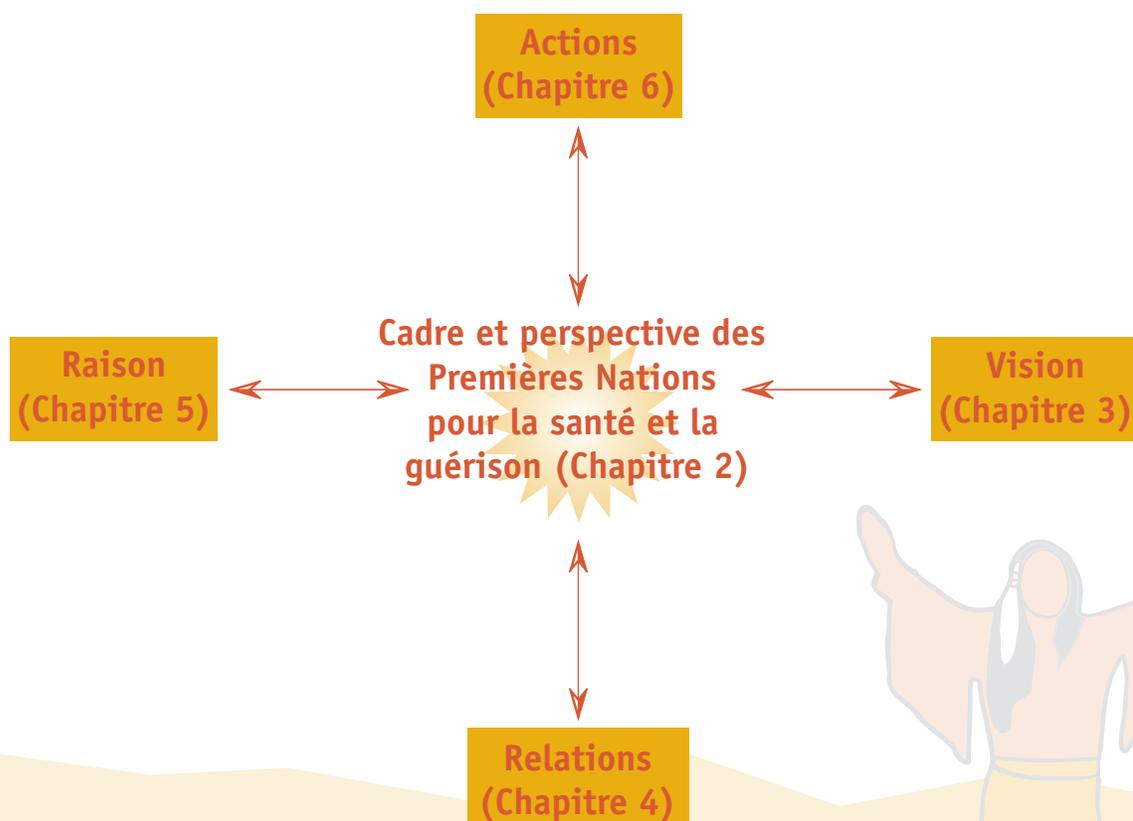
Les lecteurs qui aimeraient obtenir de l'information plus détaillée sur l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations peuvent aller à l'adresse : http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_health.php

L'ORGANISATION DU RAPPORT SUR LES PEUPLES

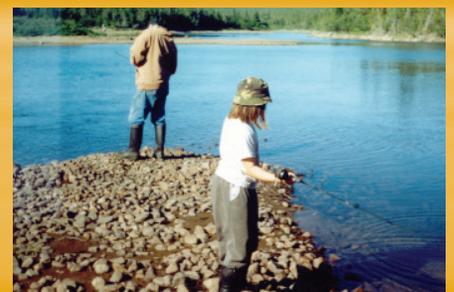
Dans ce rapport, quatre chapitres principaux (les chapitres 3 à 6) présentent l'information collectée dans le cadre de l'ERS. Ces quatre chapitres sont organisés autour d'un élément central du rapport, soit le développement d'une perspective des Premières Nations en matière de santé et de guérison (chapitre 2).

Ces quatre chapitres pris ensemble constituent une approche holistique de la présentation de l'information et, espérons, serviront de fondation pour une meilleure compréhension de l'information collectée dans le cadre du processus de recherche de l'ERS.

En tant qu'élément central de ce rapport, le titre du second chapitre est « Le centre » et fournit au lecteur une explication de la façon dont la perspective des Premières Nations a été élaborée pour ce rapport. Les quatre chapitres suivants découlent de l'élaboration de cette perspective des Premières Nations, qui peut aussi être considérée comme un cadre d'interprétation. Les quatre chapitres sont intitulés Vision, Relations, Raison et Action, chacun des chapitres présentant un résumé des sujets sélectionnés couverts par l'ERS. L'organisation du rapport peut être illustrée de la façon suivante :



CHAPITRE 2 : LE CENTRE-CADRE ET PERSPECTIVE DES PREMIÈRES NATIONS POUR LA SANTÉ ET LE MIEUX- ETRE



CHAPITRE 2 : LE CENTRE-CADRE ET PERSPECTIVE DES PREMIÈRES NATIONS POUR LA SANTÉ ET LE MIEUX-ETRE

QU'EST-CE QU'UNE PERSPECTIVE DES PREMIÈRES NATIONS SUR LA SANTÉ?

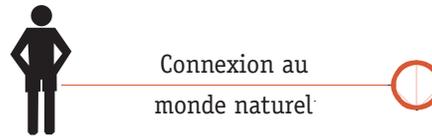
Pour répondre à cette question, nous devons partir du début : des Premières Nations du Canada et des nombreux systèmes de croyances différents des peuples des Premières Nations.

Il existe de nombreux groupes différents de Premières Nations, plusieurs sociétés distinctes, des langues différentes et des façons différentes d'expliquer et de comprendre tout ce qui nous entoure. Il y a aussi de nombreux points communs... un des points fondamentaux étant la connexion des Premières Nations au monde naturel.

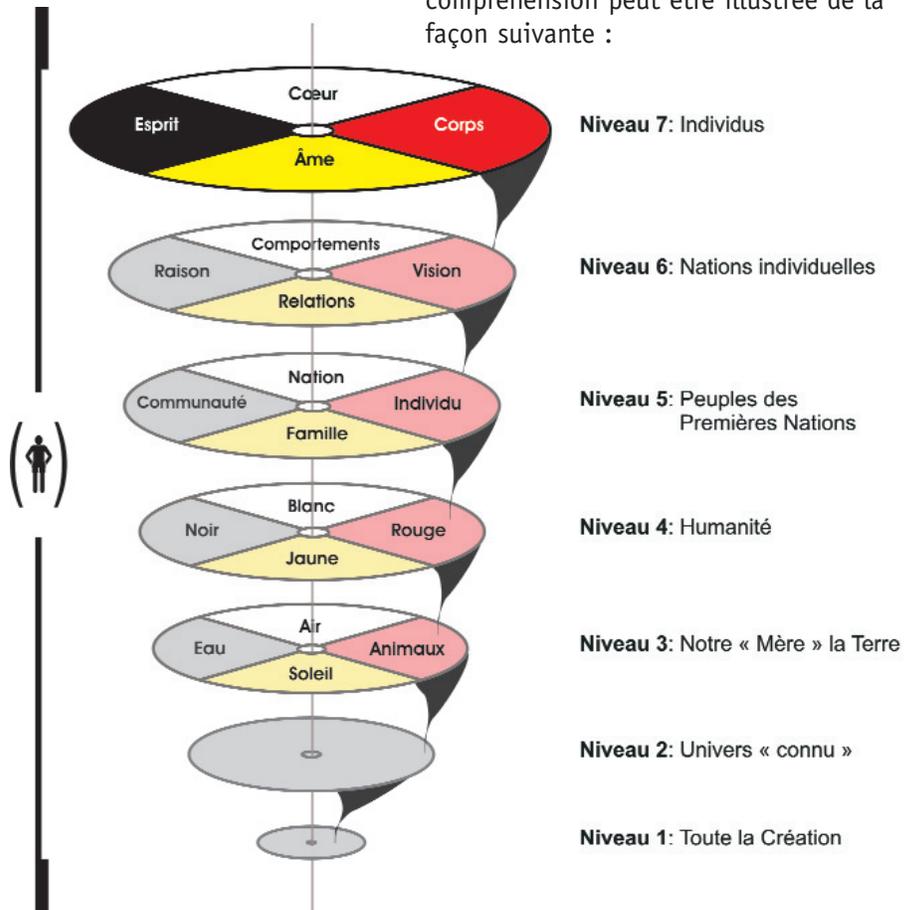
Le monde naturel, ou la nature, est représenté par un cercle.

Pourquoi?

Parce que tout ce qui compose la nature est rond ou se déplace en cercles⁴.



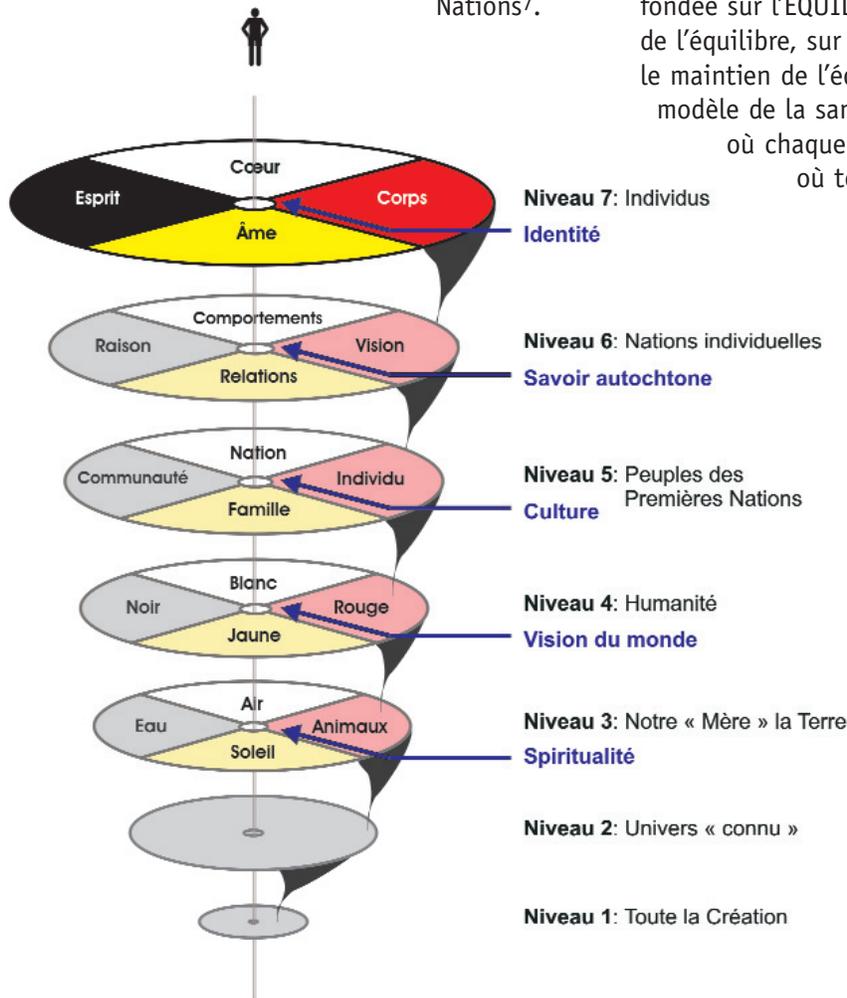
Bien entendu, un système aussi complexe que le monde naturel et les connexions de l'homme à ces environnements se compose de plusieurs niveaux différents de compréhension⁵. Une représentation limitée et simplifiée de ces niveaux de compréhension peut être illustrée de la façon suivante :





Dans les diverses langues des Premières Nations et les systèmes de croyances uniques aux Premières Nations, il existe plusieurs façons différentes pour décrire les différents niveaux de connexion de l'humanité au monde naturel.

La représentation suivante est une façon⁶ utilisée pour expliquer la perspective de la santé des Premières Nations⁷.



Selon cette perspective de la santé des Premières Nations, les êtres humains sont connectés au monde naturel et donc à la Création à travers les nombreux niveaux ou couches différentes de compréhension. Chaque niveau représente une petite partie seulement du niveau précédent. Tous les niveaux sont interconnectés.

Cette vision de la santé et du mieux-être est fondée sur l'ÉQUILIBRE... sur la recherche de l'équilibre, sur l'atteinte de l'équilibre et le maintien de l'équilibre. Pour visualiser ce modèle de la santé, imaginez un système

où chaque niveau est un disque et où tous les disques tournent autour d'un axe commun. Si un disque est en déséquilibre, cela affectera l'équilibre de tous les autres disques ainsi que l'équilibre global du système.

Lorsque nous parlons de la santé des Premières Nations, nous faisons référence à l'ÉQUILIBRE de ce système.

Les sept niveaux de ce système peuvent être décrits en utilisant les termes suivants⁸ :

Niveau 1 – Représente la Création, l'acte de création et le Créateur... le commencement de

tous les commencements et donc, le fondement à partir duquel toute chose est dérivée et reçoit une signification. La ligne droite qui part du niveau 1 et monte en passant à travers le centre de tous les autres niveaux représente la croyance que le Créateur est le centre de tout ce qui a été créé. Si tous les niveaux subséquents ressemblent à des disques rotatifs, l'acte de la création et le Créateur représentent l'axe autour duquel toutes les autres choses tournent.

Niveau 2 – Représente l'univers connu, c'est-à-dire tout ce qui est connu et compris par l'homme... ce qui ne représente qu'une petite partie de l'ensemble de la Création.

Niveau 3 – Au moment de la création de la terre, en tant que petite partie de l'ensemble de l'univers connu, furent aussi créés les êtres humains. Au centre du niveau 3, nous, êtres humains sommes connectés à la Création au moyen de notre spiritualité. C'est à travers nos différents systèmes de croyances, peu importe de quelle manière ils sont exprimés, que nous sommes directement connectés à la Création (tant à l'acte de la création qu'au Créateur – quelque soit la façon dont ils sont exprimés et nommés par les différentes cultures et sociétés des Premières Nations).

Niveau 4 – En tant que petite partie de toutes les espèces vivantes qui ont été créées sur la Terre mère, différentes races d'êtres humains ont été créées. Chacune de ces races différentes a créé sa propre vision distincte du monde, c'est-à-dire la façon dont nous en tant qu'humains comprenons notre monde. Les peuples des Premières Nations sont connectés à leur spiritualité et expriment leur vision du monde à travers cette spiritualité, ce qui en retour les connecte de nouveau à la Création.

Niveau 5 – En tant que peuples des Premières Nations, nous sommes connectés à la Création à travers nos cultures, lesquelles sont l'expression de notre vision

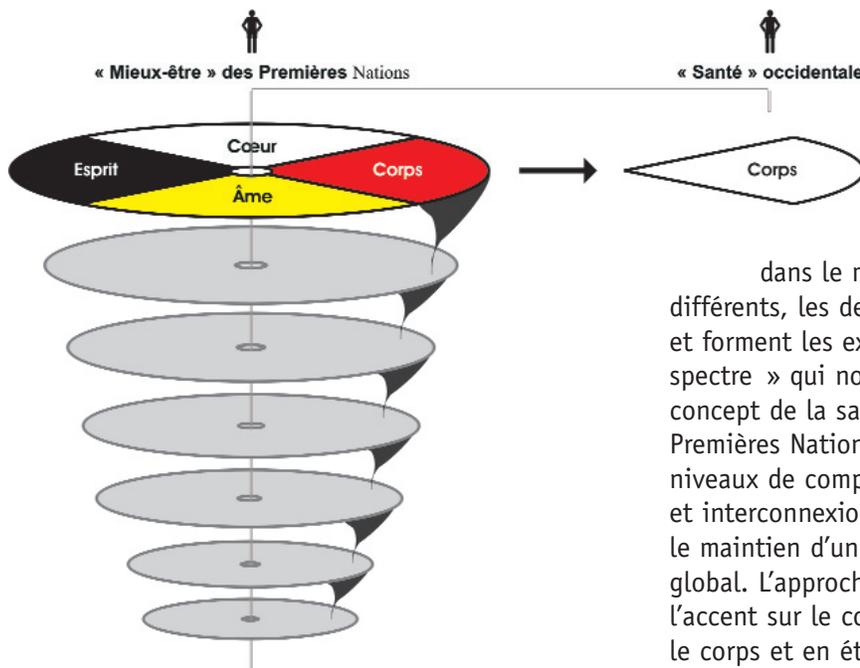


du monde, qui nous connecte à notre spiritualité et donc, à la Création.

Niveau 6 – En tant qu'individus, nous possédons tous une intelligence autochtone qui, lorsqu'elles sont combinées, comme par les Nations, forment les systèmes de savoir autochtone. Ces différents systèmes de savoir (ils ne sont pas les mêmes pour tous les peuples des Premières Nations) sont connectés à nos cultures, lesquelles sont intégrées dans nos visions du monde qui sont l'expression de notre spiritualité.

Niveau 7 – En tant qu'individus des Premières Nations, nous développons tous une identité qui nous est propre, formée à partir de ce que nous connaissons (intelligence autochtone), lesquelles en retour sont liées à notre culture qui est l'expression de notre vision du monde et de notre spiritualité... tout cet ensemble nous connecte à la Création.

À partir de ce modèle, qui est une illustration visuelle d'une approche des Premières Nations visant la compréhension de la santé, il devient évident que lorsque nous parlons de la santé des Premières Nations, nous parlons de choses comme l'intelligence autochtone, l'identité, la



Nations comme un système du « mieux-être » et l'approche occidentale comme un système de la « santé ».

Comme cela est illustré dans le modèle, bien qu'ils soient différents, les deux systèmes sont connectés et forment les extrémités opposées d'un « spectre » qui nous aide à comprendre le concept de la santé humaine. L'approche des Premières Nations met l'accent sur les divers niveaux de compréhension, les connexions et interconnexions entre ces niveaux et sur le maintien d'un équilibre du système global. L'approche occidentale place plus l'accent sur le corps physique... en isolant le corps et en étudiant les divers éléments et composantes de ce corps physique, à savoir l'anatomie de l'homme, et en maintenant un équilibre entre ces systèmes physiques.

culture, la vision du monde et la spiritualité comme des indicateurs de la « santé ».

Ces indicateurs sont l'essence⁹ même d'une compréhension de notre façon, en tant que personne, de rester « équilibrés », donc « en bonne santé ».

Nous pouvons aussi utiliser ce modèle pour illustrer d'autres approches en matière de santé... comme l'approche classique occidentale¹⁰, c'est-à-dire l'approche en matière de santé que nous vivons dans la société canadienne. En utilisant le même modèle, nous pouvons visualiser ces deux approches différentes de la façon suivante. Les deux approches portent sur la santé des personnes. Afin d'éviter toute confusion, nous avons désigné l'approche des Premières

Les deux approches distinctes ne s'excluent pas mutuellement — c'est-à-dire que ce n'est pas une question d'une seule approche. Elles forment plutôt un spectre ou une mesure de la façon dont nous pouvons, en tant qu'humains, comprendre les complexités de la santé humaine.

Où est la place d'une personne en tant qu'individu dans ce spectre de la santé humaine?

Une réponse brève est... tous les êtres humains sont différents.

Les deux différentes approches ne nous montrent que deux extrémités d'un spectre. Il existe plusieurs autres combinaisons de ces systèmes qui sont individuelles à chaque personne. Par exemple, le fait qu'une personne soit membre d'une Première Nation ne signifie pas qu'elle croit seulement au système du mieux-être et pas à celui de la santé (médecine occidentale). De la même façon, une personne qui fait partie de la société canadienne ne croit pas nécessairement au système de la santé (médecine occidentale) uniquement à l'exclusion de sa connexion à la Création ou de sa compréhension du mieux-être personnel.

Le fondement de l'approche du mieux-être des Premières Nations est le concept d'équilibre. Tout comme dans le monde naturel, chaque personne est en état de constant changement. Les disques rotatifs de l'approche du mieux-être des Premières Nations illustrent ce concept de changement constant... de mouvement, de tentatives en vue de maintenir un équilibre dans un monde en perpétuelle évolution.

À mesure que les choses changent, une personne peut se retrouver à une extrémité



du spectre... afin de s'adapter aux circonstances spécifiques du moment. A un autre moment, elle peut se retrouver à l'autre extrémité du spectre — ou à quelque part entre les deux. Que ce soit du côté des Premières Nations ou du côté occidental, l'objectif est de trouver un équilibre.

À ce jour, un problème pour les peuples des Premières Nations a été l'absence de choix. Les principaux choix offerts en matière de soins de santé et de disponibilité des systèmes de santé n'étaient que ceux axés sur le modèle occidental. Avec l'émergence et la reconnaissance du nombre croissant de programmes de santé des Premières Nations fondés sur le concept des Premières Nations de mieux-être et de santé, la gamme de choix offerts aux peuples des Premières Nations a commencé à s'élargir.

Un objectif spécifique de cette étude est de documenter la nature changeante de la santé des Premières Nations pendant les prochaines 12 années. Nous espérons que cette recherche contribuera à la compréhension et au développement futur d'autres approches des Premières Nations en matière de mieux-être et de santé. Nous espérons également que les peuples des Premières Nations auront plus de chances d'atteindre l'équilibre dans leur vie fondé sur un éventail beaucoup plus étendu de services de santé.

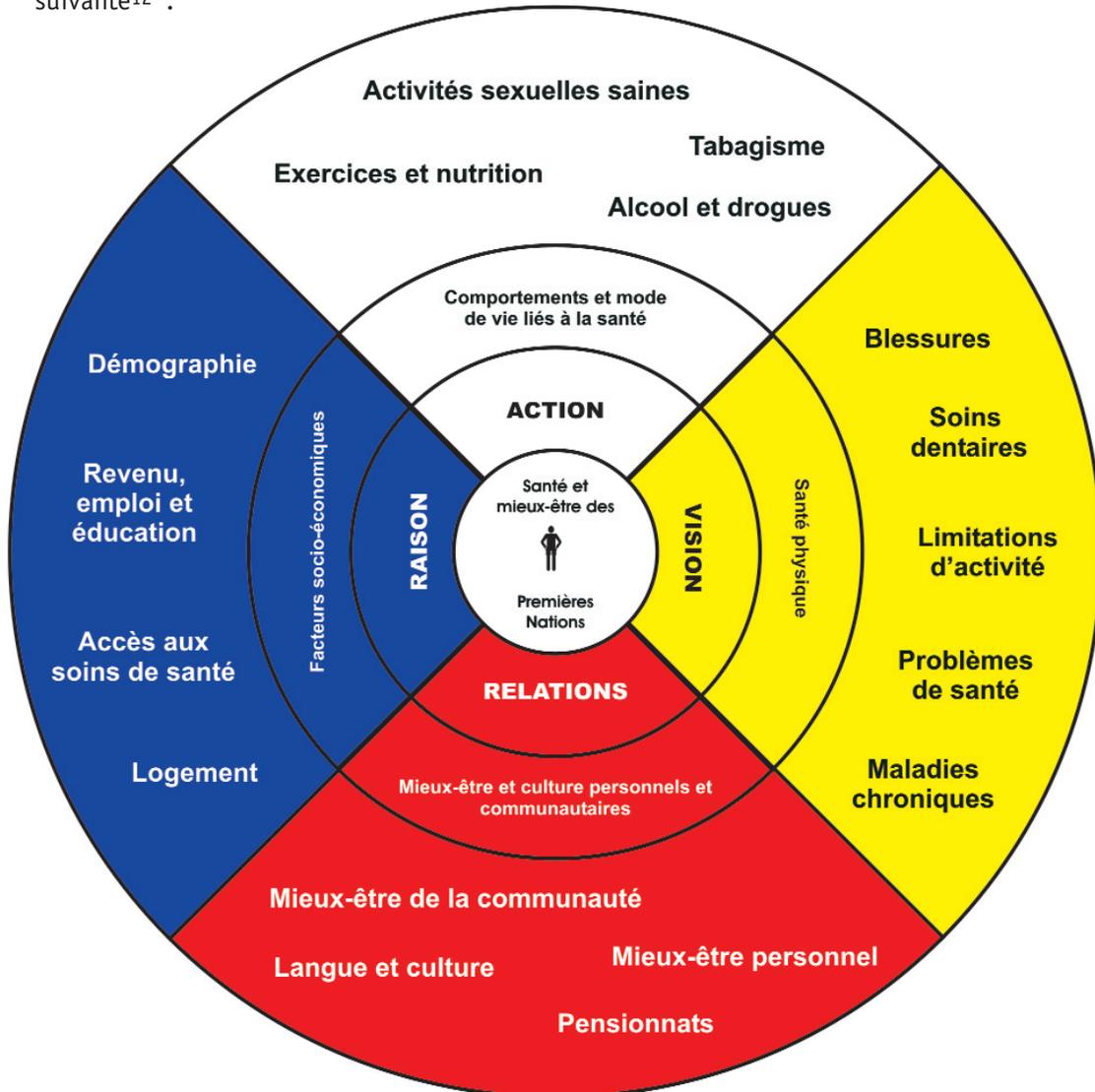
RÉSUMER L'INFORMATION DISPONIBLE

L'ERS 2002-2003 a collecté des quantités considérables d'informations en regard de la santé des peuples des Premières Nations. Comment pouvons-nous commencer à résumer toute cette information? Pour répondre à cette question, nous prenons d'abord la structure des Premières

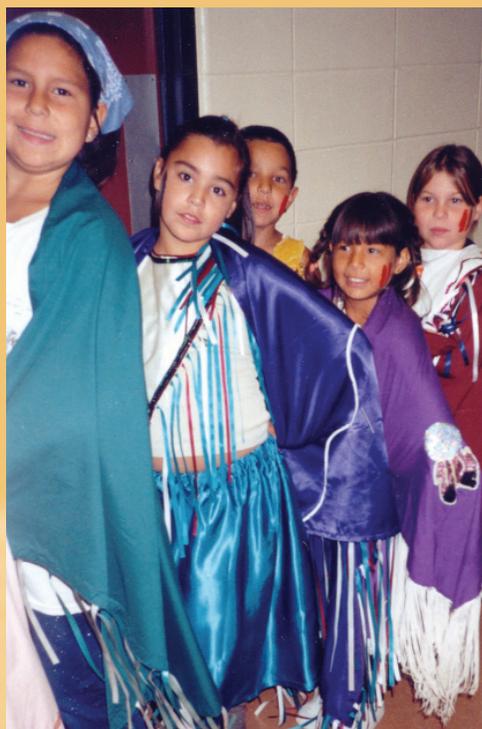


Nations établie dans le chapitre précédent — c'est le centre, ou fondement, pour tout le travail de ce rapport. Si nous simplifions la structure, en compressant les sept niveaux de compréhension en un seul, et superposons toutes les questions posées dans le cadre de l'ERS¹¹, nous pouvons alors illustrer l'information collectée de la façon suivante¹² :

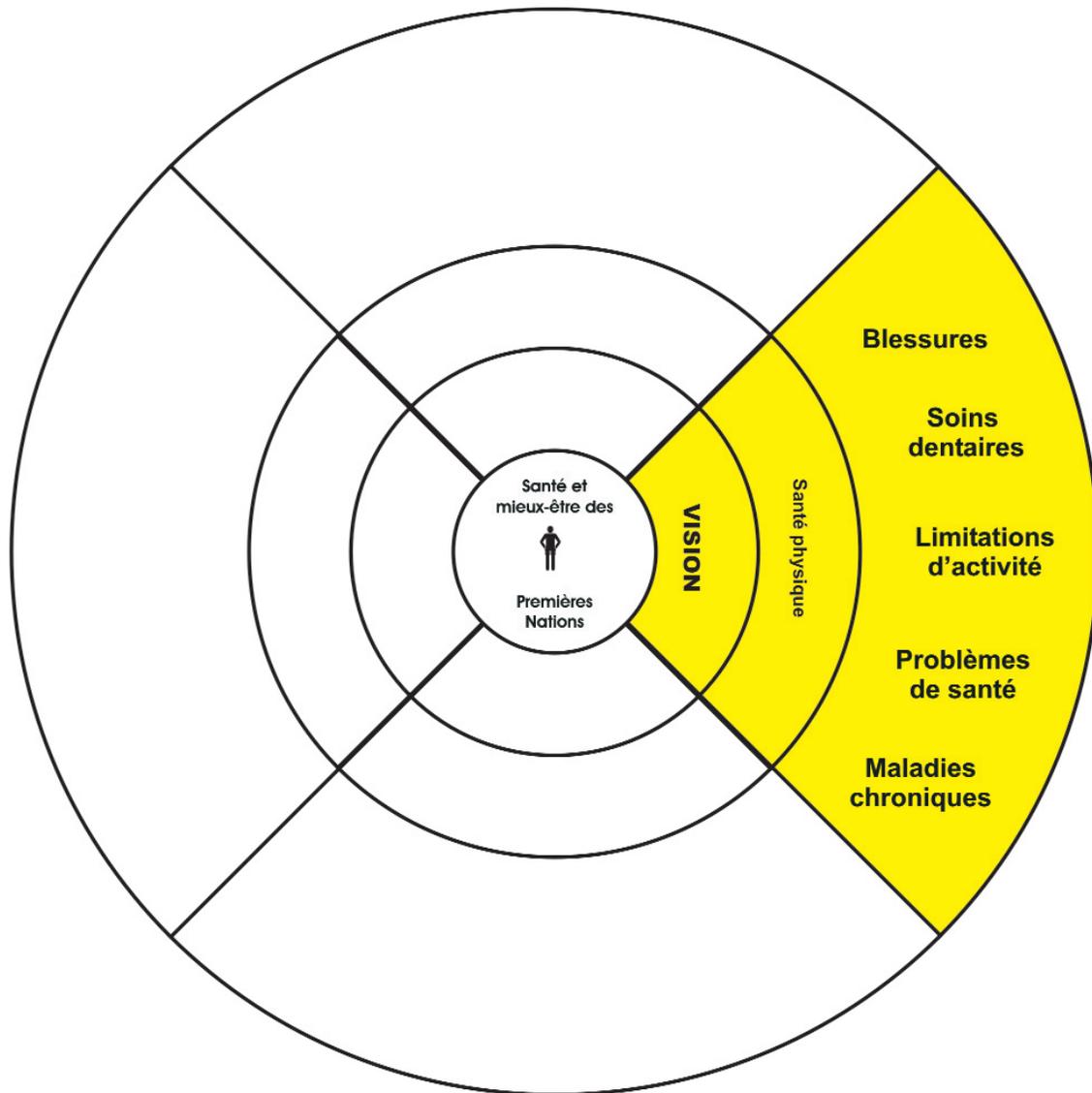
Dans cette approche, l'information tirée de l'ERS 2002-2003 est groupée en quatre quadrants, chaque quadrant représentant un certain nombre de sujets couverts au cours de l'enquête. Pour commencer notre résumé de l'information collectée, nous débuterons par la direction de l'est.



CHAPITRE 3 : VISION



CHAPITRE 3 : VISION



POURQUOI COMMENCER À L'EST?

Le cadre de travail établie au chapitre précédent, qui représente une approche des Premières Nations en vue de la collecte et du résumé de l'information obtenue dans le cadre de l'ERS, est une réflexion des cycles naturels trouvés dans le monde qui nous

entoure. Au début de chaque journée, lorsque le soleil se lève à l'est, il chasse la noirceur et nous aide à « voir ». De la même façon, lorsque nous parlons de vision, notre résumé part de l'est, de l'information qui aide à dissiper la noirceur entourant notre compréhension des conditions actuelles de santé des Premières Nations.



Le résumé de l'information va dans le sens des aiguilles d'une montre, en passant par les quadrants du sud, de l'ouest et du nord pour revenir une nouvelle fois à l'est, le quadrant de la vision.

La direction de l'est représente notre vision extérieure, c'est-à-dire que nous regardons autour de nous pour voir les problèmes des autres relatifs à la santé. Ainsi, si nous partons du centre et regardons vers l'extérieur les problèmes de santé des Premières Nations autour de nous, qu'est-ce que nous voyons?

Ce que nous voyons habituellement, ce sont les attributs physiques de la santé — les corps, ceux qui sont malades ou blessés. Il y a bien sûr plusieurs moyens d'observer ou de mesurer le mieux-être physique des individus¹³. Toutefois, dans cette section, nous faisons le résumé des seules maladies ou problèmes de santé qui se sont révélés les plus fréquents ou qui peuvent être décrits comme plus graves que d'autres problèmes de santé. Ces catégories sont les suivantes :

- les problèmes de santé et les maladies chroniques;
- le diabète
- les blessures;
- les traumatismes intentionnels;
- la limitation d'activité;
- les soins dentaires.



PROBLÈMES DE SANTÉ ET MALADIES CHRONIQUES

Les problèmes de santé chronique : chez les adultes

Les problèmes de santé de longue durée les plus fréquents auxquels ont à faire les adultes des Premières Nations sont l'arthrite/rhumatisme, la douleur chronique au dos, les allergies et l'hypertension artérielle. Ce sont les mêmes problèmes de santé de longue durée les plus fréquents rencontrés dans la population adulte en général au Canada. Dans l'ensemble, les femmes des Premières Nations sont plus susceptibles que leurs partenaires masculins de déclarer au moins un des problèmes de santé de longue durée examinés et sont aussi plus susceptibles d'avoir à vivre avec de multiples problèmes. De surcroît, la prévalence de l'arthrite, de la haute pression, de l'asthme et des maladies cardiaques est plus grande parmi les adultes des Premières Nations que dans la population adulte en général au Canada.

L'arthrite/rhumatisme est un problème des articulations avec présence d'inflammation et est souvent accompagné de douleurs aux articulations. Les formes d'arthrite vont de celles associées à l'usure et à la détérioration des cartilages (comme l'arthrose) à celles associées à l'inflammation causée par un système immunitaire hyperactif (comme l'arthrite rhumatoïde). Les causes dépendent de la forme d'arthrite et comprennent les blessures, un métabolisme anormal (comme la goutte), une prédisposition héréditaire, des infections et d'autres raisons qui sont encore obscures¹⁴. L'arthrite rhumatoïde est une maladie auto-immune qui cause une inflammation chronique aux articulations et qui peut aussi causer de l'inflammation aux tissus autour des articulations de même qu'à d'autres organes du corps. Les maladies auto-immunes sont des maladies qui apparaissent lorsque le système immunitaire de l'organisme attaque par erreur ses propres tissus. L'arthrite rhumatoïde est typiquement une maladie évolutive qui peut causer la destruction des articulations et une incapacité fonctionnelle¹⁵. La recherche a regroupé les répondants à l'ERS qui avaient de l'arthrite et du rhumatisme.

La haute pression artérielle ou hypertension signifie une haute pression (tension) dans les artères. Une hausse de la pression artérielle augmente les risques de développer une maladie du cœur (cardiopathie), une maladie du rein, le durcissement des artères, des dommages aux yeux et un accident vasculaire cérébral (dommages au cerveau). Les facteurs de risque comprennent une consommation excessive de sel, l'âge, l'obésité, l'hérédité et une défaillance des reins (insuffisance rénale)¹⁶.

L'asthme est une inflammation chronique des voies respiratoires qui cause l'enflure et le rétrécissement des voies respiratoires, ce qui se traduit par une respiration difficile. Le rétrécissement des bronches est habituellement une condition réversible, partiellement ou en totalité, avec des traitements. Les éléments déclencheurs comprennent les allergènes et les irritants (infections respiratoires, fumée du tabac, smog et autres polluants, Aspirin et autres médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, exercice physique et divers autres facteurs environnementaux, émotifs et hormonaux)¹⁷.

L'arthrite et le rhumatisme et la cardiopathie sont plus fréquents parmi les adultes des Premières Nations que dans la population canadienne en général.

La cardiopathie comprend tous les problèmes qui affectent le cœur. Le terme est parfois utilisé à tort de manière restrictive comme un synonyme de coronaropathie (maladies des artères coronariens) ou insuffisance coronaire. La cardiopathie est synonyme de maladie cardiaque mais non de maladie cardiovasculaire qui englobe toutes les maladies touchant le cœur ou les vaisseaux sanguins. La cardiopathie comprend des problèmes comme : l'angine de poitrine; l'arythmie; la cardiopathie congénitale; la coronaropathie; la myocardiopathie dilatée; la crise cardiaque (infarctus du myocarde); l'insuffisance cardiaque; la cardiomyopathie hypertrophique; la régurgitation mitrale; le prolapsus de la valve mitrale; et la sténose pulmonaire¹⁸. Les facteurs de risque



comprennent l'âge, l'hérédité, le sexe (hommes), le tabagisme, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, la sédentarité, l'obésité, le diabète, le stress et la consommation excessive d'alcool¹⁹.

L'arthrite et le rhumatisme touchent un pourcentage plus élevé des adultes des Premières Nations que dans la population canadienne en général (25,3 % contre 19,1 % respectivement). Dans l'ensemble, la prévalence de l'hypertension est un peu plus élevée parmi les adultes des Premières Nations en comparaison du pourcentage de la population en général (20,4 % contre 16,4 %). Globalement, la prévalence de l'asthme est légèrement plus élevée chez les adultes des Premières Nations que dans la population adulte en général du Canada (10,6 % contre 7,8 %). Le plus grand écart semble toucher les adultes des Premières Nations de 50 ans et plus.

Dans l'ensemble, la maladie du cœur (cardiopathie) est plus fréquente parmi les adultes des Premières Nations que dans la population adulte en général (7,6 % contre 5,6 %). Cet écart est encore plus prononcé dans le groupe des 50 à 59 ans où 11,5 % des adultes des Premières Nations sont

touchés comparativement à 5,5 % dans la population en général.

Les femmes des Premières Nations sont plus susceptibles de déclarer des problèmes d'asthme que les femmes de la population en général (13,2 % comparativement à 8,7 %). De la même façon, les femmes des Premières Nations sont plus souvent touchées par l'arthrite et le rhumatisme que les femmes dans la population canadienne (30,1 %



comparativement à 17,4 %). Cet écart est plus important parmi les femmes de moins de 60 ans.

La prévalence de l'hypertension artérielle est plus élevée parmi les femmes des Premières Nations

que parmi les autres femmes (23,2 % contre 17,4 %). La cardiopathie est plus fréquente chez les femmes des Premières Nations que chez les autres femmes au Canada (8 % contre 5,1 %). Ce taux est plus élevé parmi les femmes des Premières Nations âgées de 60 ans et plus que parmi les autres femmes du même groupe d'âge (22,4 % comparativement à 15,6 %).

Les problèmes de santé de longue durée chez les jeunes

Les allergies, l'asthme et les infections chroniques et problèmes aux oreilles sont les problèmes les plus fréquemment déclarés

par les jeunes des Premières Nations. La bronchite chronique n'est pas si fréquente mais présente des risques graves pour la santé. La prévalence du trouble d'apprentissage ainsi que du trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité avec déficit de l'attention est plutôt faible mais ils peuvent mettre en cause des enjeux multiples sur le plan du rendement académique et de l'intégration sociale qui peuvent persister jusqu'à l'âge adulte et même pendant la vie de l'adulte.

Les jeunes des Premières Nations semblent moins prédisposés aux allergies que les jeunes en général au Canada. Les allergies touchent 15,1 % des jeunes des Premières Nations. Par contre, seulement 26,3 % des jeunes des Premières Nations touchés par ce problème reçoivent un traitement.

Le deuxième problème de santé le plus souvent rencontré parmi les jeunes des Premières Nations est l'asthme qui touche 13,6 % des jeunes. Cette fois, les jeunes des Premières Nations semblent être affectés par ce problème dans une proportion au moins égale à celle de la population en général qui affiche un taux de 12,4 % de cas d'asthme. Environ 31,2 % des jeunes asthmatiques des Premières Nations ont fait une crise d'asthme au cours de l'année de référence comparativement à 42,7 % des jeunes dans la population générale.

La bronchite chronique semblerait être plus fréquente chez les jeunes des Premières Nations que dans la population en générale : 2,4 % des jeunes des Premières Nations souffrent de ce problème de santé comparativement à 1,4 % des jeunes en général. La bronchite chronique présente des risques à long terme potentiellement graves pour la santé. Seulement 16,5 % des

jeunes des Premières Nations souffrant de cette maladie reçoivent un traitement.*

Les allergies, l'asthme et les infections chroniques aux oreilles sont les problèmes chroniques les plus fréquents chez les jeunes des Premières Nations. Les niveaux de traitement pour les allergies et les problèmes aux oreilles sont peu élevés, étant donné qu'il s'agit de problèmes rencontrés moins souvent mais problématiques (comme le trouble d'apprentissage, l'hyperactivité avec déficit de l'attention et la bronchite chronique). Il est plutôt commun pour un jeune présentant des déficiences d'avoir plus d'un problème de longue durée et d'être handicapé par plus d'une condition.

Les problèmes de santé de longue durée chez les enfants

En général, les enfants des Premières Nations ne sont pas touchés par les graves problèmes de santé auxquels ont à faire face les adultes de leurs collectivités. Parmi les problèmes examinés dans le cadre de l'enquête, l'asthme, les allergies et les infections et problèmes chroniques aux oreilles sont les problèmes déclarés le plus fréquemment chez les enfants des Premières Nations.

Avec un taux de 14,6 %, la prévalence de l'asthme chez les enfants des Premières Nations est plutôt élevée étant donné qu'elle est de 8,8 % chez les enfants dans

L'asthme, les allergies et les infections chroniques aux oreilles sont les problèmes rencontrés le plus souvent chez nos enfants des Premières Nations.

* Compte tenu de la grande variabilité de l'échantillonnage, ce chiffre devrait être utilisé avec prudence. Avec un intervalle de confiance de l'ordre de 95 %, la proportion estimée des jeunes qui reçoivent un traitement se situe entre 10,2 % et 25,8 %.



la population en général. Dans l'ensemble, près des deux tiers des enfants asthmatiques des Premières Nations reçoivent un traitement pour leur état.

Les allergies sont assez fréquentes parmi les enfants des Premières Nations (12,2 %) et parmi les autres enfants au Canada (16,4 %). Chez les Premières Nations, un seul enfant sur cinq souffrant d'allergies reçoit un traitement.

La bronchite chronique est plus fréquente chez les enfants des Premières Nations, soit 3,6 %, que chez les enfants dans la population en général, où le pourcentage s'élève seulement à 1,4 %.

Près d'un enfant des Premières Nations sur dix (9,2 %) présente des infections ou des problèmes chroniques aux oreilles qui sont probablement des otites moyennes. Cet état peut causer des dommages progressifs à l'oreille moyenne et à la membrane du tympan et il peut y avoir la présence d'un écoulement continu par un trou dans la membrane du tympan. L'otite moyenne chronique commence souvent sans douleurs et sans fièvre. Parfois, une perte mineure d'audition peut être due à une otite moyenne chronique²⁰. Un seul enfant des Premières Nations sur quatre souffrant de ce problème est traité.

LE DIABÈTE

Le diabète est une véritable épidémie dans nos communautés. Nous examinons ici la

Le taux de diabète chez les adultes des Premières Nations est beaucoup plus élevé que celui de la population canadienne pour tous les groupes d'âge, avec nos femmes présentant un taux plus élevé que celui de nos hommes.

façon dont il affecte nos membres, les différents types de diabète et comment il peut être affecté par les problèmes de santé multiples. Nous examinons également les risques importants reliés aux maladies cardiaques et à l'obésité. Nous analysons comment l'alimentation, l'activité, l'éloignement de la communauté et d'autres facteurs peuvent avoir une incidence sur nos taux de diabète.

Nos membres présentent quatre types de diabète :

Le diabète de type 1 : La personne n'a pas de cellules productrices d'insuline et a besoin de recevoir de l'insuline d'une source externe (habituellement par injection ou par infusion) afin de maintenir un taux normal de glucose (sucre) dans le sang.

L'âge moyen pour un diagnostic de diabète chez nos jeunes est de 11 ans. Le développement précoce du diabète de type 2 mène à des conséquences sérieuses pour les jeunes en vieillissant.

Chez nos membres, le diabète est souvent lié à l'embonpoint et à l'obésité.

Le diabète de type 2 : Le corps produit de l'insuline, mais en quantité insuffisante pour maintenir un taux normal de glucose dans le sang, ce qui peut être contrôlé par l'alimentation, l'exercice et un médicament administré par voie orale qui augmente la sécrétion d'insuline produite par les cellules productrices d'insuline restantes. Le diabète de type 2 reçoit une attention spéciale étant donné qu'il a été démontré qu'il atteint un taux élevé (de deux à trois fois plus élevé) dans les communautés des Premières Nations comparativement aux communautés qui ne font pas partie des Premières Nations²¹.

Le prédiabète : Une certaine forme de déficience dans la capacité de l'organisme à assimiler l'apport en glucose, comprend aussi une glycémie à jeun plus élevée que la normale, mais pas suffisamment élevée pour être considérée comme du diabète. Ces personnes sont à risques élevés de développer un diabète patent.

Le diabète gestationnel : Apparaît au cours de la grossesse et se traduit par un état d'intolérance au glucose. Ce type de diabète peut être contrôlé par l'alimentation et l'exercice, mais peut aussi nécessiter une thérapie à l'insuline. Un diabète gestationnel non contrôlé chez les mères peut augmenter la prévalence de prédiabète chez leurs enfants.

Le taux de diabète chez les adultes des Premières Nations (14,5 %) est beaucoup plus élevé que dans l'ensemble de la

population canadienne pour tous les groupes d'âge. En outre, cet écart lié à l'âge semble s'être élargi entre les adultes des Premières Nations et les adultes de la population en général, en particulier parmi les adultes des groupes d'âge de 45 à 54 ans et de 55 à 64 ans²².

Parmi nos adultes atteints de diabète, 78,2 % ont un diabète de type 2, 9,9 % ont un diabète de type 1 et 9,8 % présentent un état prédiabétique. Une femme des Premières Nations sur huit (11,9 %) a déclaré avoir souffert de diabète gestationnel. La fréquence des cas de diabète est plus faible parmi les personnes de 18 à 29 ans (3 %) et augmente de façon significative jusqu'à atteindre un taux d'un adulte sur trois parmi les personnes de 55 ans et plus (36,4 % parmi les 55 à 64 ans et 35,2 % parmi les 65 ans et plus).

Il n'y a pas de différences significatives entre les sexes.

Le taux de maladies du coeur et d'hypertension parmi les adultes des Premières Nations atteints de diabète est quatre fois plus élevé que chez les adultes des Premières Nations non diabétiques.

Le diabète de type 2 apparaît habituellement après l'âge de 30 ans, mais il a été un problème chez les enfants des Premières Nations depuis un certain temps maintenant²³. L'âge moyen pour un diagnostic de diabète chez nos jeunes est de 11 ans. Les deux tiers des jeunes atteints de diabète reçoivent un traitement alors qu'une petite proportion d'entre eux déclarent avoir un taux d'activités limité à cause de leur diabète.



La majorité des adultes des Premières Nations diagnostiqués diabétiques suivent un traitement.

À peine plus du quart (28,6 %) des adultes diabétiques rapportent une limitation de l'activité alors que plusieurs (88,7 %) rapportent une conséquence négative ou plus reliée à leur diabète, dont : des problèmes de sensation aux mains et aux pieds (37,1 %), des problèmes de vision (36,8 %), des problèmes de circulation (21,6 %), des problèmes aux jambes et aux pieds (20,9 %), de la fonction rénale (15,9 %), des infections (14,7 %) et des problèmes cardiaques (11,3 %).

Le diabète est souvent relié à l'embonpoint ou à l'obésité. La plupart des adultes des Premières Nations non diabétiques sont classés comme ayant un poids santé ou ayant un surplus de poids alors que la plupart des adultes diabétiques sont classés comme obèses. Un adulte des Premières Nations sur vingt (6,6 %) atteint de diabète a un poids santé comparativement à un adulte sur trois (29,7 %) chez les nondiabétiques.

Un plus grand pourcentage des adultes des Premières Nations qui ont reçu un diagnostic de diabète évalue leur santé comme 'mauvaise', 'passable' ou 'bonne' comparativement aux autres adultes

(85,0 % par rapport à 55,9 % respectivement). La prévalence de la cardiopathie et de l'hypertension parmi les adultes des Premières Nations atteints de diabète est quatre fois plus élevée que chez les adultes des Premières Nations non diabétiques.

Quatre diabétiques sur dix (41,3 %) fréquentent présentement une clinique sur le diabète ou voient quelqu'un qui offre de l'éducation sur le diabète. Environ 20 % des adultes déclarent que l'accès est la principale raison qui les empêche de recevoir l'éducation, et ce fait a été noté parmi ceux vivant dans des communautés isolées (47,2 %) et parmi ceux qui comprennent ou parlent une langue des Premières Nations comparativement aux autres. Les adultes diabétiques indiquent le plus souvent un manque de SSNA (27,0 % contre 18,7 %), notant qu'il est particulièrement difficile d'avoir accès aux médicaments, aux autres fournitures médicales et aux appareils auditifs.

En comparaison des non-diabétiques, un pourcentage plus élevé d'adultes diagnostiqués diabétiques rapportent un manque ou un refus d'approbation pour des services assujettis à l'accès restreint aux SSNA en soins de santé (21,2 % comparativement à 15,2 %). D'autres raisons données pour ne pas fréquenter une clinique ou ne pas consulter une personne pour de l'information sur le diabète sont le coût (6,2 %), le peu d'informations disponibles (4,7 %) et des services

inappropriés ou inadéquats sur le plan culturel (3,3 %).

La majorité (89,8 %) des adultes des Premières Nations qui ont reçu un diagnostic de diabète suivent un traitement. La majorité prennent des pilules (68,0 %) et surveillent leur alimentation (65,5 %). D'autres formes de traitement comprennent l'exercice (52,9 %), l'injection d'insuline (16,7 %), les médecines traditionnelles (12,9 %) et la consultation d'un guérisseur traditionnel ou la participation à des cérémonies traditionnelles (6,0 %).

Des quatre types distincts de diabète, les personnes atteintes de diabète de type 2 sont les plus susceptibles de suivre un traitement comparativement aux autres types de diabète. Le diabète de type 2 était le type de diabète déclaré par 60,9 % des personnes diabétiques âgées de 18 à 29 ans, pourcentage qui augmente à plus de 80 % dans le groupe des diabétiques de plus de 60 ans.

La consommation de repas nutritifs et équilibrés survient de façon plus régulière à mesure qu'on avance en âge. Le groupe des 18 à 29 ans est celui qui a une alimentation la moins saine et équilibrée et ceci constitue un facteur de risque de diabète. Le pourcentage de ceux qui ont une alimentation équilibrée augmente avec chaque groupe d'âge, le groupe des 60 et plus atteignant cet objectif dans une proportion de 53,9 %.

BLESSURES CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS

Les blessures sont une des principales causes de décès. Ils sont responsables d'environ le quart de tous les décès et de



plus de la moitié du nombre d'années potentielles de vie perdues²⁴.

Les blessures peuvent être divisés en deux catégories, selon qu'ils sont intentionnels ou non-intentionnels (accidentels). Les traumatismes accidentels sont ceux qui surviennent sans qu'il y ait intention de blesser, que ce soit de la part de la victime ou d'une autre personne (une chute ou un accident de voiture). Les blessures de la catégorie « intentionnels » sont des blessures qu'une personne s'inflige volontairement (suicide) ou qu'une autre personne lui inflige (agression).

Près du tiers des adultes des Premières Nations ont rapportés des traumatismes nécessitant un traitement — le double de la moyenne nationale.

La recherche démontre qu'en plus des décès et des handicaps, les blessures (ceux causés par la violence sexuelle compris) peuvent entraîner toute une variété de problèmes de



santé dont la dépression, l'alcoolisme et la toxicomanie, des troubles de l'alimentation et du sommeil ainsi que le VIH et d'autres maladies transmises sexuellement²⁵.

Les blessures sont causés par de nombreux facteurs qui comprennent un statut socioéconomique peu élevé, des normes culturelles qui appuient la violence comme moyen de régler un conflit et des normes d'identité sexuelle rigides²⁶. Sur le plan individuel, il est démontré que le risque de blessure est lié au revenu et à l'éducation de même qu'à la consommation d'alcool et de drogues²⁷.

Au cours de l'année précédant l'Enquête, 28,8 % des adultes des Premières Nations ont rapporté des blessures qui nécessitaient un traitement; un taux équivalent au double de la moyenne nationale. Les types de blessures les plus fréquemment rapportés comprenaient les coupures profondes, les écorchures ou les ecchymoses; les entorses graves; et les fractures. Les causes les plus communes de traumatismes chez nos adultes comprennent les chutes, les blessures liées à un sport, les incidents impliquant un véhicule moteur (automobiles, motoneiges, VTT) et la violence (violence familiale ou autres agressions).

Un total de 17,5 % des enfants des Premières Nations compris dans l'ERS ont subi au moins une blessure suffisamment grave pour nécessiter des soins médicaux au cours de l'année précédant l'Enquête. Les types les plus fréquents de blessures rapportés par les enfants des Premières

Nations étaient les coupures profondes, les écorchures ou les ecchymoses; les fractures; et les entorses ou foulures graves. Aucune différence significative n'est notée dans les blessures subies par les garçons ou les filles, cependant, les enfants plus âgés étaient plus susceptibles de subir des traumatismes que les plus jeunes.

Les hommes sont beaucoup plus à risques que les femmes. Les hommes étaient considérablement plus susceptibles que les femmes de subir une blessure causée par la pratique de sports, des accidents de vélo ou des facteurs environnementaux (comme les piqûres d'insectes ou les engelures). Les hommes plus jeunes (18 à 34 ans) sont significativement plus à risques, près de la moitié (42,8 %) ont rapporté un type de blessure au cours de la précédente année.

L'ERS a révélé que les risques de blessures sont plus élevés chez les membres des Premières Nations à faible revenu : 30,9 % des personnes vivant dans des ménages à faible revenu ont rapporté des blessures, alors que 23,4 % seulement de celles vivant dans des ménages à revenu plus élevé ont rapporté avoir subi une quelconque blessure. Les taux de blessures étaient plus élevés parmi nos membres qui avaient consommé des drogues illicites au cours de l'année précédente; qui sont des buveurs fréquents et excessifs; qui étaient dépressifs ou même qui ont envisagé le suicide; et parmi les membres dont un ami proche ou un membre de la famille s'est suicidé au cours de l'année précédente.

Les taux de blessures ne semblaient pas être liés à la taille de la communauté, tandis que le degré d'isolement de la communauté semblait avoir une incidence; les communautés les plus isolées ont rapporté des taux de blessures plus élevés comparativement aux communautés non isolées.

Les chutes et les trébuchements

Les chutes sont la cause la plus commune de traumatismes rapportée par les adultes des Premières Nations. Le taux de chutes était plus élevé chez les jeunes adultes de 18 à 34 ans que chez les adultes âgés de 35 à 54 ans. Les taux plus élevés notés chez les jeunes adultes peuvent être reliés à un comportement plus téméraire, à des taux plus élevés de participation à des sports et peut-être aussi à une plus grande consommation d'alcool. On ne note pas de différences entre les sexes pour ce qui est des incidents de chutes. Les chutes et les trébuchements sont les causes de traumatismes déclarées le plus souvent chez les enfants qui ont participé à l'ERS : 7,6 % des enfants avaient subi au moins une chute qui avait nécessité des soins médicaux au cours de l'année. Les chutes sont plus fréquentes chez les jeunes enfants.

Les accidents reliés à la pratique du sport

Les accidents du sport sont communs parmi nos adultes des Premières Nations. Il est rapporté dans l'ERS que 6,2 % des adultes ont indiqué avoir subi au moins une blessure causée par la pratique de sports au cours de l'année qui précédait l'enquête. Les accidents du sport sont beaucoup plus susceptibles de se produire chez les hommes que chez les femmes (9,3 % par rapport à 3,0 % respectivement). Les adultes plus jeunes sont plus susceptibles de subir un accident du sport, 10,8 % des adultes âgés de 18 à 34 ans avaient subi un accident du

sport comparativement à 2,7 % seulement des personnes âgées de 35 à 54 ans.

Le cyclisme

La deuxième cause de traumatisme la plus souvent donnée dans l'ERS chez les enfants des Premières Nations étaient les accidents impliquant la bicyclette, où 2,8 % de tous les enfants ont rapporté avoir eu un accident de bicyclette au cours de la précédente année et un autre 1,1 % ont subi une forme de collision entre une bicyclette et un véhicule moteur. Cette cause de traumatismes chez les enfants était suivie des accidents reliés aux sports.

Les accidents de véhicule moteur

Dans l'ERS, 5,4 % de nos adultes des Premières Nations ont déclaré avoir subi un accident ou plus impliquant un véhicule moteur au cours de l'année précédente. Les hommes étaient plus susceptibles d'avoir été blessés dans un accident de véhicule moteur que les femmes (6,8 % par rapport à 3,9 %). Peu d'enfants ont déclaré avoir subi des blessures comme passagers d'un véhicule moteur.

Un adulte des Premières Nations sur vingt a déclaré avoir subi au moins un épisode de violence au cours de l'année précédente.

La violence

Dans cette étude, la violence englobait la violence familiale et les autres types d'agression—malgré que ces deux types de violence ne soient probablement déclarés qu'en partie seulement dans une enquête. Parmi nos adultes des Premières Nations, 4,8 % ont déclaré avoir subi au moins un épisode de violence au cours de l'année



précédente. Le sexe ne semblait pas jouer un rôle important dans l'incidence de ce type de traumatismes. À propos du manque de différence entre les deux sexes, on peut émettre l'hypothèse que cela est amené par le fait que même si les femmes souffrent plus de violence familiale, il est probable que d'autres types d'agression, comme les bagarres et les querelles, sont responsables des traumatismes chez les hommes.

INVALIDITÉS

Les invalidités chez les adultes

Aux fins de l'ERS, la recherche définit les répondants de 18 ans et plus comme des personnes invalides s'ils déclarent être limités dans le type et le nombre d'activités qu'ils peuvent effectuer à la maison, au travail, à l'école et dans d'autres activités, comme les loisirs ou les voyages, à cause d'un état physique ou mental ou encore d'un problème de santé.

Près d'un adulte des Premières Nations sur trois (28,4 %) ont déclaré une invalidité telle que définie plus haut. Près d'une femme des Premières Nations sur trois souffre d'une invalidité, contre un homme sur quatre. Les invalidités deviennent plus fréquentes à mesure que les personnes

Le fait d'être handicapé n'a pas eu d'impacts sur la capacité des jeunes et des enfants des Premières Nations d'aller à l'école.

Prévalence des invalidités ajustée selon l'âge parmi les Premières Nations et les autres adultes au Canada, par sexe

Sexe	Premières Nations (ERS)	Canada (ESCC)	Canada (fichier général de l'ENSP)*
Homme	25,7 %	23,2 %	18,3 %
Femme	31,3 %	28,2 %	20,3 %
Total	28,4 %	25,8 %	19,3 %

vieillissent. Par exemple, à peu près la moitié des membres des Premières Nations âgés de plus de 60 ans souffre d'une invalidité** comparativement à 13,1 % de ceux faisant partie du groupe des 18 à 29 ans. Cette augmentation du taux d'invalidité peut être expliquée en partie par une exposition accrue aux facteurs qui placent les personnes en situation de risques d'invalidité au cours de la vie, comme les accidents, le processus naturel du vieillissement, les maladies et d'autres conditions (p. ex., l'arthrite, les maladies cardiaques, la perte progressive de l'ouïe).

Les adultes des Premières Nations qui souffrent d'un handicap sont moins susceptibles d'être célibataires (et de n'avoir jamais été mariés auparavant) que ceux qui ne sont pas handicapés (27,5 % contre 40 %). Cette conclusion est probablement due en partie au fait que l'apparition du handicap tend à survenir à l'âge adulte pour plusieurs personnes, c.-à-d., parfois après que les personnes aient eu la chance de s'engager dans une relation de longue durée avec un conjoint ou une conjointe ou avec un ou une partenaire.

* ESCC – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. ENSP – Enquête nationale sur la santé de la population

** Cette estimation est plutôt conservatrice. Des données non publiées reçues du BCPH fondées sur le recensement de 2001 démontrent une prévalence des handicaps de l'ordre de 60,3 % parmi les aînés des Premières Nations âgés de 65 ans et plus et de l'ordre de 54,4 % parmi les aînés inuits du même groupe d'âge.

La probabilité d'avoir un emploi est plus faible pour les adultes handicapés des Premières Nations que pour ceux qui ne sont pas handicapés.

Les femmes des Premières Nations atteintes d'un handicap sont plus susceptibles d'être veuves : 1 sur 6 comparativement à 1 sur 23 pour l'ensemble de tous les adultes des Premières Nations. Il semble y avoir peu de différence sur le plan de la scolarité entre les adultes handicapés des Premières Nations et ceux qui ne souffrent d'aucun handicap. Par exemple, la probabilité est que les adultes des Premières Nations atteints d'un handicap tout comme ceux qui n'ont pas de handicaps n'auront pas obtenu de diplôme d'études secondaires.

Les adultes des Premières Nations qui souffrent d'un handicap ont en moyenne moins de revenus personnels que les adultes non handicapés. Environ 58,6 % des personnes des Premières Nations avec un handicap avaient un revenu personnel inférieur à 15 000 \$ ou n'avaient aucun revenu au cours de l'année précédente la tenue de l'ERS. Les adultes handicapés des Premières Nations sont 1,7 fois plus susceptibles d'avoir un revenu inférieur à 15 000 \$ ou aucun revenu. Toutefois, la probabilité d'avoir un emploi est plus faible pour les adultes des Premières Nations atteints d'un handicap que pour les adultes non handicapés (37,3 % comparativement à 52,2 %).

Handicap chez les jeunes et les enfants
En général, les jeunes et les enfants des Premières Nations sont significativement moins susceptibles à rapporter un handicap que les adultes, plus âgés. Parmi les jeunes des Premières Nations, 7,7 % peuvent être

classifiés comme ayant un handicap. Un autre 8,1 % des enfants des Premières Nations ont rapporté être atteints d'un handicap (fondé sur des limitations causées par des problèmes médicaux de longue durée). En prenant les chiffres de l'ENSP comme valeurs de référence et les données correspondantes de l'ERS aux fins de comparaison*, il peut y avoir jusqu'à 1,8 fois plus de handicaps parmi les enfants des Premières Nations.

Le fait d'avoir un handicap ne représente pas un obstacle sur le plan de la fréquentation scolaire parmi les jeunes des Premières Nations (comparativement aux jeunes non handicapés). Par contre, les jeunes ayant un handicap sont plus susceptibles de rapporter des problèmes d'apprentissage à l'école que leurs collègues non handicapés : 59,2 % par rapport à 42,3 %. De la même façon, les enfants des Premières Nations qui ont un handicap sont aussi susceptibles que ceux qui n'ont pas de handicap de fréquenter l'école et de participer au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.

Tout près de la moitié des adultes des Premières Nations qui ont rapporté avoir eu besoin de traitement dentaire urgent a déclaré avoir eu de la difficulté à accéder aux SSNA.

ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES ET BESOINS DE TRAITEMENT CHEZ LES ADULTES DES PREMIÈRES NATIONS

Près de 60 % de nos adultes des Premières Nations ont reçu des soins dentaires au cours de l'année précédente. Toutefois, les résultats démontrent également que les

* L'estimation est fondée sur une approche de détermination des handicaps similaire à celle utilisée dans l'ENSP qui a produit un taux de 4,4 % d'handicaps chez les enfants dans la population générale; $7,8 + 4,4 = 1,8$.



caries non traitées, les besoins de traitement parodontal et prosthodontal sont en hausse. Les adultes des Premières Nations qui ont déclaré avoir une meilleure santé générale étaient plus susceptibles d'avoir eu accès à des soins dentaires au cours de la dernière année.

L'utilisation de service dentaire est déterminée en grande partie par la capacité de payer pour des services et des soins dentaires, en fonction du revenu familial et de l'emploi. Conformément à la politique du programme SSNA (services de santé non assurés), la couverture des soins dentaires n'est pas globale, ce qui peut expliquer pourquoi les traitements dentaires plus complexes requis chez les adultes plus âgés sont parfois négligés. Dans l'ensemble, 17,6 % des adultes ont mentionné qu'on leur avait refusé une approbation préalable pour ses services dentaires dans le cadre des SSNA. Mais encore plus préoccupant est le fait que parmi ceux qui ont rapporté la nécessité d'un traitement dentaire urgent, tout près de la moitié ont déclaré avoir eu de la difficulté à accéder aux SSNA pour des services dentaires.

Historiquement, il a été difficile d'attirer des dentistes généralistes et des spécialistes dans les communautés plus éloignées et plus isolées du Canada. Il y a aussi un vaste

Les jeunes ont accès le plus souvent à des soins dentaires dans des cas d'urgence plutôt que pour des soins préventifs.



écart entre l'affectation relative de dentistes entre les provinces ainsi qu'entre les régions à l'intérieur des provinces²⁸.

Les conclusions à l'effet que les besoins de traitements dentaires étaient associés au diabète et à l'obésité ont des implications profondes sur le plan de la santé publique dont il faudrait prendre note. En outre, la prévalence de l'obésité et du diabète est plus élevée parmi nos adultes^{29, 30}. Des taux plus élevés de tabagisme et de consommation d'alcool ont aussi été rapportés parmi nous, facteurs qui ont un impact sur la santé dentaire³¹. Le fardeau des affections buccales et des accidents aux dents est en hausse et la nécessité d'une recherche plus approfondie sur ces facteurs de risque comportant comme objectif la conception de programmes de mesures appropriées devrait être priorisée. La majorité de nos jeunes des Premières Nations ont reçu des soins dentaires. Cependant, ils ont accès aux soins dentaires dans des cas d'urgence plutôt qu'à des fins de prévention. Nos jeunes ont besoin de restaurations, de soins d'entretien pour leurs dents et d'extraction de dents. Près de 20 % de nos jeunes souffrent de mal de dents

(odontalgie), un indicateur de la nécessité de soins dentaires d'urgence et un bon prédicateur de la perte de dents. Les extractions des dents permanentes commencent au début de l'adolescence comme conséquences de la carie dentaire et se poursuivent jusqu'à l'âge adulte, alors que les affections parodontales (gencives) deviennent l'indicateur principal pour les cas d'extractions dentaires. Nos jeunes qui vivent dans des communautés éloignées n'étaient pas en mesure d'accéder rapidement à des soins dentaires au cours de l'année précédente et plusieurs d'entre eux ont besoin d'obturations.

Bien que nos enfants affichent un haut niveau d'utilisation des soins dentaires, cela n'a pas eu comme effet de réduire les besoins pour des services de traitement, comme les obturations.

Dans les communautés éloignées ou isolées, la variété et la disponibilité des aliments nutritifs peuvent souvent être restreintes, ce qui résulte en une trop grande consommation de collation non nutritionnelle et de boissons gazeuses. En fait, la consommation de boissons gazeuses demeure un des principaux facteurs de risque pour ce qui est de la carie dentaire chez les enfants vivant dans les communautés des Premières Nations et les choix alimentaires qu'ils font en tant qu'enfants auront fort probablement une influence sur les choix qu'ils feront en tant que jeunes³².

Les deux tiers de nos enfants des Premières Nations ont reçu des soins dentaires au cours de la dernière année. Les soins dentaires sont associés à l'âge et au niveau de scolarité des parents de même qu'à la taille et à l'isolement de la communauté.

Les enfants dont les parents ont un niveau de scolarité moins élevé ou qui vivent dans des communautés éloignées ou isolées sont les moins susceptibles d'avoir reçu des traitements dentaires au cours de l'année précédente. Alors qu'on note un taux élevé d'utilisation des soins dentaires parmi nos enfants, nous ne voyons pas une réduction dans les besoins de traitements. Un quart de nos enfants ont besoin d'obturations dentaires et près de la moitié ont rapporté un besoin d'examen ou de nettoyage des dents. Quelques enfants d'à peine un an ont besoin d'obturation et on estime que le nombre d'enfants d'âge préscolaire qui ont besoin d'obturations est équivalent à celui des enfants d'âge scolaire. La carie du biberon touche 30 % des enfants âgés de 3 à 5 ans parmi lesquels environ 30 % ne reçoivent pas de traitement.

La carie du biberon touche 30 % des enfants de 3 à 5 ans.

La promotion des soins préventifs et de la santé buccale devrait être examinée. Des initiatives communautaires peuvent aider à réduire les problèmes avant qu'ils n'apparaissent. Des initiatives visant à enseigner aux femmes enceintes, aux nouvelles mères, aux grands-parents ou aux autres membres de la famille qui prennent soin des enfants les bonnes mesures d'hygiène buccale à prodiguer entraîneront des réductions du taux de caries. Des programmes offerts à l'école produisent des résultats similaires et aident à renforcer la sensibilisation quant aux risques de traumatismes buccofaciaux. La création d'environnements sécuritaires dans les garderies et les installations sportives peut aussi aider à réduire ce type de traumatismes.



RÉSUMÉ DES DONNÉES DE L'ERS :

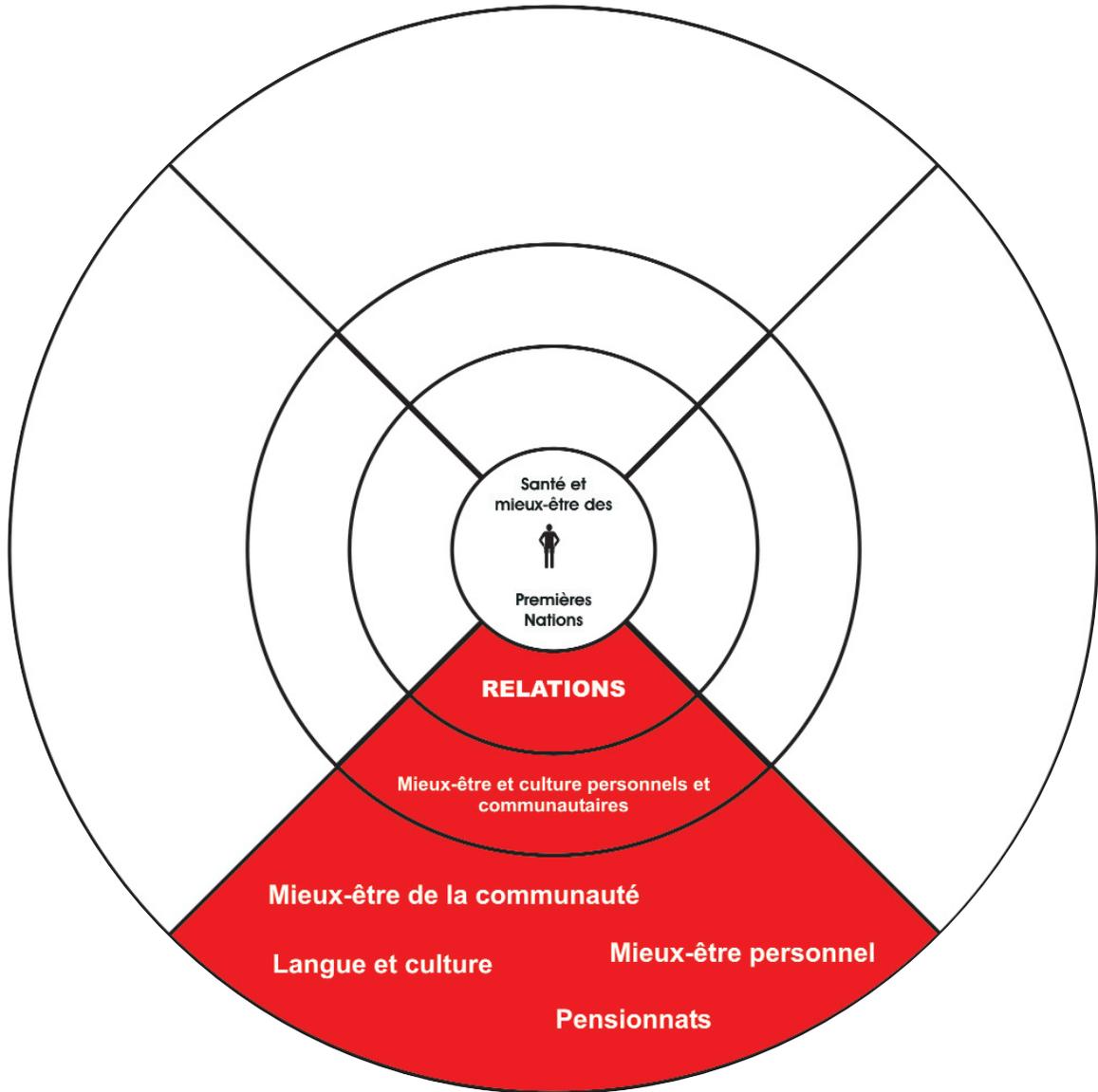
Si nous regardons autour de nous et observons l'état de santé des peuples des Premières Nations, voici ce que nous voyons:

- Les adultes des Premières Nations présentent un taux plus élevé d'arthrite/rhumatisme que les adultes canadiens.
- Pour tous les groupes d'âge et les deux sexes, le taux de tabagisme est environ le double de celui trouvé dans la population canadienne.
- L'obésité chez nos femmes des Premières Nations est environ trois fois plus élevée que dans la population des femmes canadiennes.
- Le taux de diabète chez les adultes des Premières Nations est beaucoup plus élevé que dans la population canadienne et ce, dans tous les groupes d'âge, nos femmes présentant des taux plus élevés que ceux des hommes.
- L'âge moyen du diagnostic du diabète chez nos jeunes est de 11 ans. L'apparition précoce du diabète de type 2 mène à de graves conséquences sur la santé des jeunes à mesure qu'ils vieillissent.
- Chez nos membres des Premières Nations, le diabète est souvent associé à l'embonpoint et à l'obésité.
- La fréquence des maladies du cœur et de la haute pression parmi les adultes des Premières Nations atteints de diabète est quatre fois plus élevée que celle trouvée chez les adultes des Premières Nations non diabétiques.
- La majorité des adultes des Premières Nations diagnostiqués diabétiques suivent un traitement.
- Environ un enfant sur dix et un jeune sur cinq des Premières Nations souffrent d'infections chroniques aux oreilles.
- Plus de la moitié de nos enfants et moins de la moitié de nos jeunes souffrent d'embonpoint ou d'obésité.
- Nos adultes des Premières Nations rapportent des blessures à un taux presque trois fois plus élevée que la moyenne canadienne.
- Près du tiers de nos adultes des Premières Nations a rapporté des blessures qui nécessitaient des soins médicaux – le double de la moyenne canadienne.
- Un adulte sur vingt des Premières Nations a rapporté avoir subi au moins un épisode de violence au cours de l'année précédente.
- Tout près de la moitié des adultes des Premières Nations qui ont rapporté avoir eu besoin de soins dentaires urgents ont affirmé avoir rencontré des difficultés en vue d'accéder aux SSNA.
- Les jeunes des Premières Nations ont accès à des soins dentaires le plus souvent dans des cas d'urgence plutôt que pour des soins préventifs.
- Bien que nos enfants présentent un niveau élevé d'utilisation des soins dentaires, ce fait n'a pas amené une réduction des besoins en matière de services de traitement, comme les obturations.
- La carie du biberon est un grave problème qui touche nos enfants des Premières Nations.

CHAPITRE 4 : RELATIONS

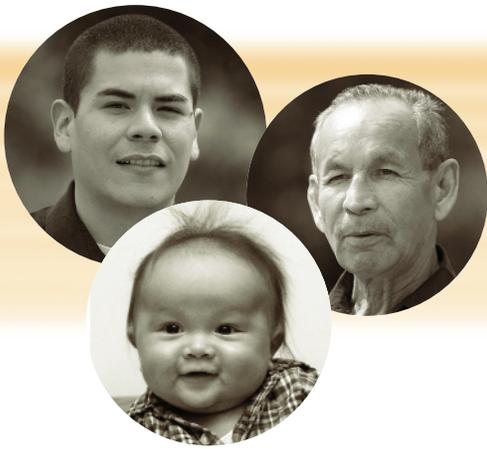


CHAPITRE 4 : RELATIONS



Les relations se développent au fil du temps.

En tant qu'êtres humains, nous établissons tous des relations qui se développent positivement ou négativement avec le temps. Il y a les relations avec les amis, la famille et la communauté et aussi les relations avec nous-mêmes... le regard que nous posons sur nous-mêmes et notre propre sens du mieux-être personnel, par exemple.



Le cadre de travail des Premières Nations, établi au Chapitre 2, a permis de démontrer pourquoi ces relations représentent des mesures importantes de l'état de santé global. Des valeurs telles que la culture, l'identité et le savoir traditionnel sont considérées comme des indicateurs de base de la santé. Le principe fondamental d'équilibre, qui peut aussi s'exprimer en termes de relations, devient essentiel à toute mesure de l'état de santé global des peuples des Premières Nations.

Dans cette section, nous résumons l'information recueillie dans le cadre de l'ERS qui touche de plusieurs manières différentes à la question des relations. Les grands sujets abordés dans la présente section sont :

- la santé personnelle;
- les pensionnats;
- la culture et la langue;
- le mieux-être communautaire.

SANTÉ MENTALE, MIEUX-ÊTRE PERSONNEL ET SOUTIEN PARMIS LES ADULTES, LES JEUNES ET LES ENFANTS DES PREMIÈRES NATIONS

Pour les nôtres, l'équilibre est un aspect vital de la santé. Les répondants adultes se sentent équilibrés dans les quatre aspects de leur vie : 70,9 % se sentent en équilibre sur le plan physique, 71,0 %, en équilibre sur le plan émotionnel, environ 74,8 %, en équilibre sur le plan mental et environ 68,4 %, en équilibre sur le plan spirituel. Malgré ces

Une majorité de personnes des Premières Nations se sentent équilibrées aux plans physique, émotionnel, mental et spirituel.

résultats élevés quant au sentiment d'équilibre chez nos adultes, 30,1 % d'entre eux ont aussi connu une période de tristesse, de mélancolie ou de déprime de deux semaines ou plus d'affilée. De plus, 37,9 % ont été l'objet de racisme au cours des 12 derniers mois.

La façon dont les adultes des Premières Nations perçoivent les soutiens a aussi une incidence sur leur santé mentale. Malheureusement, notre santé mentale peut être très instable par moments et afficher des taux alarmants de pensées et de tentatives suicidaires, ce qui vient contredire la notion selon laquelle nos membres sont en équilibre. Dans l'ensemble, un adulte sur dix a déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de sa vie dont la majorité étaient des femmes. Environ la moitié des personnes qui ont fait état de pensées suicidaires ont dit avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. On ne signale pas de différences entre les sexes

Un adulte des Premières Nations sur dix déclare avoir des pensées suicidaires et 50 % d'entre eux disent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie.

Bien qu'ils disent ne pas se sentir équilibrés sur les plans émotionnel ou mental, les jeunes des Premières Nations n'ont accès ni aux soutiens traditionnels ni aux services en santé mentale.

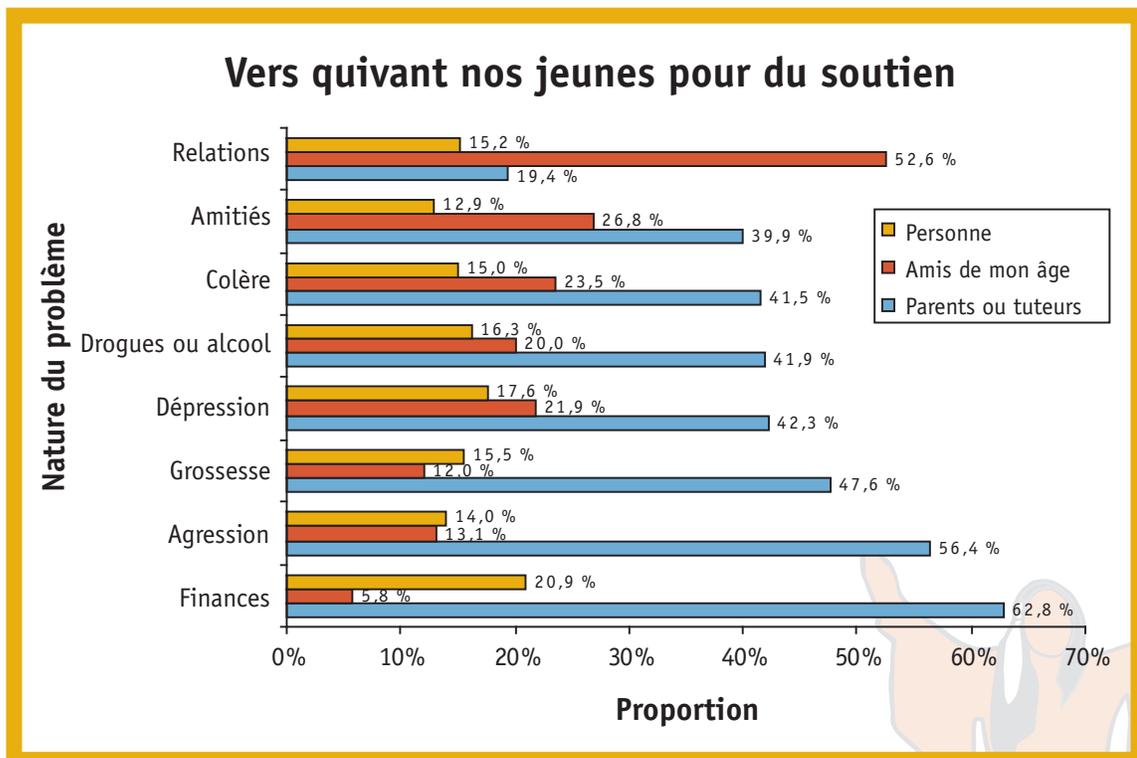
pour ce qui est des pensées suicidaires, mais les femmes déclarent un taux de tentatives de suicide plus élevé que les hommes.

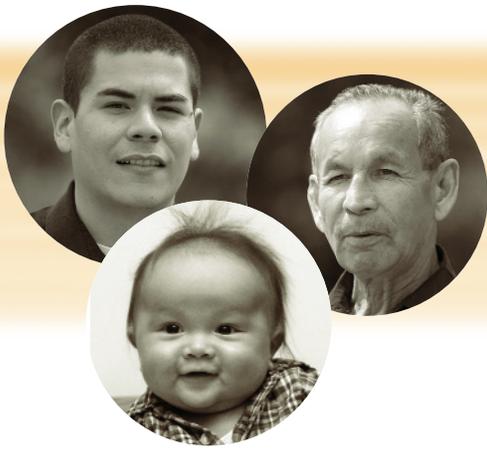
La majorité des adultes estiment qu'il y a toujours une personne qui leur manifeste amour et affection. Plus de la moitié des adultes des Premières Nations disent qu'il y a toujours quelqu'un qui peut les amener chez un médecin ou avec qui ils peuvent faire quelque chose d'agréable. La disponibilité d'une personne qui peut toujours leur permettre de rompre avec leur

routine quotidienne est faible. En matière de santé émotionnelle ou mentale, on trouve généralement le soutien au sein de la famille et auprès d'amis.

À l'instar des conclusions énoncées par les adultes des Premières Nations, la majorité de nos jeunes déclarent être dans un état d'équilibre sur les plans physique, émotionnel, mental et spirituel. L'équilibre physique est mentionné le plus souvent, suivi respectivement de l'équilibre sur les plans émotionnel, mental et spirituel. Cependant, les jeunes qui vivent dans des communautés isolées sont les plus susceptibles de faire état d'un équilibre émotionnel ou mental que ceux des communautés non isolées.

Les jeunes des Premières Nations tendent à rechercher de l'aide émotionnelle auprès





d'amis et de membres de leur famille immédiate. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de rechercher de l'aide auprès de ces personnes. En général, les jeunes ne cherchent pas à consulter les guérisseurs traditionnels, les conseillers, ni à obtenir des examens psychologiques ou tout autre service de santé mentale. La majorité des jeunes vivant



dans des communautés isolées et éloignées déclarent n'avoir jamais consulté de guérisseur traditionnel. Ni l'âge, ni la situation du transfert de la santé des communautés ne change quoi que ce soit à cette conclusion.

Lorsque les jeunes des Premières Nations font face à des problèmes, la majorité d'entre eux cherchent de l'aide auprès d'un petit groupe uniforme. Ils se tourneront pour la plupart vers un parent ou un tuteur; puis vers des amis de leur âge. Les jeunes cherchent de l'aide pour différents problèmes auprès de parents ou tuteurs; d'amis de leur âge; et parfois ils ne demandent l'aide de personne. Un des résultats les plus alarmants concerne le

pourcentage de jeunes qui ne vont vers personne pour de l'aide lorsqu'ils sont aux prises avec des facteurs qui contribuent fortement au suicide, notamment les relations; la toxicomanie; la dépression; et les agressions physiques ou sexuelles. Les parents ou les tuteurs représentent le choix le plus populaire auprès des jeunes des Premières Nations lorsqu'ils sont aux prises avec tous les problèmes énumérés, sauf les relations avec leur petit ami ou petite amie. En ce qui concerne ces relations, les jeunes choisissent en premier lieu d'aller vers des amis de leur âge. Ces amis sont aussi le deuxième choix le plus populaire dans tous les autres cas sauf pour ce qui a trait à des problèmes financiers et des agressions. Le soutien des médecins, infirmiers ou infirmières et aides en soins de santé n'est recherché que lorsqu'il s'agit de MTS, de contrôle des naissances ou de grossesse. Pour trouver de l'aide, les jeunes hommes et les jeunes femmes demandent conseil à leurs parents ou tuteurs. Les hommes ont plus tendance à faire face eux-mêmes aux problèmes alors que les jeunes femmes sont plus susceptibles d'aller vers des amis de leur âge.

L'emploi

Le pourcentage des répondants des Premières Nations qui ont pensé au suicide au cours de leur vie est le même pour ceux qui ont un emploi rémunéré et ceux qui n'en n'ont pas. Cependant, 42,3 % de ceux qui travaillent sont plus susceptibles d'avoir fait l'objet de racisme, un pourcentage plus élevé par rapport à ceux qui n'occupent pas actuellement un emploi rémunéré (33,5 %).



L'état de santé perçu

Les personnes en moins bonne santé sont beaucoup plus susceptibles (environ 33 % de plus) d'avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie que celles qui sont en meilleure santé.

L'estime de soi

L'estime de soi est le sentiment de satisfaction et de confiance en soi éprouvé par une personne. Les deux tiers des adultes des Premières Nations qui ont été victimes de racisme ont aussi déclaré que cette expérience avait eu des conséquences négatives sur leur estime de soi. De plus, ces personnes étaient aussi plus susceptibles d'avoir pensé au suicide au cours de la dernière année.

Les Premières Nations croient fortement que leur communauté ne progresse pas en matière de réduction de l'abus d'alcool et de drogues.

Le racisme

Les Premières Nations qui accordent (beaucoup ou en quelque sorte) de l'importance aux activités culturelles et à la spiritualité font état de plus nombreuses expériences de racisme que ceux qui déclarent que les activités culturelles et la spiritualité sont sans importance.

Les pensionnats

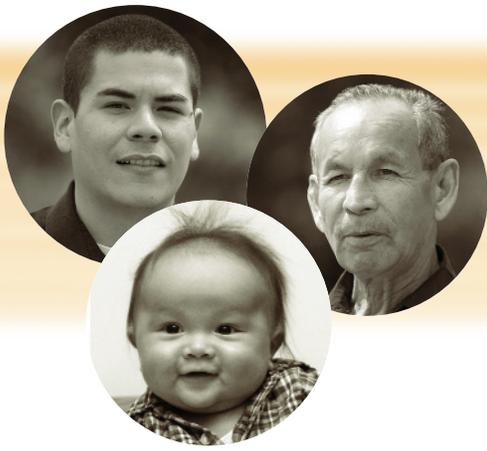
L'influence négative de la fréquentation des pensionnats sur la santé et le mieux-être des peuples des Premières Nations a été maintes fois répétée. Il n'y a pas de différence dans les taux de tentatives ou de pensées suicidaires entre ceux qui ont fréquenté les pensionnats et ceux qui ne les ont pas fréquentés.

Le soutien personnel

Les adultes des Premières Nations qui se sentent tristes, mélancoliques ou déprimés déclarent que les professionnels en santé mentale et en services sociaux sont leur principale source de soutien, alors que pour les autres adultes qui, eux, ne se sentent pas tristes, mélancoliques ou déprimés, ce sont la famille et les amis qui assument ce rôle. Ceux qui sont déprimés disent disposer de peu de soutien de la part de leur famille, de leurs amis et des professionnels de la santé concernant leurs besoins en matière de santé émotionnelle et mentale. Ils sont aussi moins susceptibles d'éprouver un sentiment élevé d'autodétermination.

Les progrès de la communauté

Les Premières Nations croient fortement que leur communauté ne progresse pas en ce qui a trait à la réduction de l'abus d'alcool et de drogues. Les deux secteurs des communautés des Premières Nations dans lesquels nos gens voient un certain progrès



sont l'eau et les installations d'égouts, et l'éducation et les possibilités de formation.

LES IMPACTS DES PENSIONNATS SUR LA SANTÉ ET LE MIEUX-ÊTRE DES PREMIÈRES NATIONS

Dans cette section, nous examinons les impacts des pensionnats sur la santé et le mieux-être de nos adultes, de nos jeunes et de nos enfants.

Les impacts des pensionnats sur les adultes
Un adulte des Premières Nations sur cinq (20,3 %) a fréquenté les pensionnats pendant cinq ans en moyenne. En général, nos gens entraient à l'école vers l'âge de neuf ans et en sortaient à quatorze ans.

Aujourd'hui, les membres des Premières Nations qui ont survécu aux pensionnats sont âgés de 40 ans et plus. Les pensionnats ont été fermés entre les années 1950 et 1990. La moitié des adultes des Premières Nations qui ont fréquenté les pensionnats soutiennent que ces derniers ont eu des conséquences négatives sur leur santé et leur mieux-être. Cette expérience a eu des répercussions à long terme sur leur santé physique et mentale. Les trois principales conséquences sont : l'isolement de leur famille, la violence verbale ou émotionnelle et la perte de l'identité culturelle. Au moins 18 % des ex-pensionnaires ont tenté de se suicider au cours de leur vie et 30 % d'entre eux ont consommé au moins un médicament en vente libre au cours de la dernière année³³.

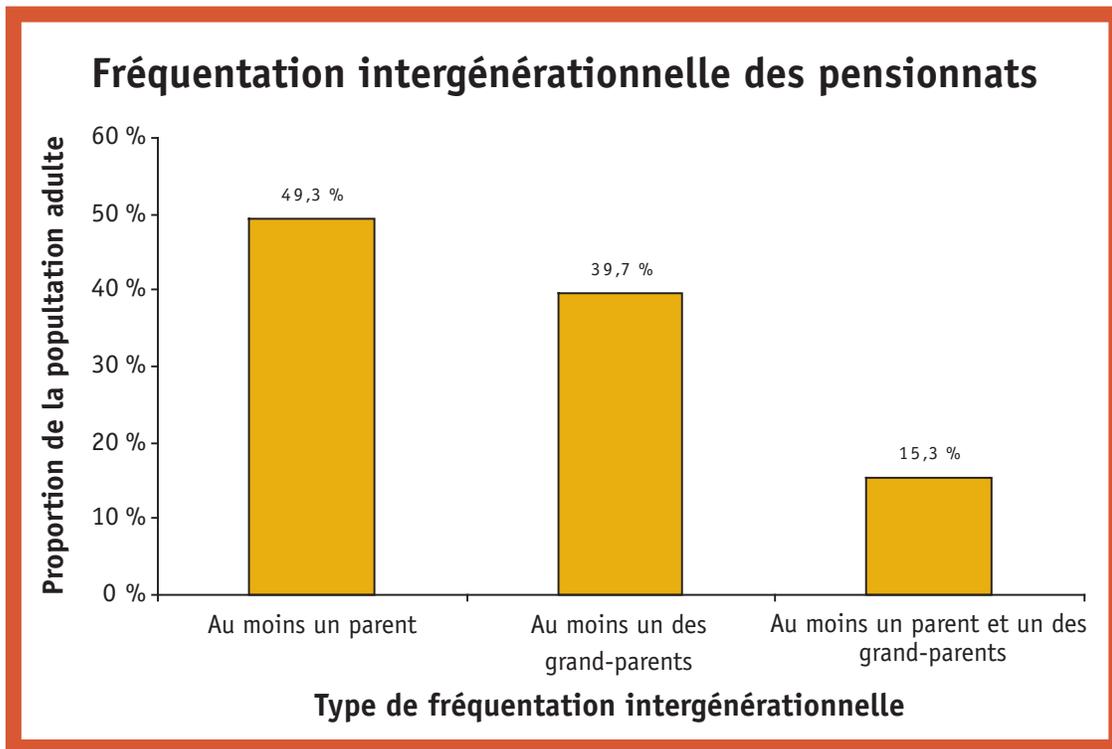
Une majorité des anciens élèves des pensionnats des Premières Nations ont été témoins de violence sur d'autres ou l'ont eux-mêmes subie.

La majorité des ex-pensionnaires (71,5 %) ont été témoins de violence faite aux autres. Ceux qui ont fréquenté les pensionnats ont déclaré avoir subi les types de violence suivants lorsqu'ils étaient eux-mêmes élèves : violence sexuelle 32,6 %, violence physique 79,2 % et violence verbale ou émotionnelle 79,3 %. Parmi les autres conséquences, mentionnons les conditions de vie difficiles (43,7 %), le manque de vêtements convenables (40,5 %), l'intimidation de la part des autres enfants (61,5 %), la perte de leur langue (71,1 %) et la perte de leur religion ou spiritualité traditionnelle (67,4 %).

Alors que plus de 90 % des adultes des Premières Nations comprennent l'anglais et le parlent couramment ou relativement bien, la moitié des adultes des Premières Nations ne comprennent aucune langue des Premières Nations. À peine un peu moins de la moitié de nos adultes (43,9 %) parlent couramment ou relativement bien au moins une langue des Premières Nations.

Nos adultes des Premières Nations estiment que le fait que leurs parents aient fréquenté des pensionnats a eu des conséquences négatives sur la manière dont ils ont exercé leur rôle de parents auprès de leurs enfants.

Proportion des adultes dont les parents ou les grands-parents ou à la fois les parents et les grands-parents ont fréquenté les pensionnats.



La majorité des adultes croient aussi que la fréquentation des pensionnats par leurs grands-parents a eu des conséquences négatives sur la manière dont ces derniers ont exercé leur rôle de parents envers leurs propres parents lorsque ceux-ci étaient enfants.

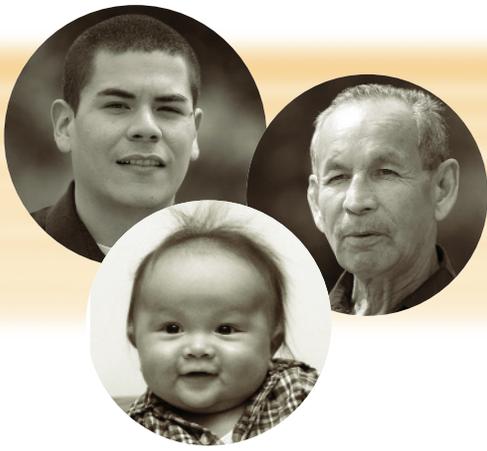
En plus de souffrir de répercussions sur le plan de la santé mentale, comme la dépression et la toxicomanie, les adultes des Premières Nations sont aussi portés à avoir des pensées suicidaires. D'ailleurs, les adultes dont au moins un parent a fréquenté le pensionnat sont plus susceptibles d'avoir envisagé de se suicider au cours de leur vie, à savoir 37,2 % comparativement à 25,7 % des adultes dont les parents n'ont pas fréquenté le pensionnat. De plus, 20,4 % des adultes dont au moins un des grands-parents a fréquenté les pensionnats ont aussi tenté de se suicider au cours de leur vie par rapport à 13,1 % des adultes dont

aucun des grands-parents n'a fréquenté le pensionnat.

Les personnes qui ont fréquenté les pensionnats sont aussi plus prédisposées à souffrir de tuberculose, de diabète, d'arthrite et d'allergies.

Les adultes des Premières Nations croient que la fréquentation des pensionnats par leurs parents a eu des conséquences négatives sur la façon dont ces derniers ont exercé leur rôle de parents envers eux.

Plus de la moitié des adultes des Premières Nations disent que les activités liées à la culture traditionnelle et à la spiritualité traditionnelle sont assez ou très importantes dans leur vie. De plus, 70,3 % soutiennent que la religion est assez ou très importante dans leur vie. Les personnes qui ont



fréquenté les pensionnats et qui ont une vie bien équilibrée citent souvent leurs croyances religieuses et leur spiritualité comme le fondement de leur mieux-être actuel³⁴. Cela apparaît dans l'ERS qui révèle que les personnes qui ont fréquenté les pensionnats sont plus susceptibles que celles qui n'y sont pas allées de dire que la culture traditionnelle, la spiritualité traditionnelle et la religion sont importantes dans leur vie. Nos traditions spirituelles aident les ex-pensionnaires à reconquérir leur propre identité et à redonner un sens à leur vie.

Les impacts des pensionnats sur les jeunes des Premières Nations

Aujourd'hui encore, les conséquences des pensionnats, qui ont été en activité de la moitié du 19e siècle à la fin du 20e siècle, continuent à se répercuter indirectement sur les jeunes. Les conséquences des pensionnats sur l'identité culturelle, la santé et le mieux-être et les tensions constantes entre les valeurs des peuples des Premières Nations et la société dominante compliquent les efforts que déploient nos jeunes pour se forger une identité et trouver leur voie dans le monde.

Les jeunes (12 à 17 ans) des Premières Nations sont plus susceptibles que les

Près de 60 % des enfants des Premières Nations ont au moins un de leurs grands-parents qui a fréquenté les pensionnats.



enfants (moins de 12 ans) d'avoir des parents et/ou des grands-parents qui ont fréquenté les pensionnats. Aujourd'hui, environ un jeune sur trois a au moins un parent qui a fréquenté le pensionnat, et environ les deux tiers ont au moins un de leurs grands-parents qui y est allé. Cela laisse entendre que les jeunes courent plus de risques que les enfants de moins de 12 ans de subir les répercussions indirectes des pensionnats.

Plusieurs générations d'enfants ayant grandi dans un environnement où les expressions de l'identité des Premières Nations étaient critiquées et dévalorisées, il n'est pas étonnant que les cultures et les langues de tant de communautés risquent de disparaître. La perte de la langue, cette

incapacité des jeunes de parler et de comprendre l'une ou l'autre de nos langues, est dévastatrice³⁵. Bien que les jeunes aient connu la perte de leur langue, ils estiment encore très important pour eux d'être capables de la parler.

Environ la moitié de nos jeunes des Premières Nations dont un parent ou un des grands-parents a fréquenté un pensionnat affirment qu'il est très important pour eux d'être capables de parler leur propre langue. Plus de la moitié des jeunes dont au moins un parent a fréquenté un pensionnat croient que les activités culturelles sont importantes dans leur vie.

Étant donné les incidences élevées de suicide parmi d'autres facteurs de risque, l'expérience du pensionnat peut conduire à une mort précoce³⁶. Dans les cas où au moins un parent a fréquenté un pensionnat, les jeunes sont plus susceptibles d'avoir pensé au suicide ou tenté de se suicider au moins une fois au cours de leur vie. La même situation se présente chez les jeunes dont au moins un des grands-parents a fréquenté un pensionnat.

Les impacts des pensionnats sur les enfants

Un enfant des Premières Nations sur six a au moins un parent qui a été pensionnaire. De plus, près de 60 % de nos enfants ont au moins un de leurs grands-parents qui a fréquenté le pensionnat.

L'expérience des pensionnats a eu des impacts persistants sur les générations suivantes, dans les familles, et les communautés. Les répercussions mentales, physiques, émotionnelles et spirituelles sont profondes chez les ex-pensionnaires. À leur tour, nos enfants courent certains risques de

subir les conséquences indirectes de l'expérience des pensionnats de leurs parents et grands-parents. Les répercussions sur nos enfants sont visibles dans la perte de la langue et des activités liées à la culture traditionnelle³⁷.

Presque tous les parents croient qu'il est important pour leur enfant d'apprendre une langue des Premières Nations. Ceux qui ont fréquenté les pensionnats étaient légèrement plus susceptibles d'éprouver ce sentiment que ceux qui n'y sont pas allés.

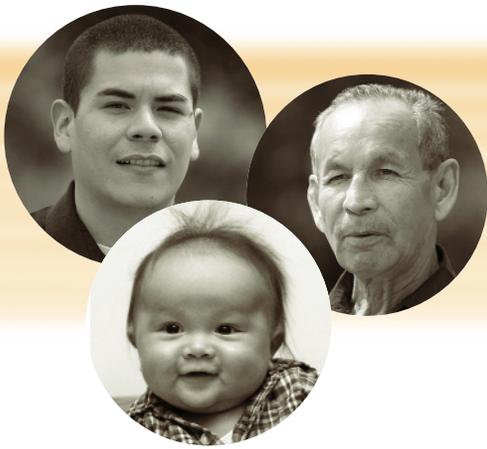
Il y a peu de différence entre les enfants des anciens élèves des pensionnats et les autres enfants sur le plan de la capacité de parler ou de comprendre couramment ou relativement bien une ou plusieurs langues. Les parents qui ont fréquenté un pensionnat étaient plus susceptibles d'avoir des enfants qui peuvent parler leur langue que ceux qui n'y sont pas allés : 22,6 % contre 16,4 %.

Un peu plus de la moitié des parents qui ont fréquenté un pensionnat affirment que les activités liées à la culture traditionnelle sont très importantes dans la vie de leur enfant comparativement à 42,3 % des parents qui n'ont pas été pensionnaires.

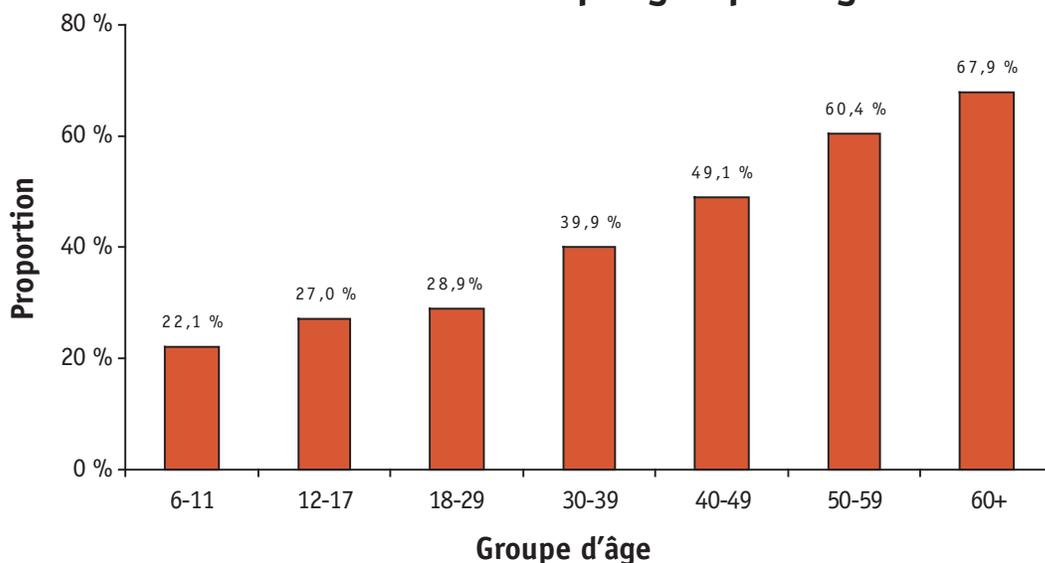
LANGUES ET CULTURES

La section suivante analyse les influences de la langue et de la culture sur la santé des Premières Nations.

Dans l'ensemble, nous notons un renforcement de l'accent et de l'importance placés sur la culture traditionnelle à mesure que l'âge des groupes augmente. Tant la spiritualité que les cérémonies traditionnelles sont très importantes à la



Capacité de parler couramment ou relativement bien au moins une langue des Premières Nations par groupe d'âge



fois pour les hommes et les femmes des Premières Nations et ce, peu importe leur âge.

Les obstacles à la santé : la langue et la culture

Les besoins des Premières Nations en matière de santé doivent être observés à l'intérieur d'un cadre de travail culturellement adéquat qui respecte les Premières Nations. Il est important de voir les obstacles qui sont en place, notamment l'interprétation culturelle, la langue et les notions antérieures sur la santé des Premières Nations.

Certains obstacles, comme l'incapacité de décrire les symptômes, la traduction de la

langue, l'accès physique aux services de santé, le contexte culturel dans lequel ils éprouvent des inquiétudes à l'égard de la santé et le recours aux médicaments traditionnels peuvent limiter la capacité de nos adultes à accéder aux services de santé. De tels facteurs correspondent à la recherche concernant les progrès de la communauté relativement aux approches traditionnelles de la guérison.

Dans tous les groupes d'âge de personnes parlant couramment au moins une langue des Premières Nations, tant les femmes que les hommes croient que les méthodes de guérison traditionnelles contribuent de façon très importante aux progrès de la communauté. Les liens étroits entre la

Seulement 13,9 % des jeunes des Premières Nations se servent d'une langue des Premières Nations sur une base régulière.

culture et la santé individuelle et communautaire ne font que peu de doute, la guérison traditionnelle étant considérée comme un facteur important de la santé générale.

Nos jeunes des Premières Nations (de 12 à 17 ans) ont une relation particulière avec leur culture traditionnelle. Les personnes qui leur enseignent leur langue et leur culture sont les membres de leur famille et de leur communauté, et ces relations sont vitales.

Plus de 80 % de nos jeunes croient qu'il est important de parler leur langue. Environ la moitié de nos jeunes estiment que les activités culturelles traditionnelles sont importantes dans la vie d'une personne.

Malheureusement, il y a un décalage entre l'usage réel de la langue par nos jeunes et le sentiment de l'importance de la langue qui a été exprimé à ce sujet. En regard de la langue qu'ils utilisent sur une base quotidienne, 13,9 % seulement des jeunes ont mentionné une langue des Premières Nations. Parmi eux, 12,4 % parlent exclusivement leur langue au quotidien. En contraste, 87,6 % ont cité l'anglais, le français ou le langage gestuel comme la langue qu'ils utilisent dans leurs activités quotidiennes (anglais, 85,4 %; français, 2,4 %).

L'usage des langues des Premières Nations peut être analysé en fonction du nombre de langues que nos jeunes utilisent au quotidien. La majorité (96,0 %) d'entre eux dit utiliser une seule langue dans la vie de

tous les jours, soit l'anglais. Les langues des Premières Nations qui sont le plus souvent citées comme utilisées quotidiennement sont le cri, le montagnais, l'attikamek, le stoney, l'oji-cri, le mi'kmaq, l'ojibway et le déné.

Usage quotidien des langues des Premières Nations - Jeunes

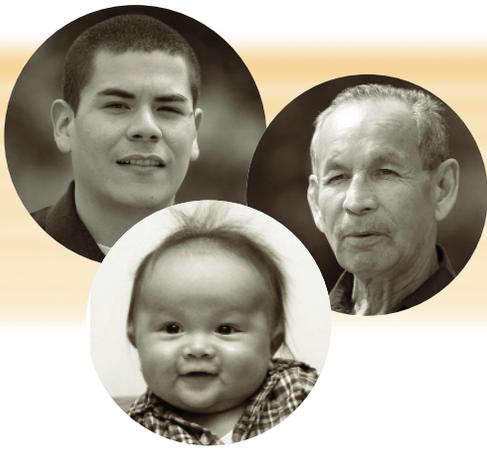
Usage d'une langue des Premières Nations	13,9 %
Langue des PN seulement	12,4 %
Usage de l'anglais, du français ou du langage gestuel	87,6 %
Anglais	85,4 %
Français	2,4 %

Nombre de langues utilisées quotidiennement

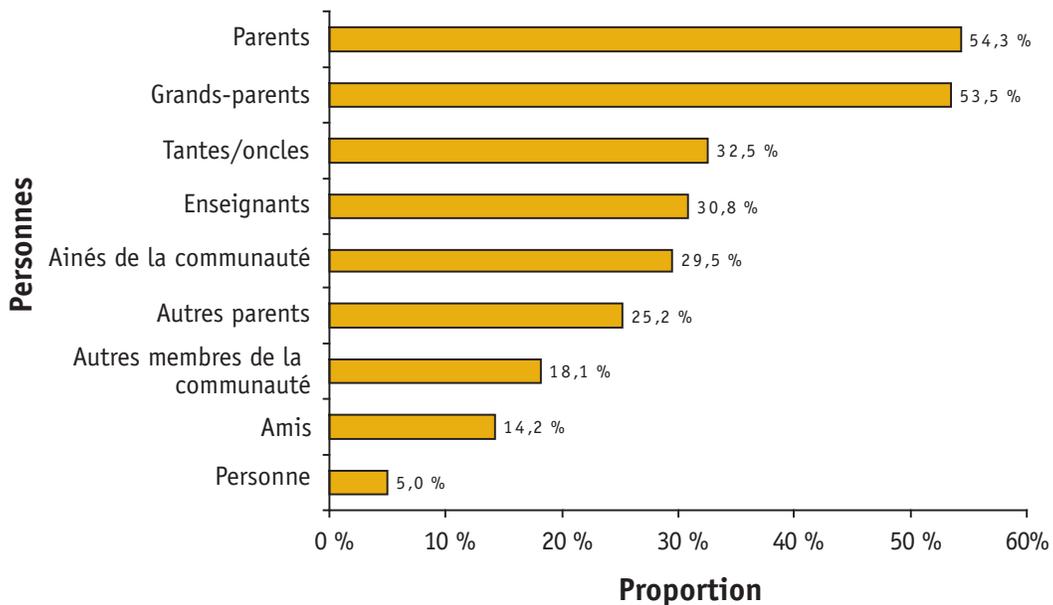
1	96,0 %
2	3,0 %
3	0,2 %

Parmi les 32 langues des Premières Nations enregistrées dans l'ERS, on a demandé aux jeunes des Premières Nations jusqu'à quel point ils comprennent et parlent leur propre langue. Comme prévu, la compréhension se classe avant l'expression. Les questions portaient sur le degré de compréhension de chacune des langues : couramment, relativement bien, quelques mots ou pas du tout. Environ un jeune sur trois comprend sa langue, et un sur quatre peut parler couramment ou relativement bien une langue des Premières Nations.

Le cri, l'ojibway et l'oji-cri sont les langues les plus souvent parlées quotidiennement par les jeunes des Premières Nations.



Qui aide nos jeunes à apprendre leur culture et leur langue ?



La majorité des jeunes capables de comprendre ou de parler un tant soit peu une langue des Premières Nations citent principalement le cri, l'o'jibway et l'o'ji-cri. Les autres langues couramment ou relativement bien comprises par les jeunes sont le naskapi, le stoney, le mohawk, le mi'kmaq, l'attikamek et le salteaux. Environ 85 % des jeunes parlent anglais couramment et 4 % parlent français couramment.

Au sein de nos communautés, de nombreuses personnes aident les jeunes à comprendre leur langue et leur culture. À ce titre, les grands-parents et les parents sont le plus souvent mentionnés. Les tantes et

les oncles et les aînés de la communauté de même que les enseignants, les parents et les grands-parents soutiennent aussi les jeunes. Parmi les autres personnes qui les aident aussi à mieux comprendre leur langue et leur culture, mentionnons les autres parents, les membres de la communauté et les amis. Environ 5 % de nos jeunes n'ont personne sur qui compter pour les aider à comprendre leur langue et leur culture. Or, la recherche démontre que plus il y a de sources d'apprentissage d'une langue, plus les jeunes sont susceptibles de parler et de comprendre leur langue³⁸. En général, plus les jeunes disposent de personnes vers lesquelles se tourner pour recevoir des enseignements culturels, plus ils sont susceptibles de

comprendre ou de parler nos langues. En fait, on note une différence significative entre les jeunes qui ont quelqu'un, ne serait-ce qu'une seule personne, pour leur enseigner, par rapport à ceux qui n'ont personne.

Les activités culturelles traditionnelles et l'apprentissage d'une langue des Premières Nations sont considérés comme importants par la plupart des parents et des grands-parents des enfants.

La plupart des parents et des grands-parents des Premières Nations croient qu'il est important que leurs enfants apprennent les activités culturelles traditionnelles et une langue des Premières Nations.

La connaissance réelle que les enfants ont de nos langues est inférieure au sentiment qu'éprouvent leurs parents et grands-parents quant à l'importance de cet apprentissage. Seulement 28,9 % de nos enfants (6 à 11 ans) comprennent leur langue, et un sur cinq peut vraiment la parler. Dans le cas des enfants de 3 à 5 ans, un sur cinq comprend sa langue et un sur sept peut la parler. Presque 60 % des parents se disent satisfaits de la compréhension qu'ont leurs enfants de leur langue des Premières Nations.

Les sources familiales et communautaires de compréhension de la culture

Les enfants et les jeunes des Premières Nations font principalement l'apprentissage de leur culture auprès de leurs parents et de leurs grands-parents. Ils en acquièrent aussi une compréhension auprès des membres de la famille élargie (tantes, oncles) et par

l'entremise de leurs enseignants. Les aînés de la communauté, les parents, les membres de la communauté et les amis sont aussi importants.

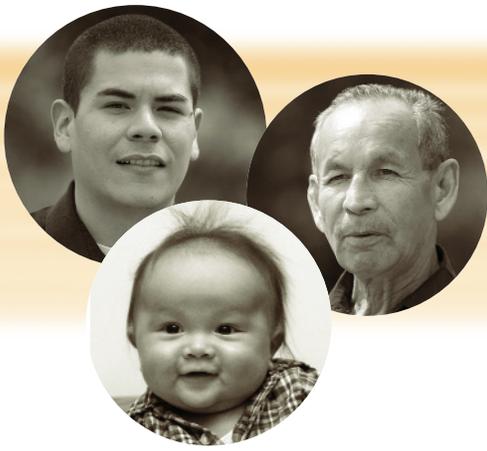
Pour les aider à comprendre leur culture, certains enfants peuvent compter sur jusqu'à huit personnes. Généralement, le nombre de sources de soutien pour la compréhension ou l'expression de nos langues change selon les personnes impliquées auprès des enfants à mesure qu'ils vieillissent. Les parents sont susceptibles d'être parmi les personnes qui aident les enfants à comprendre leur culture peu importe leur âge, mais les membres de la communauté y participent de plus en plus à mesure que les enfants vieillissent.

En plus des différences d'âge auxquelles on s'attend, d'autres éléments ont une incidence sur les expériences des enfants en matière de langue et de culture. Parmi eux, la scolarité des parents et les caractéristiques de la communauté représentent deux des facteurs les plus importants.

Les parents des Premières Nations qui ont un certain niveau de scolarité³⁹ sont plus susceptibles de prendre part à la socialisation culturelle traditionnelle de l'enfant, en particulier sur le plan de la langue. Le nombre déclaré de parents impliqués auprès de leurs enfants pour ce qui est de la compréhension de leur culture est plus élevé lorsque les mères ont un certain niveau de scolarité post secondaire. Une tendance semblable, bien que moins prononcée, se dessine selon le niveau d'études des pères.

Les caractéristiques de la communauté

La valorisation et l'apprentissage de nos langues et de notre culture sont associés à



la famille et à la situation de logement, à la taille et à l'isolement relatif de la communauté.

Les enfants des Premières Nations vivant dans les grandes communautés sont beaucoup plus susceptibles de comprendre et de parler une langue des Premières Nations que ceux des communautés plus petites.

Comme on pouvait s'y attendre de la part des personnes les moins exposées aux influences occidentales, les communautés éloignées et isolées accordent une plus grande importance au fait que les enfants apprennent leur langue et insistent sur l'importance de l'apprentissage de la culture traditionnelle à partir de sources traditionnelles.

La plupart des parents et des grands-parents des Premières Nations croient qu'il est important que leurs enfants apprennent les activités culturelles traditionnelles et une langue des Premières Nations.

MIEUX-ÊTRE DE LA COMMUNAUTÉ : POURSUIVRE LE CHEMIN

Dans le cadre de l'ERS, on a demandé aux Premières Nations de quantifier les progrès de leur communauté vers le mieux-être en répondant à un certain nombre d'indicateurs.



Le renouvellement de la spiritualité des Premières Nations

Un des indicateurs du mieux-être communautaire est l'importance de la langue utilisée dans nos communautés. Environ 75 % de nos adultes des Premières Nations déclarent que l'anglais est la langue qu'ils utilisent le plus souvent dans la vie quotidienne. Les adultes des Premières Nations soutiennent que peu d'efforts ont été déployés afin d'améliorer l'apprentissage de la langue dans la communauté.

Des inquiétudes ont été exprimées concernant l'état actuel de la culture et de la santé. Plus de la moitié des adultes des Premières Nations estiment que les communautés font certains ou de bons progrès en ce qui a trait au renouvellement de leur relation avec la terre. Des points de

vue semblables ont été exprimés en réponse aux questions sur les progrès de la communauté relativement au « renouvellement de la spiritualité ».

La réduction de l'abus d'alcool et de drogues

Le mieux-être de la communauté dépend d'une forme quelconque de sobriété. Malheureusement, un tiers seulement (36,4 %) de nos adultes estime qu'un certain progrès a été réalisé dans la réduction des taux d'alcoolisme et de toxicomanie dans leur communauté. Les deux autres tiers croient qu'il n'y a eu aucun progrès. La littérature laisse entendre que l'abus de drogues est un mécanisme d'adaptation à la désintégration sociale qu'ont connue un grand nombre de communautés des Premières Nations⁴⁰.

Les approches traditionnelles de la médecine

Il y a une relation entre le niveau d'études des répondants et leurs croyances concernant la revitalisation des pratiques de guérison traditionnelles. Comparativement aux personnes des Premières Nations qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, celles ayant une formation professionnelle postsecondaire sont plus susceptibles d'affirmer que certains progrès ont été faits en regard de la revitalisation des pratiques de guérison traditionnelles.

L'identité culturelle joue un rôle clé dans la prestation des soins de santé. La moitié des adultes des Premières Nations ont consulté un guérisseur traditionnel au cours de la dernière année. Pour les nôtres, le recours à la médecine traditionnelle ne semble pas varier selon l'âge ou le sexe. Comme on pouvait s'y attendre, ceux qui valorisent la spiritualité traditionnelle sont plus susceptibles d'avoir consulté un guérisseur traditionnel au cours de la dernière année.

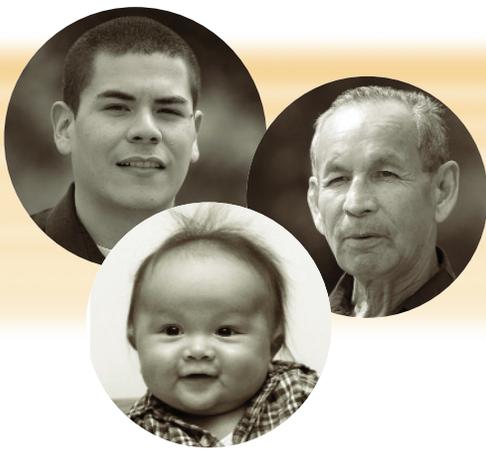
Des conditions de logement adéquates

Le logement peut jouer un rôle important sur notre santé. Nous avons besoin d'un espace habitable adéquat et de lieux de résidence en bon état dotés des commodités de bases nécessaires à la santé et la sécurité. Or, plusieurs d'entre nous ne disposent pas de ces choses élémentaires.

Dans les réserves, le surpeuplement est un problème beaucoup plus grand que dans l'ensemble de la population canadienne et il va en empirant. À cet égard, le recensement de 2001 indique une moyenne nationale de 2,6 personnes par ménage. Les chiffres révélés par l'ERS représentent presque le double de cette moyenne avec 4,2 personnes par ménage. Selon le recensement de 1991, l'estimation pour les Premières Nations était de 3,5 personnes par ménage comparativement à 2,7 personnes pour l'ensemble des Canadiens. Tandis que le surpeuplement connaît un déclin constant au Canada, il est en hausse rapide dans les communautés des Premières Nations.

Dans les réserves, le surpeuplement est un problème beaucoup plus grand que dans l'ensemble de la population canadienne et il va en empirant.

Dans certains cas, la densité d'occupants de nos maisons dépasse largement cette moyenne : l'ERS fait état de cas où 18 personnes vivent dans la même maison. Nous avons tendance à avoir des familles nombreuses et de faibles revenus et vivons habituellement dans des maisons trop petites. Nos ménages comptent en moyenne 5,5 personnes (enquête sur les enfants). Quelques 63,3 % des adultes interrogés des Premières Nations dans les régions déclarent vivre dans des logements appartenant à leur



bande. Les adultes à revenus plus faibles sont plus susceptibles de vivre dans des logements appartenant à leur bande que ceux dont les revenus sont plus élevés. Un tiers (33,6 %) des maisons des Premières Nations ont besoin de réparations majeures; ceci est une augmentation par rapport au chiffre qu'avait émis le Groupe de travail Neilson en 1985, qui était alors d'un quart, et quatre fois le taux pour l'ensemble du Canada (8,2 %)41. Les adultes dont les revenus sont plus bas sont plus susceptibles de vivre dans des maisons nécessitant des réparations majeures.

Certains ménages des Premières Nations n'ont pas d'électricité, de réfrigérateur, de cuisinière, d'eau courante ni de toilette à chasse d'eau.

Plus d'un adulte des Premières Nations sur cinq vit dans des maisons qui ne bénéficient pas de services de collecte des ordures et près d'une maison sur dix ne dispose ni de fosse septique, ni de service d'égout. Bien que la plupart des foyers (77,3 %) soient équipés d'un détecteur de fumée fonctionnel, moins de la moitié disposent d'un extincteur. Au 21e siècle, une proportion faible, mais importante, des nôtres vit encore dans des endroits qui ne sont pas dotés des commodités de base comme l'électricité (0,5 %), un réfrigérateur (1,3 %), une cuisinière (0,7 %), l'eau courante froide (3,5 %) ou chaude (3,7 %) et une toilette à chasse d'eau (3,5 %).

En réponse aux questions concernant l'ensemble de la communauté, deux adultes des Premières Nations sur cinq estiment qu'aucun progrès n'a été fait dans l'amélioration de la qualité du logement des Premières Nations au cours de l'année précédente.

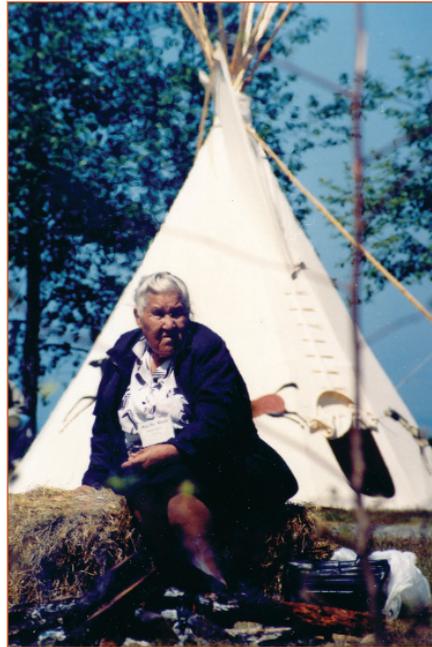
Les installations de détente et de loisirs

Traditionnellement, nos gens ont toujours accordé de l'importance aux sports et aux activités récréatives. Le sport et les activités récréatives renforcent les pratiques culturelles et la socialisation et tissent des liens dans la communauté. La pratique des activités et des jeux traditionnels nous offrent une excellente occasion d'améliorer notre langue et notre culture de façon agréable et amusante. Plus de la moitié des adultes des Premières Nations (54,5 %) déclarent que les activités de détente, de loisir et sportives ont connu une certaine ou une bonne amélioration dans leur communauté.

RÉSUMÉ DES DONNÉES DE L'ERS :

Lorsque nous regardons autour de nous et voyons les indicateurs physiques de la santé, comme la maladie ou les blessures, nous pouvons aussi observer les relations que nous avons établies. Elles sont notre connexion à nous-mêmes, aux autres et à l'environnement dans son ensemble qui nous révèlent aussi de l'information sur notre santé. Dans cette section, nous avons vu les éléments suivants :

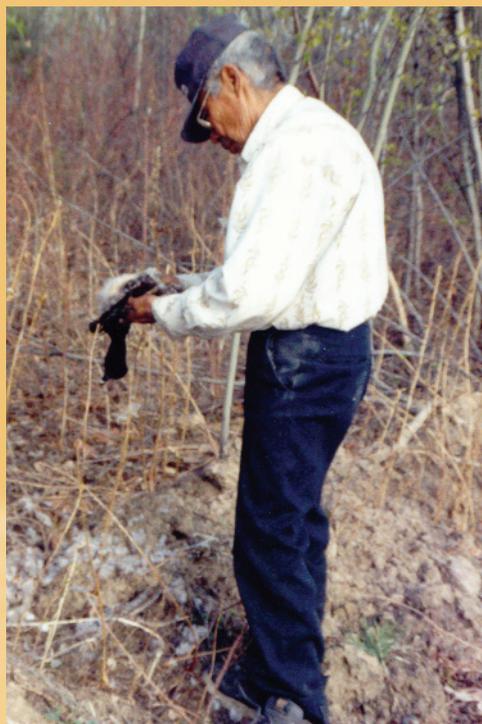
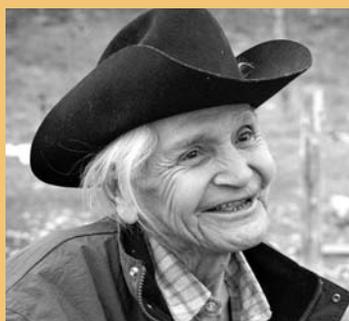
- Une majorité des personnes des Premières Nations se sent équilibrée sur les plans physique, émotionnel, mental et spirituel.
- Un adulte des Premières Nations sur dix déclare avoir des pensées suicidaires et 50 % d'entre eux disent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie.
- Bien qu'ils déclarent ne pas se sentir équilibrés sur les plans émotionnel ou mental, les jeunes des Premières Nations ne demandent pas de soutiens traditionnels ni d'accès à des services en santé mentale.
- Les adultes des Premières Nations qui s'estiment en bonne santé sont moins susceptibles d'avoir des pensées suicidaires que ceux dont la santé est passable ou mauvaise.
- Les personnes des Premières Nations soutiennent fortement que leur communauté ne progresse pas en matière de réduction de l'abus d'alcool et de drogue.
- Une majorité des anciens élèves des pensionnats des Premières Nations ont été témoins de violence envers les autres ou en ont eux-mêmes été victimes.
- Les adultes des Premières Nations croient que la fréquentation des pensionnats par leurs parents a eu des conséquences négatives sur leur façon d'exercer leur rôle de parents auprès d'eux.
- Bien qu'un grand nombre de jeunes des Premières Nations ne parlent pas leur langue, il reste très important pour eux de pouvoir le faire.
- Près de 60% de nos enfants des Premières Nations ont au moins un



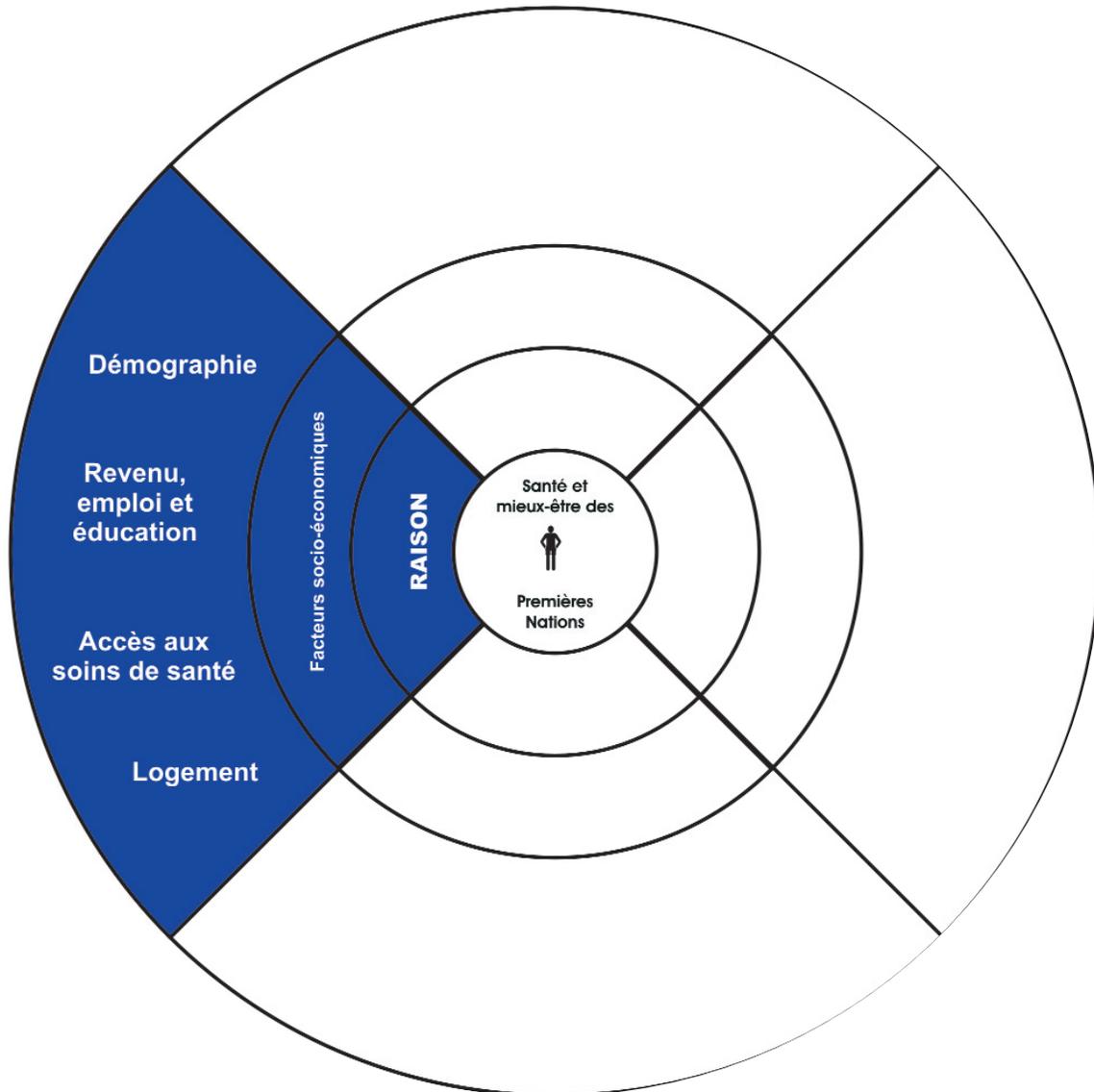
grand-parent qui a fréquenté les pensionnats.

- Seulement 13,9 % des jeunes des Premières Nations utilisent quotidiennement une langue des Premières Nations.
- Le cri, l'ojobway et l'oji-cri sont les langues les plus fréquemment parlées quotidiennement par les jeunes des Premières Nations.
- La plupart des parents et des grands-parents des Premières Nations croient qu'il est important que leurs enfants apprennent les activités culturelles traditionnelles et une langue des Premières Nations.
- Les parents des Premières Nations qui ont un niveau de scolarité plus élevé sont plus susceptibles de prendre part à la socialisation culturelle traditionnelle de leur enfant.

CHAPITRE 5 : RAISON



CHAPITRE 5 : RAISON



Que signifie l'expression : avoir « raison », résoudre quelque chose... être raisonnable?

En général, la raison désigne la composante mentale de l'être humain. La raison est un aspect de l'esprit... un processus qui se déroule dans la partie pensante du corps. En tant qu'activité mentale, la raison représente tous ces éléments de l'esprit qui nous permettent de vivre et de gagner notre vie.

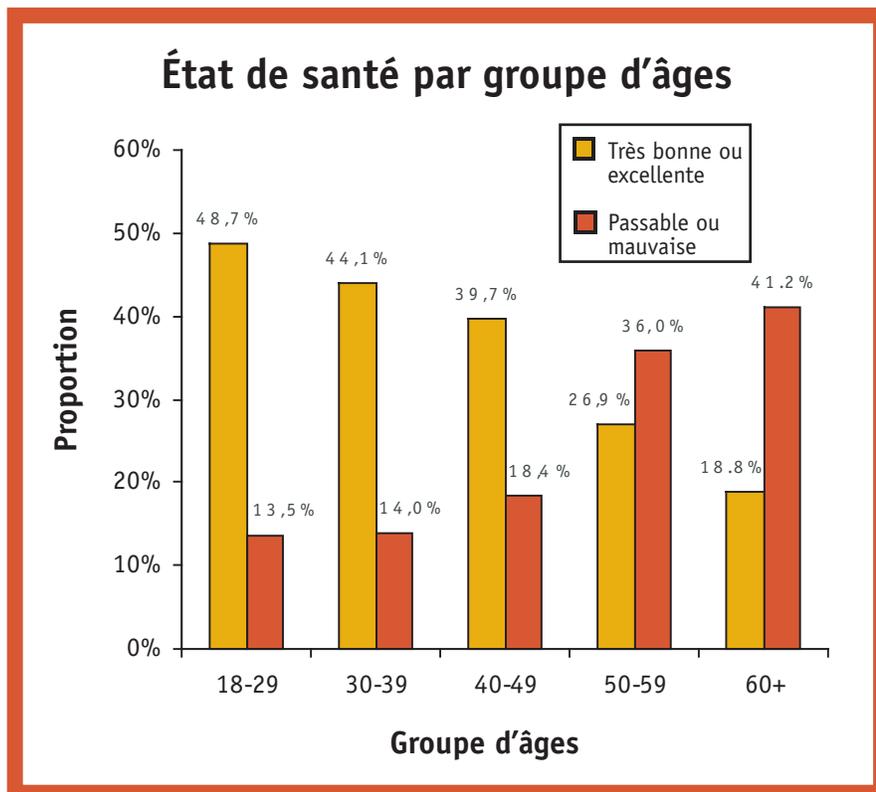


Pour vivre, nous avons besoin des choses de base que sont la nourriture, les vêtements, un toit et la chaleur. Pour obtenir ces nécessités élémentaires de la vie, nous avons besoin d'un revenu, dont la somme dépend de plus en plus du niveau de scolarité. La scolarité dépend à son tour de votre milieu de vie... Avez-vous un logement sécuritaire et adéquat? Disposez-vous d'aliments sains et avez-vous accès à des soins de santé? Un milieu de vie approprié et convenable combiné à des possibilités d'études convenables augmentent les chances d'avoir une vie saine et adéquate.

La raison, ou les connaissances acquises, en tant que représentantes des activités

pensantes de l'esprit, nous permet de vivre et de gagner notre vie... de subvenir non seulement à nos besoins essentiels, mais de nous offrir aussi la possibilité de vivre une vie confortable. Dans la présente section du rapport, nous nous concentrons sur les volets de l'Enquête liés à la raison, à la capacité et à la possibilité pour les peuples des Premières Nations de se donner un mode de vie convenable et approprié. Dans cette section, nous analysons l'information recueillie concernant les points suivants :

- la démographie;
- le revenu, l'emploi et l'éducation;
- le logement et les conditions de vie;
- l'accès aux soins de santé.



DÉMOGRAPHIE

Près de 10 % des adultes des Premières Nations vivent dans de petites communautés (de moins de 300 personnes) tandis que 34,2 % vivent dans des communautés dont la population dépasse 1 500 personnes. Un petit pourcentage des membres des Premières Nations vivent dans des communautés isolées et éloignées (2,8 %) tandis que la plupart des adultes des Premières Nations (76,0 %) vivent dans des communautés non isolées, accessibles par la route, situées à 90 km ou moins d'un médecin. La taille des maisons varient beaucoup (de quatre à sept pièces la plupart du temps). On considère que près d'un adulte sur cinq (17,2 %) vit dans des conditions de surpeuplement (plus d'une personne par pièce). Un large éventail d'adultes des Premières Nations nous ont déclaré que leur santé et leur mieux-être généraux allaient d'excellents (13,3 %) à mauvais (4,1 %). En général, les adultes plus jeunes (de 18 à 29 ans et de 30 à 39 ans) se sont déclarés en bien meilleure santé que les adultes de 50 ans et plus. Par rapport aux Canadiens en général, moins de personnes des Premières Nations se croient en excellente santé (13,3 % contre 21,9 %), tandis qu'un plus grand nombre déclare avoir une mauvaise santé (4,1 % contre 2,9)⁴².

REVENU, EMPLOI ET SCOLARITÉ

L'emploi

L'emploi ou le manque d'emploi est une préoccupation majeure pour un grand nombre d'adultes des Premières Nations qui ont participé à l'enquête. Le revenu total du ménage des adultes des Premières Nations présente le profil suivant :

Revenu total du ménage	Pourcentage
Moins de 10 000 \$	11,7 %
De 10 000 \$ à 20 000 \$	19,0 %
De 20 000 \$ à 30 000 \$	19,5 %
De 30 000 \$ à 50 000 \$	25,6 %
Plus de 50 000 \$	24,2 %

Environ la moitié des adultes vivant dans les communautés des Premières Nations ont un travail rémunéré et la plupart d'entre eux travaillent à temps plein. Plus de femmes travaillent à temps partiel qu'à temps plein. Les adultes âgés de 30 à 59 ans sont plus susceptibles d'avoir un travail rémunéré que les adultes plus jeunes (moins de 30 ans) et plus vieux (60 ans). Plus ils ont un niveau de scolarité élevé, plus ces adultes sont susceptibles d'avoir des emplois rémunérés. Les adultes des Premières Nations âgés de 30 à 59 ans occupent des emplois offrant un salaire plus élevé que ceux des autres groupes d'âges.

Les personnes des Premières Nations qui occupent un emploi rémunéré se déclarent en meilleure santé que ceux qui n'ont pas d'emploi rémunéré.

Une relation a été établie entre l'emploi rémunéré et la perception de la santé. Un bon nombre des adultes des Premières Nations qui ont actuellement un travail rémunéré s'estiment en excellente ou en très bonne santé comparativement à ceux qui n'ont pas de salaire. Par comparaison à ceux qui sont sans emploi (43,0 %), ceux qui ont un emploi rémunéré sont plus susceptibles de n'avoir aucun problème médical (49,3 %). Qui plus est, les adultes qui travaillent ont moins tendance à souffrir de limitations



physiques liées à des problèmes médicaux : 21,7 % contre 30,8 %.

L'éducation

Près de la moitié des adultes des Premières Nations interrogés dans le cadre de l'ERS 2002-2003 ont obtenu leur diplôme d'études secondaires. Tout près du quart de ces diplômés (22,9 %) ont reçu un diplôme d'une école de métier, technique ou professionnelle ou d'un collège communautaire ou d'un cégep, alors qu'une minorité (5,1 %) a obtenu un baccalauréat, une maîtrise ou un doctorat.

Il n'y a aucune différence sur le plan de la réussite scolaire entre les hommes et les femmes des Premières Nations. Il y a cependant une différence selon l'âge. Les adultes des Premières Nations de plus de 60 ans étaient en proportion les plus nombreux à ne pas avoir terminé leur cours secondaire. Les adultes des Premières Nations qui sont dans le groupe d'âges des 18 à 29 ans n'ont pas encore atteint le niveau des études collégiales ou universitaires dans une proportion aussi élevée que pour le groupe des 30 à 59 ans. De nombreux parents fréquentent encore l'école secondaire, et plusieurs adultes retournent à l'école poursuivre des études postsecondaires après une pause de quelques années.

Les structures familiales et des ménages

Les enfants des Premières Nations subissent l'influence des environnements physique et social dans lesquels ils vivent. Nous

Environ un tiers des enfants des Premières Nations qui vivent avec au moins un parent vivent aussi avec d'autres adultes, y compris leurs grands-parents, tantes, oncles et/ou cousins.

examinons ici leurs familles et leurs foyers comme les principaux facteurs qui ont une influence sur leur santé et leur mieux-être et sur l'équilibre du corps, de la pensée, du cœur et de l'esprit. Le logement et le surpeuplement font partie de cet environnement physique très personnel de l'enfant, lequel influence non seulement l'enfant, mais aussi la famille et les autres membres du ménage.

La plupart des enfants des Premières Nations vivent dans des ménages de cinq personnes et plus, généralement des membres de leur famille. La plupart des enfants vivent avec plus de deux adultes et plus de trois enfants et/ou jeunes. Le nombre de personnes constituant le ménage varie de 2 à 22; les ménages pouvant compter de 1 à 11 adultes et de 1 et 17 enfants et jeunes.

Quelques 37,9 % des foyers des Premières Nations où des enfants vivent avec au moins un parent comptent d'autres adultes. Il en est ainsi pour un plus grand nombre de foyers où un seul parent est présent que pour ceux qui comptent deux parents. Dans environ la moitié de ces foyers où d'autres adultes s'ajoutent aux parents, ces adultes

sont des grands-parents, et environ la moitié comptent des tantes, des oncles ou des cousins. La moitié de ceux-ci incluent à la fois des grands-parents et d'autres membres de la famille élargie.

La plupart des enfants des Premières Nations vivent dans des ménages qui comptent d'autres enfants et/ou jeunes.

- 12,7 % des enfants sont le seul enfant du ménage.
- 24,0 % des enfants vivent avec un autre enfant ou jeune.
- 46,0 % des enfants vivent avec deux ou trois autres enfants ou jeunes.
- 17,3 % des enfants vivent avec quatre autres enfants ou jeunes et plus.

Lorsque les parents prennent des mesures pour faire garder leurs enfants, ils les confient le plus souvent à des parents. Les enfants restent donc au sein de la famille lorsque leurs parents sont partis. Certains enfants se font garder en dehors de la maison, mais une proportion substantielle ne quitte pas son propre foyer.

Environ un tiers des enfants des Premières Nations se font garder. Parmi les enfants qui fréquentent un milieu de garde, plus de la moitié sont confiés aux soins de parents en milieu familial. De tous les enfants qui se font garder, près de deux fois plus (2 sur 3) se font garder en milieu familial, alors qu'un sur trois fréquente un établissement plus formel. Ceux qui se font garder dans des maisons sont également répartis entre leur propre foyer et celui d'autres personnes, la plupart d'entre eux étant confiés à des parents.

Plus de la moitié des enfants en milieu de garde sont confiés aux soins de parents en milieu familial.

Dans les petites communautés, les parents des enfants des Premières Nations sont plus nombreux à détenir au moins un diplôme d'études secondaires, les enfants ont plus d'espace à la maison et ils sont moins nombreux à se faire garder. Dans les grosses communautés, moins d'enfants se font garder ou ont des parents qui détiennent au moins un diplôme d'études secondaires, mais ils sont plus nombreux à vivre dans des foyers surpeuplés. Les communautés de taille moyenne ont en commun avec les petites communautés le fait que les maisons des enfants sont moins surpeuplées.

LOGEMENT ET CONDITIONS DE VIE

L'approvisionnement en eau potable
Près d'un tiers (32,2 %) des Premières Nations considèrent que l'eau domestique est insalubre. Une étude menée en 2004 a révélé qu'environ la même proportion (près d'un tiers) des systèmes de traitement d'eau potable dans nos communautés sont à haut risque de contamination⁴³. Tel qu'indiqué au Tableau 1, la majorité (63,2 %) des foyers sont approvisionnés principalement avec de l'eau sous conduite. Environ une personne sur six obtient son eau par camion ou à même un puits. Les autres sources principales d'approvisionnement en eau sont la collecte directe dans des rivières, lacs ou étangs, à la station de traitement d'eau ou la maison d'un voisin.



Tableau 1 : Source d'eau principale et manque de confiance dans la salubrité de la source

	Sous conduite (approvisionnement local)	Par camion	Puits (individuel ou partagé)	Recueillie personnellement dans une rivière, un lac ou un étang	Recueillie personnellement à la station de traitement d'eau	Maison des voisins	Autre source	Toutes les sources
Source principale d'approvisionnement en eau	63,2 %	15,9 %	16,5 %	0,9 %	1,8 %	0,7 %	1,1 %	100 %
Considèrent cette eau dangereuse	28,6 %	41,0 %	36,6 %	19,7 %	34,4 %	22,8 %	63,4 %	32,2 %

Mises à part les « autres » sources, c'est l'eau acheminée par camion qui semble inspirer le moins de confiance; parmi les personnes qui reçoivent l'eau par camion, plus de quatre sur dix (41 %) la considère insalubre. On se méfie aussi relativement de l'eau de puits et de l'eau recueillie personnellement à la station de traitement, puisqu'une personne sur trois considère que ces sources sont dangereuses.

Sept adultes des Premières Nations sur 10 (70,8 %) ont recours à d'autres sources d'eau potable afin de compléter leur source principale d'approvisionnement. Parmi ceux qui soutiennent que leur eau est insalubre, plus de neuf sur dix (92,9 %) ont recours à d'autres sources d'eau potable. La plus commune est l'eau embouteillée, mentionnée par 61,7 % de l'ensemble des répondants. Par comparaison, 35 % des

Canadiens déclarent boire de l'eau embouteillée au moins une fois par semaine.*

La moisissure dans les maisons

Les moisissures toxiques, un contaminant de l'air intérieur, sont communes dans les maisons canadiennes et sont une source particulière de préoccupation pour les Premières Nations. Ces moisissures vivent à l'intérieur ou sur la structure du bâtiment lui-même. La rhinite, l'asthme, l'alvéolite et d'autres allergies y sont associés. Les moisissures se développent dans des maisons en mauvais état et qui ont un problème d'humidité.

Presque la moitié (48,5 %) des membres des Premières Nations vivant dans des logements appartenant à la bande rapporte avoir de la de la moisissure ou du mildiou

* <http://pubs.nrc-cnrc.gc.ca/cwrj/cwrj30/cwrj300111.pdf>

Presque la moitié des adultes des Premières Nations qui souffrent d'asthme vivent dans des maisons où la moisissure est visible.

dans leur maison (et deux tiers de nos gens vivent dans des logements de bande). Un pourcentage plus faible (36,9 %) des répondants vivant dans d'autres types d'habitation fait état de moisissure ou de mildiou.

Les allergies et l'asthme comptent parmi les maux les plus communs chez les adultes des Premières Nations. Presque la moitié des adultes souffrant d'asthme (43,5 %) et 52,2 % de ceux qui souffrent de bronchite chronique vivent dans des maisons qui présentent de la moisissure, ce qui contribue à aggraver encore les problèmes respiratoires de ces personnes.

ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Dans l'ensemble, 40,8 % des adultes des Premières Nations évaluent que leur accès aux soins de santé est équivalent à celui des autres Canadiens. Un autre 23,6 % estiment avoir un meilleur accès, alors que 35,6 % disent qu'il est inférieur à celui des autres Canadiens. Nous examinons ici les indicateurs de l'accès aux mesures de soins de santé primaires préventifs, y compris l'accès aux soins de santé, les obstacles à l'accès aux soins de santé et l'accès aux SSNA.

Environ la moitié des adultes des Premières Nations participent à des tests de dépistage.

Un certain nombre de facteurs influencent la manière dont les adultes des Premières Nations évaluent leur accès aux soins de santé. Ceux dont la santé est de bonne à excellente sont les plus portés à dire que leur accès aux soins de santé est meilleur ou égal à celui des autres Canadiens.

L'évaluation de l'accès aux soins de santé n'est pas liée au sexe ou à l'âge. Les adultes des Premières Nations des communautés éloignées ou isolées sont beaucoup plus susceptibles de faire état d'un accès inférieur aux soins de santé que ceux des communautés semi isolées ou non isolées. Fait intéressant, les communautés qui font partie d'un accord de transfert multicommunautaire sont plus portées à dire qu'elles ont un moindre accès aux soins de santé que celles qui ont un accord de transfert exclusif.

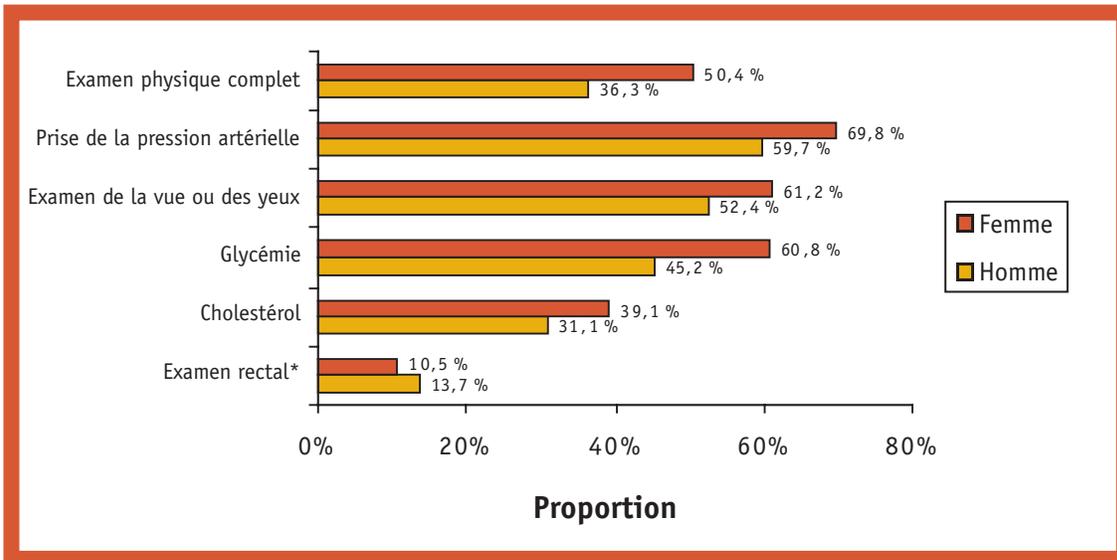
Le dépistage et la prévention

Parmi les principaux tests de dépistage proposés, les hommes des Premières Nations sont invariablement les moins susceptibles d'avoir subi des examens au cours des 12 derniers mois comparativement aux femmes des Premières Nations. Seul l'examen rectal fait exception, lequel est utilisé pour dépister le cancer du rectum tant chez les hommes que chez les femmes, mais qui sert aussi à dépister le cancer de la prostate chez les hommes de plus de 50 ans.

Les données révèlent qu'en général le taux d'examens physiques augmente parmi les groupes plus âgés, allant de 34,3 % chez les 18 à 29 ans à 61,2 % chez les 60 ans et plus. On observe la même tendance pour tous les principaux tests de dépistage.



Proportion des répondants ayant subi des tests de dépistage sélectionnés par sexe



*Le nombre de répondants varie légèrement selon les catégories.

Le test de glycémie est un examen clé dans le dépistage du diabète sucré. Une majorité d'adultes des Premières Nations de plus de 40 ans a subi un test de glycémie au cours des 12 derniers mois. Le dépistage du diabète doit être étendu compte tenu de la gravité de cette épidémie parmi les nôtres.

Des examens réguliers des yeux ou de la vue assurent non seulement une vision optimale, mais peuvent aussi aider à dépister le développement de conditions comme la haute pression ou le diabète à leurs stades précoces. Plus de 50 % des adultes des Premières Nations de plus de 40 ans disent avoir subi un examen des yeux ou de la vue au cours des 12 derniers mois.

Un grand nombre de femmes des Premières Nations a effectué l'autoexamen des seins

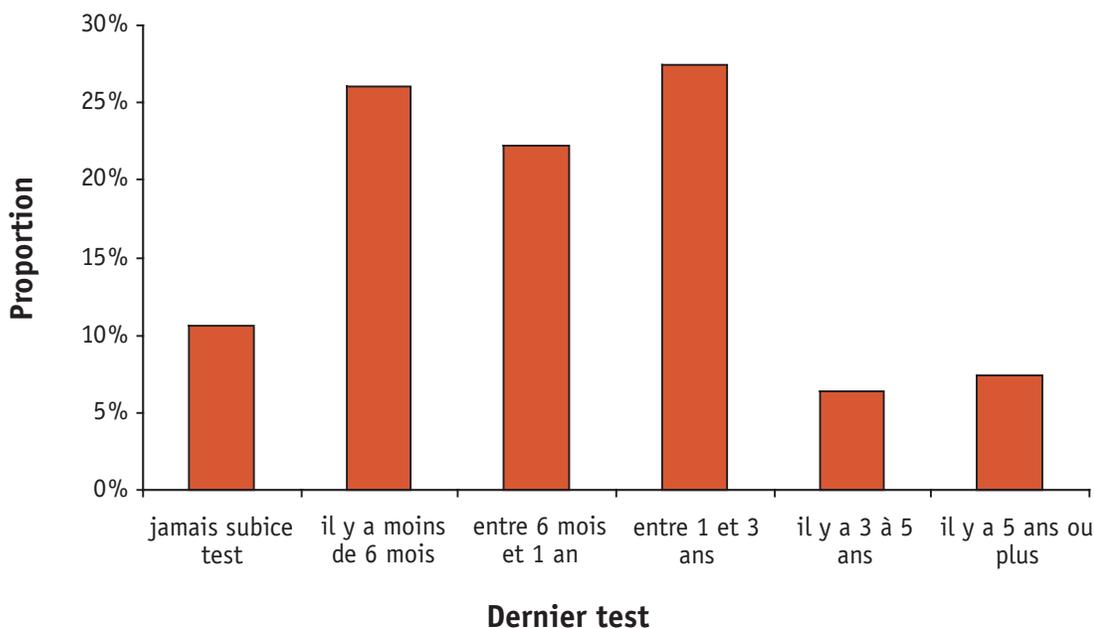
(AES). Or, des études répétées ont démontré que cette méthode n'est pas efficace quant à la réduction de la mortalité imputable au cancer du sein, à moins que les femmes soient formées pour dépister les anomalies. L'éducation à cet égard est nécessaire. Le taux de mortalité élevé dû au cancer du col utérin chez les femmes des Premières Nations incite à implanter un dépistage plus systématique.

Ce test relativement simple peut dépister les lésions sur le col utérin avant qu'elles ne deviennent cancéreuses ou au tout premier stade du cancer. Pour les femmes, le dépistage précoce est un élément clé.

Les obstacles à l'accès aux soins

Les femmes adultes des Premières Nations ont rapporté avoir rencontré des obstacles à

Dernière fois où un test de Papanicolaou a été effectué



l'accès aux soins plus souvent que les hommes et ce, pour les raisons suivantes :

- la non-disponibilité d'un médecin, d'une infirmière ou de services;
- les longues listes d'attente;
- des problèmes de transport (accès et coût);
- la difficulté d'accès à des soins traditionnels;
- la difficulté d'obtenir l'approbation des SSNA;
- la difficulté de trouver des services de garde abordables;
- la prestation de service non adapté à la culture.

Le niveau de frustration lié aux listes d'attente est commun parmi les nôtres. Les

obstacles liés à la géographie (manque de services locaux) et à l'économie (manque de transport et coût des services) ont cependant plus d'impacts sur nos gens. Il est intéressant de constater que les hommes sont moins susceptibles de rechercher des soins, ce qui pourrait sous-entendre que, conséquemment, ils ne sont pas conscients des obstacles à ces soins.

L'accès aux Services de santé non assurés

L'accès aux Services de santé non assurés (SSNA) peut être difficile. Les femmes des Premières Nations font état de beaucoup plus de difficultés que les hommes à accéder aux SSNA pour les médicaments, les soins de la vue, les appareils auditifs, les autres fournitures médicales et l'accompagnement pour les voyages.



L'accès aux SSNA n'est pas influencé par des facteurs comme le revenu, la scolarité ou la taille de la communauté. L'influence des facteurs d'éloignement de la communauté sur les difficultés d'accès aux SSNA est variable. Par exemple, les adultes des communautés éloignées et isolées sont beaucoup plus susceptibles de déclarer des difficultés à accéder aux SSNA pour les services ou les coûts de transport que ceux des communautés isolées ou non isolées.

Les femmes des Premières Nations femmes font état de beaucoup plus de difficultés que les hommes à accéder aux SSNA.

RÉSUMÉ DES DONNÉES DE L'ERS :

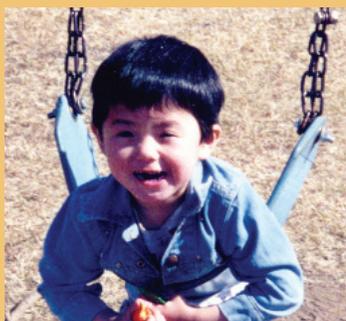
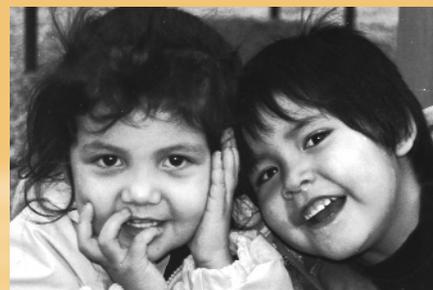
Lorsque nous regardons autour de nous et voyons notre santé physique et les relations que nous avons établies, nous observons aussi les conditions dans lesquelles nous vivons. Si nous regardons l'environnement « façonné par l'humain » dans lequel nous vivons, lequel influence grandement nos possibilités de connaître un mode de vie adéquat et sain, nous constatons que :

- Une majorité des personnes des Premières Nations se sent équilibrée sur les plans physique, émotionnel, mental et spirituel.
- Un adulte des Premières Nations sur dix déclare avoir des pensées suicidaires et 50 % d'entre eux disent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie.
- Bien qu'ils déclarent ne pas se sentir équilibrés sur les plans émotionnel ou mental, les jeunes des Premières Nations ne demandent pas de soutiens traditionnels ni d'accès à des services en santé mentale.
- Les adultes des Premières Nations qui s'estiment en bonne santé sont moins

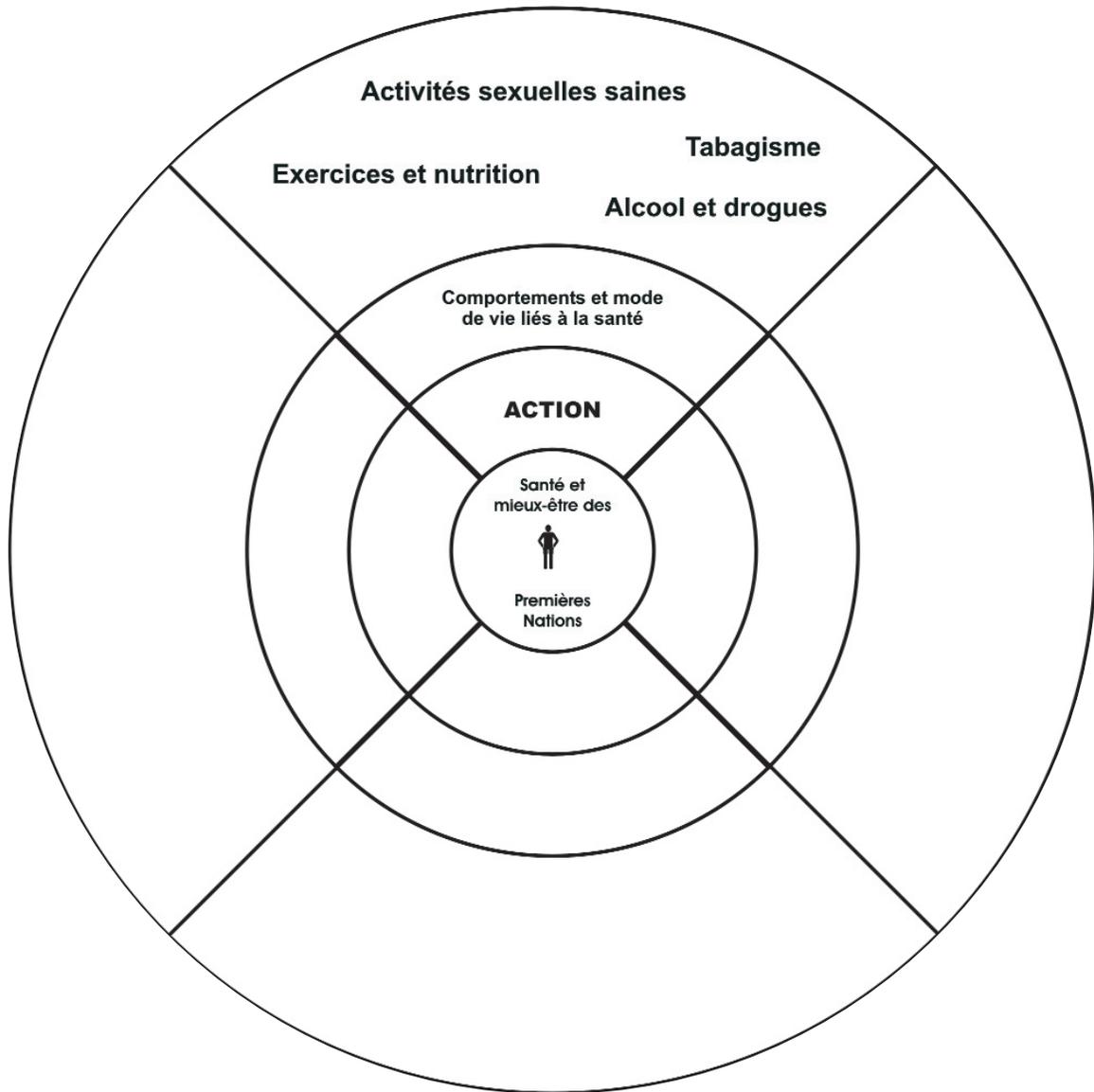
susceptibles d'avoir des pensées suicidaires que ceux dont la santé est passable ou mauvaise.

- Les personnes des Premières Nations soutiennent fortement que leur communauté ne progresse pas en matière de réduction de l'abus d'alcool et de drogue.
- Une majorité des anciens élèves des pensionnats des Premières Nations ont été témoins de violence envers les autres ou en ont eux-mêmes été victimes.
- Les adultes des Premières Nations croient que la fréquentation des pensionnats par leurs parents a eu des conséquences négatives sur leur façon d'exercer leur rôle de parents auprès d'eux.
- Bien qu'un grand nombre de jeunes des Premières Nations ne parlent pas leur langue, il reste très important pour eux de pouvoir le faire.
- Au moins un des grands-parents de près de 60 % des enfants des Premières Nations a fréquenté les pensionnats.
- Seulement 13,9 % des jeunes des Premières Nations utilisent quotidiennement une langue des Premières Nations.
- Le cri, l'ojibway et l'oji-cri sont les langues les plus fréquemment parlées quotidiennement par les jeunes des Premières Nations.
- La plupart des parents et des grands-parents des Premières Nations croient qu'il est important que leurs enfants apprennent les activités culturelles traditionnelles et une langue des Premières Nations.
- Les parents des Premières Nations qui ont un niveau de scolarité plus élevé sont plus susceptibles de prendre part à la socialisation culturelle traditionnelle de leur enfant.

CHAPITRE 6 : ACTION



CHAPITRE 6 : ACTION



Nous agissons tous d'une certaine façon.

En tant qu'individus, nous adoptons tous un mode de vie particulier.

Chacun de nous adopte des habitudes et développe une routine dont on se sert pour se définir en tant qu'individu.



Dans la présente section du rapport, nous jetons un coup d'œil sur ces actions et comportements dont l'impact sur notre santé est potentiellement important. Certaines personnes qualifieraient ces comportements de « mauvaises habitudes » et d'autres de « bonnes habitudes », selon la façon dont nous les affichons. Nous les qualifions de sujets de préoccupation en matière de mode de vie, soit nos habitudes et nos penchants concernant le tabagisme, les drogues, les pratiques saines en matière de sexualité, l'alcoolisme et l'exercice.

USAGE NON TRADITIONNEL DU TABAC

L'usage non traditionnel et récréatif du tabac, l'abus et le mauvais usage du tabac font partie de la tentative de description du tabagisme dans le contexte des Premières Nations.

Plus de la moitié des adultes des Premières Nations sont des fumeurs de tabac. La plupart sont des fumeurs réguliers tandis que les autres sont des fumeurs occasionnels. Les taux de tabagisme chez nos jeunes varient considérablement. Un peu plus du tiers de nos jeunes font un usage non traditionnel du tabac. Le nombre de jeunes fumeurs augmente avec l'âge, et le taux chez les adolescentes est beaucoup plus élevé que chez les garçons.

La grossesse

Au moment de l'ERS, un peu plus de la moitié des femmes enceintes des Premières

Au moment de l'enquête, un peu plus de la moitié des femmes enceintes des Premières Nations fumaient.

Nations fumaient. Davantage de femmes enceintes faisaient partie de la catégorie des ex-fumeurs que les femmes qui n'étaient pas enceintes. Une grande partie des femmes enceintes au moment de l'ERS étaient des anciennes fumeuses.

Les jeunes non-fumeurs des Premières Nations

Les ex-fumeurs des Premières Nations ont cessé de fumer pour avoir un mode de vie plus sain et par respect pour une personne chère. Les jeunes non-fumeurs sont plus susceptibles de vivre dans une maison sans fumée, avec leurs parents et dans une communauté non isolée. Ces jeunes aiment beaucoup l'école et un grand nombre considère leur état de santé comme excellent ou très bon. Ces jeunes qualifient de particulièrement important le fait de bien manger, de réduire le stress, d'avoir un bon soutien social, de bien dormir, d'être heureux, de faire de l'exercice régulièrement et d'avoir un bon équilibre physique, affectif, mental et spirituel.

La plupart des ex-fumeurs des Premières Nations ont commencé à fumer la cigarette entre 13 et 16 ans.

Les ex-fumeurs

La moitié des adultes des Premières Nations ayant participé à l'Enquête ne fument pas. Près de la moitié des adultes non-fumeurs sont des anciens fumeurs et l'autre moitié n'a jamais fumé la cigarette. La plupart des ex-fumeurs étaient des fumeurs réguliers et un petit nombre, des fumeurs occasionnels. Les nonfumeurs sont répartis en nombre égal entre les hommes et les femmes.

Commencer à fumer

Les femmes ont commencé à fumer plus tard dans la vie (après l'âge de 20 ans) plus souvent que les hommes. Plus d'ex-fumeurs que d'anciennes fumeuses ont indiqué avoir été initiés à la cigarette avant l'âge de 13 ans. En général, les fumeurs actuels ont commencé à fumer avant l'âge de 16 ans.

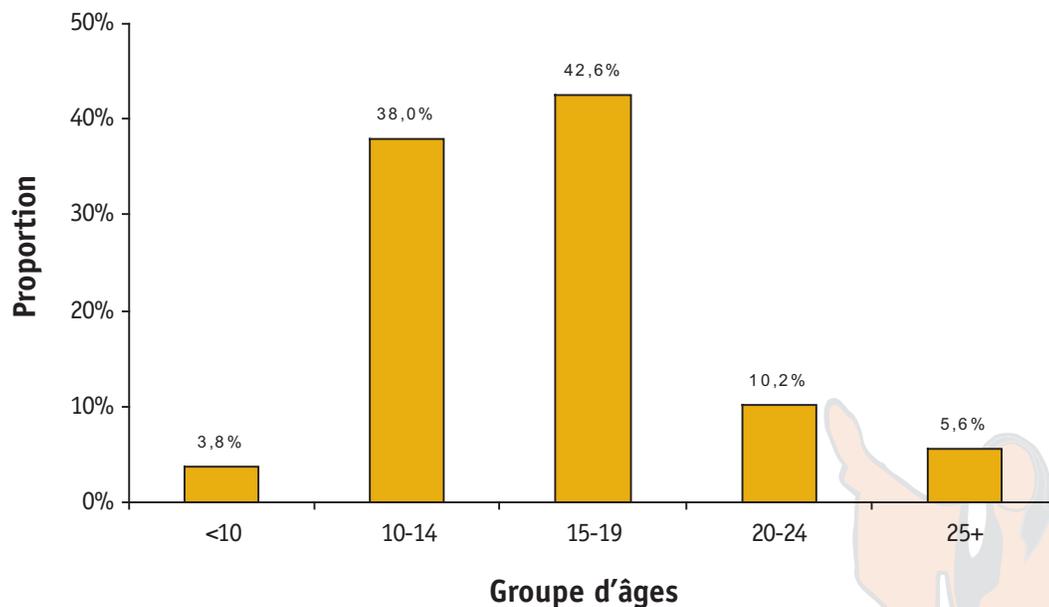
En comparant l'âge où les fumeurs actuels ont commencé à fumer avec celui des ex-

fumeurs, on s'aperçoit que les fumeurs actuels ont commencé un petit peu plus tôt que les fumeurs qui ont cessé de fumer. Il est intéressant de constater que plus d'ex-fumeurs ont commencé à fumer à 16 ans alors que plus de fumeurs actuels ont indiqué avoir commencé avant l'âge de 16 ans. Ces résultats laissent entendre que si vous commencez à fumer plus jeune, vous êtes moins susceptible de cesser de fumer.

Les fumeurs actuels

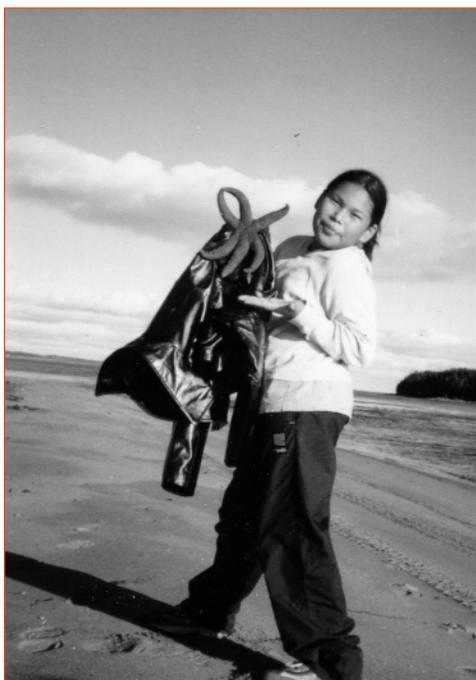
Près de six adultes des Premières Nations sur 10 (58,8 %) sont des fumeurs actuels. En moyenne, leur consommation quotidienne est de 10 cigarettes. Ce taux de consommation est inférieur à la moyenne canadienne, qui est d'environ 15 cigarettes par jour. Les jeunes hommes des Premières Nations âgés entre 18 et 29 ans fument environ deux cigarettes et demi de plus par jour que les jeunes femmes du même âge.

Age auquel les anciens fumeurs ont indiqué avoir commencé à fumer





Les hommes fument environ une cigarette de plus que les femmes par jour. La consommation de cigarettes est égale chez les hommes et les femmes âgés de 30 ans et plus.



Plus de la moitié des fumeurs actuels des Premières Nations ont essayé au moins une fois de cesser de fumer au cours de la dernière année. La plupart de ceux ayant essayé de cesser de fumer ne l'ont fait qu'une fois ou deux seulement. Un peu moins de la moitié des personnes qui fument n'ont pas encore essayé une seule fois de cesser de fumer.

Pour les jeunes des Premières Nations, l'âge moyen pour commencer à fumer est de 12 ans et l'âge moyen où les ex-fumeurs ont cessé de fumer est de 14 ans. Ces jeunes ont cessé de fumer pour différentes raisons, mais la plus courante était qu'ils voulaient un mode de vie plus sain. D'autres ont cessé par respect pour une personne chère ou ils ont été plus sensibilisés aux effets négatifs du tabac sur la santé. Un problème de santé, le respect pour l'importance culturelle et traditionnelle du tabac, la grossesse, la pression des amis et des collègues de travail et l'avis du médecin faisaient partie des autres motifs évoqués. Les jeunes des Premières Nations ont indiqué fumer en moyenne six cigarettes par jour. Chez les fumeurs actuels, plus de 70 % ont essayé de cesser de fumer au moins une fois au cours de la dernière année et près de la moitié de ces jeunes ont essayé plus de trois fois.

La plupart des adultes des Premières Nations ont cessé de fumer parce qu'ils voulaient un mode de vie plus sain.

Cesser de fumer

En moyenne, tous les ex-fumeurs de Premières Nations avaient cessé de fumer à 32 ans. Le fait de vouloir un mode de vie plus sain était de loin le principal motif évoqué par les ex-fumeurs. Parmi les autres importants motifs invoqués, on trouve une plus grande sensibilisation, un problème de santé, suivis de près par le respect pour une

personne chère. Pour les femmes, une grande partie (22,2 %) ont indiqué la grossesse comme un des motifs pour cesser de fumer, et quelques hommes ont aussi indiqué la grossesse comme un motif (sans aucun doute celle de leur partenaire).

Un « sevrage brutal » était de loin la méthode la plus commune utilisée par les fumeurs pour cesser de fumer. Les autres méthodes les plus populaires indiquées pour cesser de fumer étaient la spiritualité et l'aide de la famille, suivie du timbre à la nicotine.

L'état de santé général et le tabagisme

Comparativement aux non-fumeurs, les fumeurs des Premières Nations ne considéraient pas leur état de santé comme passable ou mauvais. On a demandé aux fumeurs et aux non-fumeurs qui avaient indiqué que leur état de santé était excellent ou très bon de mentionner ce qui les rendait en aussi bonne santé. Les deux groupes ont indiqué qu'une personne en santé se nourrissait bien et qu'elle possédait un équilibre physique, affectif, mental et spirituel.

Les jeunes des Premières Nations qui fument le tabac, boivent de l'alcool et font usage du cannabis plus de deux fois par semaine ne sont pas en aussi bonne santé que les jeunes qui s'abstiennent de ces trois substances. Les différences les plus importantes dans les réponses ont été constatées lorsqu'on comparait les fumeurs de tabac aux non-fumeurs. Invariablement, les non-fumeurs occupaient un rang plus élevé dans chaque catégorie par rapport aux fumeurs. Le motif le plus souvent évoqué concernant un bon état de santé était la pratique régulière d'exercices ou la participation à des sports, un bon sommeil,

le bonheur et une bonne alimentation. Les grands consommateurs de tabac et de cannabis avaient plutôt tendance à être moins satisfaits de leur poids que les personnes qui n'en consommaient pas.

Les Premières Nations qui consomment de l'alcool étaient deux fois plus susceptibles de fumer que ceux qui n'en boivent pas : 81,2 % contre 37,4 %. De même, les consommateurs d'alcool étaient aussi beaucoup plus susceptibles de fumer de la marijuana : 62,6 % contre 11,9 %.

L'exposition à la fumée secondaire est un problème pour notre peuple. Près de la moitié des jeunes des Premières Nations (44,2 %) sont exposés à la fumée de cigarette dans leur maison.

Les adultes qui ne fument pas indiquent le plus haut niveau d'équilibre dans leur vie.

Le logement

Environ la moitié de tous nos foyers sont sans fumée, et les fumeurs actuels ont un nombre légèrement plus élevé d'enfants par ménage. Selon l'Enquête sur les adultes des Premières Nations, davantage de fumeurs actuels vivent dans un logement surpeuplé. La plupart possèdent un détecteur de fumée en état de marche dans leur maison. Un adulte des Premières Nations sur cinq a indiqué ne pas avoir un détecteur de fumée en état de marche dans sa maison.

Le mieux-être personnel

Fumer ou ne pas fumer ne semblait pas avoir d'incidence sur l'importance que les gens portent aux événements culturels. Les



fumeurs actuels étaient mieux disposés envers la spiritualité traditionnelle que les non-fumeurs. Les non-fumeurs étaient plus susceptibles de posséder un niveau d'équilibre plus élevé dans leur vie.

Les jeunes fumeurs des Premières Nations passaient plus de temps à un emploi que les non-fumeurs. En ce qui concerne le temps consacré aux chants traditionnels, au tambour ou aux groupes ou leçons de danse, les réponses de tous les jeunes se ressemblaient (peu importe leur consommation).

Les jeunes des Premières Nations consacrent le même temps à l'utilisation d'un ordinateur, qu'ils soient des fumeurs/consommateurs/buveurs ou non. Dans toutes les réponses, la plupart des jeunes avaient l'impression de posséder un « équilibre » physique, affectif, mental et spirituel, peu importe leur consommation. Les réponses des fumeurs de tabac étaient différentes de celles des nonfumeurs : les nonfumeurs avaient toujours l'impression de posséder un équilibre, plus que les fumeurs. En général, les jeunes nonfumeurs avaient plus souvent l'impression de posséder un équilibre (physique, affectif, mental et spirituel) que les fumeurs. Dans l'ensemble, toutefois, la plupart des jeunes avaient l'impression de posséder un équilibre la plupart du temps. Les nonfumeurs étaient aussi plus susceptibles que les fumeurs d'avoir l'impression qu'ils avaient le contrôle



de leur vie; ils ont indiqué qu'ils s'aimaient et qu'ils valaient beaucoup.

L'état de santé

Généralement, le tabagisme a des conséquences sur la santé et les maladies chroniques comme la bronchite chronique, l'emphysème, les troubles psychologiques ou nerveux, les déficits cognitifs ou les incapacités mentales, le cancer, les maladies du foie (excluant l'hépatite) et la tuberculose.

La nutrition

Les personnes qui cessent de fumer prennent souvent un surplus de poids. Le tabagisme a des impacts négatifs sur le régime alimentaire alors que les nonfumeurs ont plutôt tendance à manger des aliments nutritifs et équilibrés d'une façon régulière.

L'alcool et les médicaments sans ordonnance

Les adultes nonfumeurs des Premières Nations sont moins susceptibles de boire de l'alcool deux à trois fois par mois. Il semble

que les personnes qui ne fument pas sont moins susceptibles d'avoir des problèmes de consommation d'alcool. Les nonfumeurs sont aussi plus susceptibles de ne boire aucun alcool et de faire état d'une occasion où ils ont bu de façon excessive au cours de la dernière année. Les fumeurs sont plus susceptibles d'avoir besoin de traitements pour alcoolisme et toxicomanie. Ils sont aussi plus susceptibles de consommer plus souvent des drogues que les nonfumeurs.

L'emploi et le revenu

Une proportion égale de fumeurs et de nonfumeurs adultes travaillent à temps partiel. Le taux de chômage était légèrement plus élevé chez les fumeurs que chez les nonfumeurs. Le revenu du ménage et le faible revenu ne sont pas de bons indicateurs de probabilité de fumeurs.

L'éducation

Lorsque nos jeunes des Premières Nations indiquent qu'ils aiment l'école, ils sont plus susceptibles de ne jamais avoir fumé du tabac ou du cannabis et de ne pas avoir pris de boisson au cours des 12 derniers mois.

LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES

Bien que l'alcoolisme et la toxicomanie soient considérés comme un problème pour un grand nombre de nos communautés, il manque tout de même de l'information approfondie sur l'abus et l'impact de ces

La proportion de buveurs excessifs parmi les adultes des Premières Nations est plus élevée que dans la population canadienne en général.

substances⁴⁴. Pour mieux saisir la nature et le contexte de ces résultats, un examen de la littérature pertinente est offerte.

La plupart des adultes des Premières Nations qui consomment de l'alcool le font de façon modérée.

L'impact de l'alcool et des drogues sur les communautés des Premières Nations est énorme; les décès reliés à l'alcool étaient six fois plus nombreux et le taux des décès causés par la drogue était trois fois plus élevé que celui de la population en général⁴⁵.

La consommation d'alcool

Des études antérieures indiquent en fait que, dans l'ensemble, le taux d'abstinence chez nos membres est plus élevé que dans la population en général⁴⁶ et les résultats actuels de l'ERS sont conformes à cette réalité. Au cours des douze derniers mois, les deux tiers des adultes des Premières Nations ont indiqué avoir consommé de l'alcool, ce qui est moins élevé que dans la population canadienne en général⁴⁷. On constate une diminution remarquable de la consommation d'alcool avec l'âge. En fait, seulement le tiers des personnes de 60 ans et plus a indiqué consommer de l'alcool comparativement à 82,9 % de celles âgées de 18 à 29 ans. Les hommes étaient plus susceptibles d'indiquer avoir consommé de l'alcool que les femmes et les taux les plus élevés se trouvaient chez les hommes plus jeunes âgés de 18 à 29 ans.

Les consommateurs d'alcool des années passées étaient plus susceptibles d'indiquer souffrir d'au moins un problème de santé que ceux qui ne boivent pas, mais ils



étaient aussi plus susceptibles d'indiquer que leur état de santé était meilleur. Les consommateurs d'alcool étaient aussi plus susceptibles de ne pas avoir sollicité de soins non traditionnels, et plus de la moitié de ceux-ci ont indiqué qu'ils avaient consulté un guérisseur traditionnel. Les taux de consommation d'alcool étaient aussi disponibles pour un certain nombre d'indicateurs communautaires. Les taux ne variaient pas de façon significative selon la taille de la communauté. Toutefois, une proportion plus élevée de consommateurs habitait des communautés éloignées par rapport à des communautés semi-isolées et non isolées.

La fréquence de la consommation chez les consommateurs d'alcool

La fréquence de la consommation d'alcool était en grande partie modérée et changeait sensiblement en fonction de certaines caractéristiques démographiques. Ces données sont aussi conformes aux taux d'abstinence, avec une fréquence de consommation moindre indiquée par les Premières Nations par rapport à la population en général. Seulement 17,8 % des adultes des Premières Nations ont indiqué consommer de l'alcool toutes les semaines ou tous les jours comparativement à 44 % de la population en général⁴⁸. Les hommes étaient deux fois plus susceptibles que les femmes de consommer de l'alcool toutes les semaines. Les jeunes hommes des Premières Nations (âgés de 18 à 39 ans) affichaient les taux les plus élevés, tandis que les hommes plus âgés avaient les taux les moins élevés.

Environ 40 % des jeunes des Premières Nations ont indiqué avoir bu de la bière, du vin, des boissons riches en alcool ou toute autre boisson alcoolisée au cours des 12 derniers mois. Les femmes âgées entre 15 et 17 ans avaient le plus haut taux de consommation (65,4 %), suivi des hommes du même groupe d'âges (56,8 %). Les adolescents plus jeunes (12 à 14 ans) étaient moins susceptibles d'avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente : 20,4 % globalement. En outre, les adolescents consommateurs d'alcool plus âgés étaient plus susceptibles d'avoir consommé de l'alcool de façon excessive au moins une fois au cours de l'année précédente (83,1 % contre 56,5 %), et un sur cinq a indiqué boire de façon excessive de 2 à 3 fois par mois.

La proportion de buveurs excessifs parmi les adultes des Premières Nations est plus élevée que dans la population canadienne en général.



La consommation abusive

L'impact de l'alcool est lié à des problèmes de consommation plutôt qu'à la consommation en général. Lors d'études antérieures, on a pu constater des taux plus élevés de dépendance à l'alcool et de problèmes de toxicomanie chez les gros buveurs ou les buveurs excessifs⁴⁹. Bien que des taux élevés d'abstinence et de faibles taux de consommation soient un point positif pour les communautés, la proportion de buveurs excessifs (cinq consommations

ou plus en une occasion) demeure plus élevée que celle de la population en général. La proportion des adultes qui indiquent consommer de façon excessive toutes les semaines est plus de deux fois celle de la population en général⁵⁰. Il semble que les hommes soient plus susceptibles d'indiquer qu'ils boivent de façon excessive toutes les semaines, comparativement à une petite proportion de femmes.

L'usage de drogues

Actuellement, environ un quart des membres des Premières Nations a consommé de la marijuana au cours de l'année précédente. Les hommes âgés de 18 à 29 ans étaient de loin les utilisateurs dont la fréquence de consommation était la plus élevée, dont une proportion importante (29,1 %) a indiqué consommer de la marijuana tous les jours. La consommation de médicaments d'ordonnance, notamment la codéine, la morphine et les opiacés, arrivait en deuxième. Un très petit nombre de personnes a indiqué consommer des sédatifs.

Les non utilisateurs de drogues ont indiqué recevoir un soutien social plus important.

La fréquence d'utilisation de substances illicites est relativement faible. On a constaté un faible taux de consommation (7,3 %) de cinq substances illicites⁵¹ au cours de la dernière année. Toutefois, cela constitue plus du double des statistiques semblables pour la population en général, pour laquelle le taux d'utilisation au cours de l'année précédente n'était que de 3 % (excluant les substances inhalées)⁵². L'utilisation déclarée de ces substances diminue avec le niveau d'éducation.

En ce qui concerne les drogues illicites, la vaste majorité des jeunes des Premières Nations n'en consomment pas. Un peu moins de 4 % de nos jeunes ont indiqué avoir consommé du PCP, de l'acide/LSD/ amphétamines, de l'ecstasy, des substances inhalées, des sédatifs ou des tranquillisants, de la cocaïne/crack/freebase et de la codéine/morphine/opiacés. Par ailleurs, le taux de consommation de la marijuana était très élevé : 32,7 % dans l'ensemble. Il faut toutefois considérer que les Premières Nations peuvent hésiter à déclarer l'utilisation de drogues illicites. Les jeunes plus âgés étaient plus susceptibles de consommer de la marijuana et d'en consommer plus souvent.

Des proportions invariablement plus élevées de nonconsommateurs ont indiqué recevoir un soutien social de différents niveaux plus important. L'impact de la consommation de substances illicites est un sujet de préoccupation pour les communautés. L'utilisation de drogues illicites est liée à la dépendance à l'alcool, ainsi qu'à la dépendance comorbide à d'autres substances, avec la cocaïne et la marijuana servant de « drogues de base »⁵³.

Les traitements et les réactions de la communauté

On peut constater l'impact de la toxicomanie par la proportion d'adultes ayant demandé des traitements pour lutter contre leur dépendance. Ils demandaient le plus souvent des traitements contre l'alcoolisme. Une petite proportion a indiqué avoir recherché des traitements contre la toxicomanie. Ces taux peuvent soit ne pas refléter l'étendue du nombre de personnes qui ont besoin de traitements, soit refléter un manque de ressources en matière de traitements. D'autres caractéristiques ont été dégagées chez les personnes qui demandent des traitements. Par exemple, les personnes qui

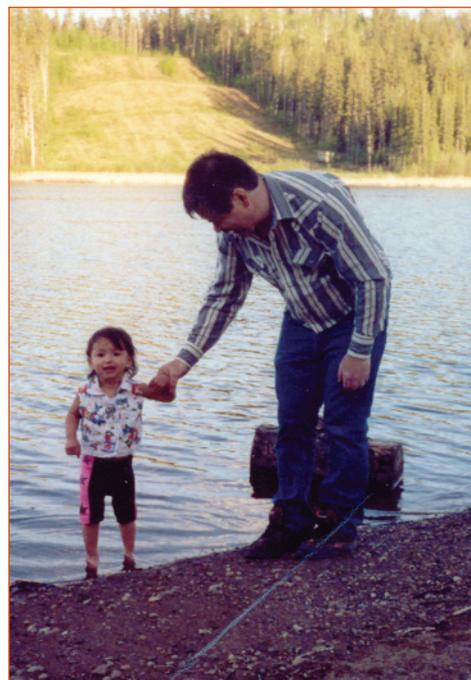


recherchaient des traitements contre l'abus d'alcool étaient plus susceptibles d'indiquer qu'elles souffraient d'au moins un problème de santé par rapport aux personnes qui ne demandent pas de traitement. Les personnes qui demandent des traitements contre l'abus d'alcool étaient aussi plus susceptibles d'indiquer que la communauté avait fait des progrès en matière de réduction de l'abus d'alcool et de drogues.

NUTRITION ET ACTIVITÉS PHYSIQUES

Il est reconnu que les activités physiques régulières jouent un rôle dans la prévention des affections physiques et chroniques, notamment les maladies cardiaques, l'hypertension, l'obésité, le diabète de type 2, l'ostéoporose, certains cancers comme le cancer du colon, et les limitations fonctionnelles dues au vieillissement⁵⁴. Les exercices et le fait d'être actif jouent aussi un rôle important en matière de santé mentale, soit en diminuant l'anxiété, la dépression et la tension, en plus d'avoir des effets positifs sur l'état émotif des personnes jeunes et âgées⁵⁵.

Un régime alimentaire, les activités physiques et le fait de ne pas fumer sont trois facteurs de prévention importants pour réduire les maladies chroniques.



Malheureusement, le fait de ne pas pratiquer suffisamment d'activités physiques a entraîné des taux croissants d'embonpoint et d'obésité au Canada⁵⁶. Cela est sans doute dû au fait que certains aliments que nous mangeons aujourd'hui ont remplacé des aliments plus nutritifs qui étaient consommés plus régulièrement auparavant⁵⁷. Dans certaines communautés du Canada, des activités traditionnelles des Premières Nations (chasse, trappe, pêche) étaient encore pratiquées durant les années 1960. C'est alors qu'une diminution de la confiance envers les aliments traditionnels combinée et à une utilisation accrue des subsides de l'État a entraîné une diminution de la pratique d'activités physiques

traditionnelles, et les aliments du commerce sont devenus la norme en matière d'approvisionnement alimentaire⁵⁸. On a aussi connu un revirement important vers des modes de vie sédentaires. Les données sur la nutrition sont limitées concernant nos adultes; les données existantes indiquent que l'obésité a augmenté en raison de la consommation de glucides, particulièrement les boissons gazeuses⁵⁹. Lorsqu'on revient à un régime traditionnel, on constate que cela aide à régulariser le bilan énergétique et à réduire la prévalence de l'obésité.

Certaines maladies chroniques sont causées en partie par l'embonpoint et l'obésité. Les maladies chroniques sont la cause principale des décès, soit 59 % des décès dans le monde entier⁶⁰. Trois facteurs de prévention – le régime alimentaire, l'activité physique et l'absence du tabagisme – sont importants pour réduire l'incidence des maladies chroniques⁶¹. Il est possible pour une personne de les contrôler afin de réduire les risques de développer une maladie chronique. Chez nos jeunes des Premières Nations, les taux d'obésité et de maladies chroniques comme le diabète de type 2 sont élevés.

L'activité physique

La marche est l'activité physique à laquelle les adultes ont participé le plus souvent au cours de l'année. La pêche, la natation, la cueillette de petits fruits ou d'autres aliments, la bicyclette, la chasse ou la trappe font partie des autres activités le plus souvent mentionnées. Environ un adulte sur quatre a indiqué la course ou le jogging, l'utilisation de poids ou d'équipement d'exercice, la danse, les sports de compétition, en groupe ou d'équipe et la randonnée pédestre.

La marche est l'activité physique la plus populaire chez les adultes, les jeunes et les enfants des Premières Nations.

Des différences entre les sexes se font sentir pour certaines activités physiques. Les femmes sont plus susceptibles d'indiquer la marche, la cueillette de petits fruits ou d'autres aliments, les cours d'aérobic ou de conditionnement physique et la danse. Les hommes, par ailleurs, sont plus susceptibles que les femmes de participer à la plupart des autres activités, notamment la pêche et la chasse, la bicyclette, l'entraînement avec les poids, la course, les sports d'équipe ou de compétition. La participation à d'autres activités physiques est généralement moins importante chez les groupes de personnes plus âgées.

On désigne comme activité suffisante une activité allant de modérée à intense d'une durée de 30 minutes (décrite dans l'enquête comme une activité physique « ... qui entraîne une augmentation du rythme cardiaque et de la respiration ») et qu'on pratique quatre fois ou plus par semaine. Selon cette mesure, une faible proportion (21,3 %) d'adultes pratiquent une activité suffisante en vue de satisfaire à ces conditions. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'indiquer qu'ils pratiquent une activité suffisante qui satisfait à ces conditions. Ces différences entre les sexes sont plus apparentes chez les adultes plus jeunes et les personnes âgées de 60 ans et plus.

La marche est l'activité la plus populaire à laquelle participent nos jeunes des Premières Nations. On distingue des



différences entre les sexes pour certaines activités physiques. Nos jeunes femmes sont plus portées que les hommes à marcher, danser et cueillir des petits fruits et d'autres sortes d'aliments. Les hommes sont plus susceptibles de faire de la course, de la bicyclette, du patin, du patins à roues alignées, de la planche à roulettes, de la raquette, du golf, de l'entraînement avec des poids ou de l'équipement d'exercice, de la randonnée pédestre ou des activités traditionnelles.

Plus de la moitié des jeunes des Premières Nations passent trois heures ou plus à regarder la télévision tous les jours. Un autre 41,2 % passent d'une à deux heures devant la télévision. En outre, un jeune sur cinq joue à des jeux vidéo ou utilise un ordinateur durant plus de trois heures par jour. L'utilisation des jeux vidéo est plus fréquente chez les adolescents.

Neuf jeunes des Premières Nations sur dix ont indiqué avoir fait des activités extérieures durant plus d'une heure tous les jours, tandis qu'un sur cinq a indiqué avoir effectué des corvées domestiques durant plus de trois heures tous les jours. Les hommes passent plus de temps à l'extérieur tandis que les femmes sont plus susceptibles de participer aux tâches ménagères.

L'inactivité est une source de problèmes pour les jeunes des Premières Nations



puisque 29,4 % affirment ne pas participer à des sports d'équipe ou à des cours après l'école. Les garçons sont plus susceptibles de s'inscrire à ces activités parascolaires et d'y participer plus souvent. Cela semble empirer avec l'âge étant donné que les jeunes plus âgés sont plus susceptibles d'indiquer qu'ils ne participent jamais à des sports d'équipe ou à des cours à l'extérieur de l'école.

Sur une note positive, plus de 80 % de nos jeunes des Premières Nations participent à des activités physiques au moins deux fois par semaine. Une fois de plus, il est démontré que les adolescents sont plus actifs que les adolescentes. Il n'existe aucune différence dans la fréquence de participation selon l'âge.

En outre, 45,1 % de nos jeunes des Premières Nations font de l'exercice de façon intense durant 30 minutes presque tous les jours de la semaine. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de faire de l'exercice correspondant à cette condition. Toutefois, dans l'ensemble, la plupart des

jeunes sont suffisamment actifs et cela ne change pas selon l'âge des jeunes.

La marche est l'activité physique que les enfants des Premières Nations pratiquent le plus. La course, la nage, la bicyclette et les sports de compétition font partie des autres activités populaires. On note des différences entre les sexes pour certaines activités physiques. Par exemple, les filles sont plus portées que les garçons à faire de la danse, de l'aérobic ou du conditionnement physique. Par contre, les garçons ont plus tendance que les filles à pêcher, à chasser, à faire du patin à roues alignées, de la planche à roulettes, de la planche à neige, à jouer au golf et à des sports de compétition ou d'équipe comme le baseball, le hockey et la crosse.

La proportion des adultes des Premières Nations qui ont habituellement un régime alimentaire sain et équilibré augmente avec l'âge, l'éducation et le revenu personnel

L'alimentation

Le tiers des adultes des Premières Nations ont indiqué que leur régime alimentaire est habituellement sain et équilibré, alors que pour un peu plus de la moitié des adultes, il en est parfois ainsi. Les personnes qui restent n'ont que rarement sinon jamais un régime alimentaire sain et équilibré. La proportion des adultes qui ont régime alimentaire sain et équilibré augmente avec l'âge, l'éducation et le revenu personnel.

En terme de consommation d'aliments traditionnels, plus de la moitié des adultes des Premières Nations consomment souvent des aliments à teneur en protéines comme

Les jeunes des Premières Nations qui sont satisfaits de leur poids ont tendance à être plus actifs.

du gibier et du poisson, alors qu'une plus petite proportion consomme souvent des petits fruits et d'autres sortes de produits végétaux. Deux adultes sur cinq consomment souvent des aliments des Premières Nations comme le « fry bread », le pain bannock et la soupe au maïs. Il n'existe toutefois pas de différences reliées au sexe, à l'âge, au revenu ou à l'éducation concernant la consommation d'aliments traditionnels ou des Premières Nations. Les adultes des petites communautés (moins de 300 résidents) sont plus susceptibles que les résidents de plus grandes communautés (plus de 1500 résidents) de consommer des aliments traditionnels à teneur en protéines, des petits fruits et d'autres produits végétaux.

Environ un jeune des Premières Nations sur cinq mange toujours bien alors qu'un autre jeune sur cinq prend rarement ou même jamais un repas nutritif. Les garçons sont plus portés à consommer des aliments vides et des boissons gazeuses. Ils sont aussi plus susceptibles de consommer des aliments traditionnels protéinés comme du gibier ou du poisson.

Nos jeunes des Premières Nations qui sont actifs indiquent que leur régime alimentaire est sain et équilibré, et ils sont plus susceptibles d'indiquer qu'ils consomment souvent des petits fruits et des produits végétaux sauvages ainsi que d'autres aliments culturels comme le « fry bread », le pain bannock et la soupe au maïs. Les



jeunes qui sont satisfaits de leur poids ont tendance à être plus actifs.

Environ 71,5 % des jeunes actifs ayant un bon régime alimentaire ne fument pas. Ces jeunes sont deux fois plus susceptibles de dire qu'ils ressentent un équilibre physique, mental et spirituel tout le temps. Ils sont aussi plus susceptibles de n'avoir jamais songé au suicide.

Plus de la moitié de nos enfants des Premières Nations ont généralement un régime alimentaire sain et équilibré, et le nombre est plus élevé chez les enfants qui

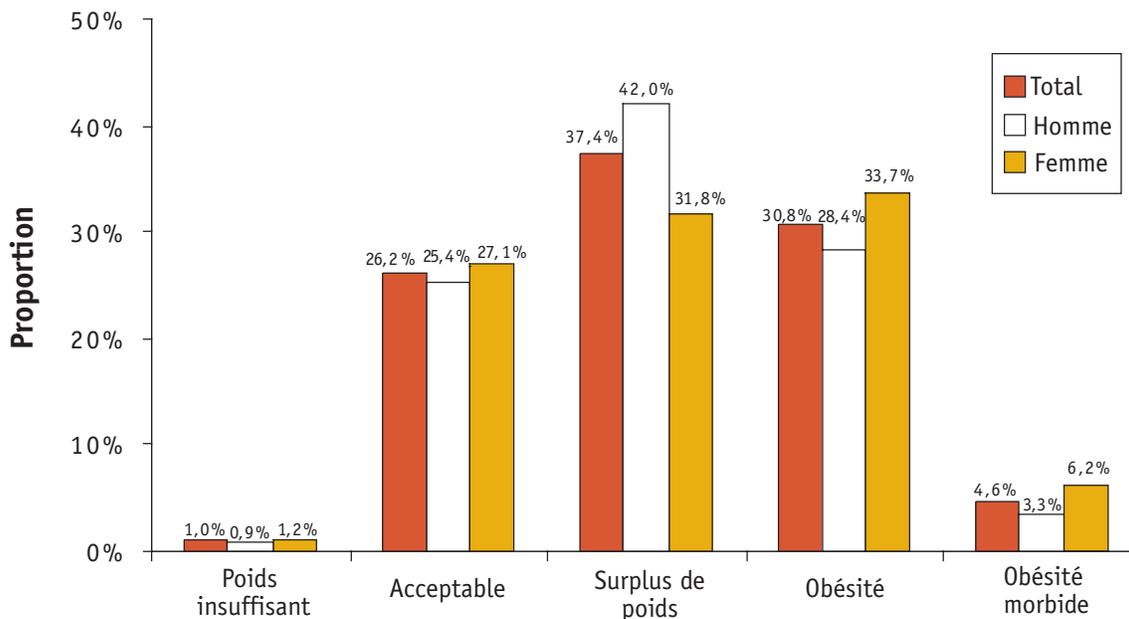
Une proportion importante des adultes des Premières Nations souffre d'embonpoint et d'obésité.

sont actifs tous les jours comparativement à ceux qui sont actifs à l'occasion. Un peu plus du tiers des enfants sont obèses. Les enfants qui sont actifs tous les jours ou dont le régime alimentaire est équilibré sont plus susceptibles de se dire en excellente santé..

Indice de masse corporelle

Une proportion importante des adultes des Premières Nations souffre d'embonpoint et d'obésité. Une proportion moindre souffre

Distribution de l'indice de masse corporelle par sexe (adultes)



Pour de plus amples renseignements sur l'IMC, consultez le site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/qr.pub>

Le tiers de nos jeunes et enfants des Premières Nations souffrent d'embonpoint.

d'obésité morbide (IMC supérieur à 40), ce qui augmente les risques de développer des problèmes de santé.

Dans l'ensemble, les hommes sont plus prédisposés que les femmes à souffrir d'embonpoint alors que les femmes sont plus susceptibles de souffrir d'obésité et d'obésité morbide.

En général, les adultes plus jeunes (de 18 à 29 ans) sont moins susceptibles que les adultes âgés de plus de 30 ans de souffrir d'obésité ou d'obésité morbide.

Un peu plus de la moitié des jeunes des Premières Nations ont un poids jugé acceptable ou insuffisant. Toutefois, 28,1 % de nos jeunes souffrent d'embonpoint. Malheureusement, 14,1 % souffrent d'obésité. Les jeunes femmes sont plus susceptibles que les hommes de se classer dans la catégorie de poids normal ou insuffisant. Il n'existe aucune différence reliée à l'âge pour la classification de la masse corporelle. Toutefois, parmi les jeunes, les 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.

Un peu plus du tiers de nos enfants des Premières Nations sont obèses et un autre 22,3 % souffrent d'embonpoint. Seulement 41,5 % ont un poids normal ou insuffisant. On n'a pas constaté de différences entre les garçons et les filles.

L'activité physique, l'alimentation et le poids

Les adultes des Premières Nations qui ont un poids insuffisant sont les moins susceptibles de mentionner une alimentation saine et équilibrée sur une base régulière. Il n'y a aucune différence de poids en ce qui concerne les personnes qui consomment des aliments traditionnels des Premières Nations.

Les adultes qui ont habituellement une alimentation équilibrée sont plus susceptibles que les personnes dont le régime alimentaire n'est pas équilibré

Les jeunes et les enfants des Premières Nations constituent le tiers de notre population. Par conséquent, les taux élevés d'embonpoint et d'obésité chez les enfants signifient de graves problèmes de santé chroniques dans l'avenir.

d'avoir une très bonne ou excellente santé. Près de deux adultes sur cinq dont le régime alimentaire est nutritif fument aussi tous les jours. Toutefois, on trouve plus d'adultes fumeurs parmi les personnes qui ont moins souvent une alimentation nutritive. Les adultes qui ont un régime alimentaire nutritif la plupart du temps sont moins susceptibles de souffrir de problèmes cardiovasculaires que les personnes dont le régime alimentaire est rarement nutritif. De plus, les personnes dont le régime alimentaire est habituellement nutritif sont plus susceptibles de déclarer qu'elles possèdent un équilibre physique, affectif, mental et spirituel.



Les personnes qui ont un poids insuffisant ou acceptable sont plus susceptibles d'être aussi des non-fumeurs. On ne note pas de différence apparente entre les adultes de poids différents en ce qui concerne le soutien social, soit avoir quelqu'un à qui parler, se confier, sur qui ils peuvent compter lorsqu'ils ont besoin d'aide, qui peut les conduire chez le médecin, etc. De même, il n'existe aucun lien dans la perception des progrès de la communauté en matière de contrôle des services de santé par la communauté, la disponibilité de lieu de détente ou de loisirs ou d'activité de cérémonie traditionnelle.

Nos jeunes des Premières Nations consomment trop d'aliments vides et regardent trop la télévision. Une stratégie de vie saine peut protéger nos jeunes de l'obésité et les aider à faire plus d'exercice. Nos programmes doivent impliquer l'école, la communauté et la famille pour développer chez nos jeunes des habitudes alimentaires saines et des activités. Lorsqu'on parle de problèmes familiaux, la présente étude a permis de constater qu'il existe des différences entre les jeunes qui ont une saine alimentation et ceux dont l'alimentation est mauvaise. Les jeunes qui ont une alimentation saine ont tendance à recevoir l'appui de leurs parents alors que les jeunes qui ont une mauvaise alimentation trouvent plutôt un soutien auprès de leurs amis. Ceci suggère qu'influencer les comportements des pairs et se servir des pairs comme modèles peuvent s'avérer des moyens importants en vue

d'influencer certains groupes de jeunes. Un cadre culturel est indispensable pour établir des stratégies de motivation et saisir les obstacles auxquels notre peuple est confrontés.

Les enfants des Premières Nations dont le régime alimentaire est habituellement équilibré sont plus susceptibles de se dire en excellente santé.

Étant donné que nos enfants représentent le tiers de la population des Premières Nations⁶², les taux élevés d'embonpoint et d'obésité sont très préoccupant puisque qu'ils se traduisent par des risques accrus de problèmes de santé chez les enfants des Premières Nations. Le diabète, l'asthme, les calculs biliaires, l'hépatite, l'apnée du sommeil, les problèmes orthopédiques (incurvation de l'os de la jambe par exemple), des anomalies menstruelles et des troubles neurologiques⁶³ font partie des conséquences immédiates de l'obésité chez les enfants. En outre, l'embonpoint et l'obésité peuvent entraîner des problèmes sociaux et des troubles affectifs parce que les enfants obèses ont une faible image d'eux mêmes, une faible estime de soi et un piètre rendement scolaire.

Une bonne santé commence tôt

Les mesures de santé des nourrissons sont souvent considérées comme le reflet même de la santé d'une communauté. Les mesures comme la mortalité infantile et le faible poids à la naissance ont très fortement été reliés à des problèmes de santé associés à

un apport alimentaire adéquat, à un logement convenable, à l'emploi, au niveau d'éducation et à l'exposition au milieu environnant. Les nourrissons sont vulnérables aux mauvaises conditions sociales, économiques et environnementales. Nous nous pencherons ici sur la santé des nourrissons, sur le poids à la naissance et sur deux comportements importants liés à la santé, soit le tabagisme durant la grossesse et l'allaitement maternel. En outre, des facteurs de santé concernant la grossesse, la naissance et les années de l'enfance seront examinés.

Le poids à la naissance

En ce qui concerne les enfants des Premières Nations qui ont participé à l'Enquête, 5,5 % étaient des bébés de faible poids à la naissance (moins de 2,5 kg), tandis que 21,0 % étaient des bébés de poids élevé à la naissance (plus de 4 kg). Un bébé garçon sur cinq avait un poids élevé à la naissance comparativement à un bébé fille sur six. On n'a pas constaté de lien entre le faible poids à la naissance et l'âge de la mère, son éducation, le statut de fréquentation des pensionnats ou les communautés ayant conclu des ententes de transfert en matière de santé.

Plus de 60 % de nos nourrissons des Premières Nations ont été allaités au sein.

L'allaitement maternel

L'ERS a permis de constater que plus de 60 % de nos enfants des Premières Nations sont ou ont été allaités au sein. Plus de 40 % de ces enfants ont été allaités durant plus de six mois. L'allaitement maternel est plus courant chez les mères plus éduquées, dans



les familles dont le revenu est plus élevé et qui vivent dans les communautés éloignées.

Le tabagisme durant la grossesse

Dans l'ensemble, 36,6 % de nos enfants des Premières Nations ont été exposés jusqu'à un certain point à la fumée de cigarette de leur mère. Le taux des mères qui fument quotidiennement de 1 à 9 cigarettes est de 19,4 %; 14,3 % fument quotidiennement entre 10 et 19 cigarettes; 2,1 % fument 20 cigarettes et plus par jour. Le taux des bébés exposés à la fumée de cigarette durant le troisième trimestre était de 32,2 %. Le taux des ménages exposés à la fumée secondaire était de 48,2 %.

Il n'y avait aucun lien entre le tabagisme de la mère et le statut de fréquentation des pensionnats, le surpeuplement du logement, l'isolement de la communauté ou les communautés ayant conclu des ententes de transfert en matière de santé.

PRATIQUES SAINES EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ

Le graphique suivant présente l'activité sexuelle (nombre de partenaires, utilisation du condom et test de détection du VIH par âge, sexe et/ou état matrimonial).

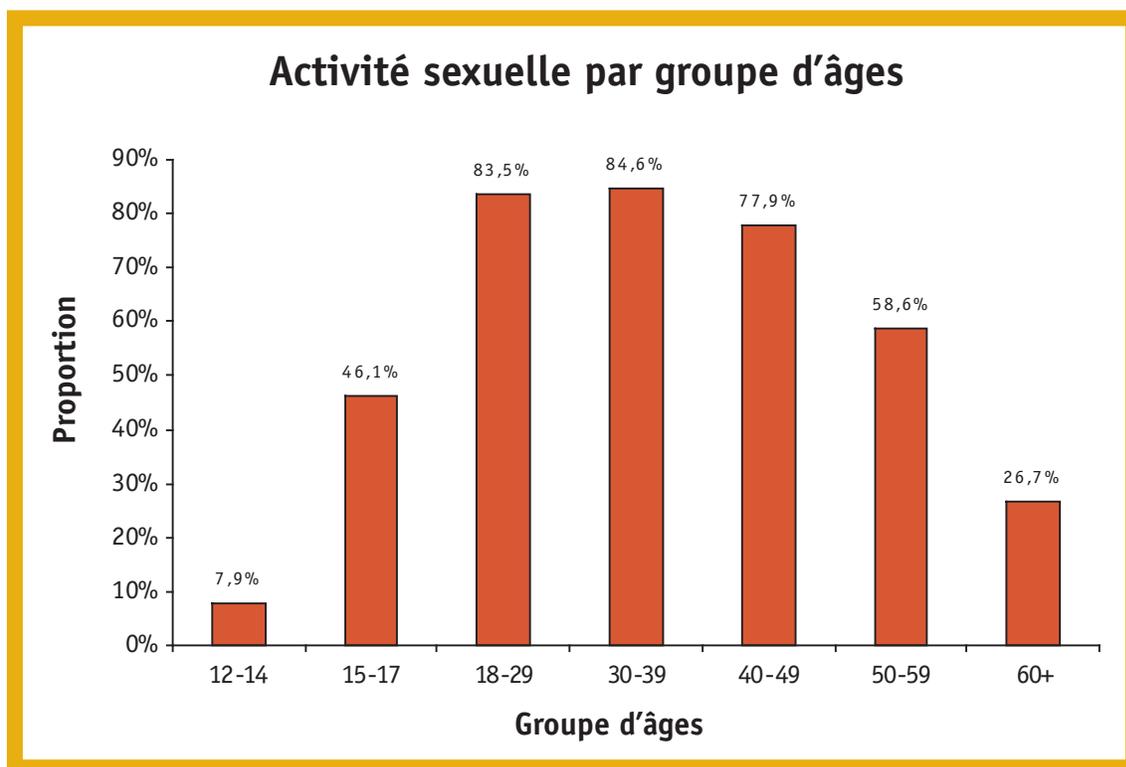


Les membres des Premières Nations sont actifs sexuellement durant toute la durée de leur vie, bien que l'activité sexuelle diminue avec l'âge. Cela donne à entendre que pour arriver à un niveau optimal en matière de pratiques sexuelles saines dans les communautés, il faut fournir de l'information aux personnes de tous les groupes d'âges et de tous les milieux.

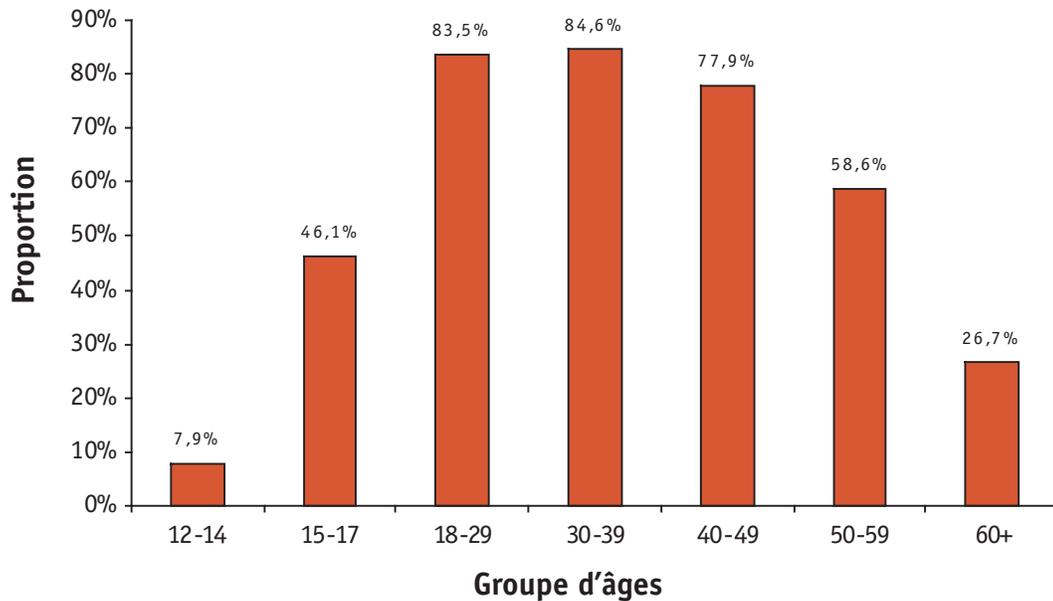
Environ un jeune des Premières Nations sur dix est sexuellement actif. Près du tiers (30,9 %) de nos jeunes a indiqué avoir eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois. Un peu moins de jeunes âgés de 12 à 14 ans sont sexuellement actifs, alors que près de la moitié des jeunes

âgés de 15 à 17 ans sont sexuellement actifs. L'activité sexuelle de nos jeunes augmente avec l'âge et la majorité des personnes sont sexuellement actives à 17 ans. Il n'existe aucune différence entre les sexes en ce qui concerne l'activité sexuelle.

Les hommes adultes des Premières Nations ont rapporté une plus grande activité sexuelle que les femmes. La majorité des hommes sont sexuellement actifs alors que moins de femmes ont indiqué être sexuellement actives. On a posé des questions aux adultes sur leur statut matrimonial et leurs activités sexuelles. On note une diminution de l'activité sexuelle selon les statuts matrimoniaux dans l'ordre



Activité sexuelle par groupe d'âges



suivant : conjoint de fait, marié, célibataire, séparé, divorcé et veuf.

Parmi tous les groupes d'âges, les répondants ont indiqué avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours de la dernière année, le groupe des 18-19 ans étant celui qui a déclaré le plus grand nombre de partenaires sexuels.

Selon le statut matrimonial, les célibataires étaient plus susceptibles d'avoir plus d'un ou deux partenaires sexuels.

Les habitudes en matière de méthodes de contraception

L'utilisation du condom a été grandement recommandée comme moyen de prévention des ITS et du VIH. Malgré tout, dans tous les groupes d'âges, les répondants ont déclaré ne pas toujours utiliser un condom en donnant comme motif principal le fait d'être dans une relation stable. C'est aussi la

principale raison donnée par les répondants de tous les groupes matrimoniaux, y compris les personnes mariées, divorcées, conjointes de fait, veuves, séparées ou célibataires. De nombreux adultes des Premières Nations âgés entre 18 et 29 ans ont indiqué qu'ils n'utilisaient pas toujours un condom parce qu'ils avaient les facultés affaiblies. Toutefois, les personnes plus âgées ont moins tendance à donner cette raison pour ne pas utiliser un condom.

La contraception est divisée en deux catégories principales : un moyen pour éviter la grossesse et un moyen pour se protéger contre les infections transmises sexuellement (ITS). Au moins 81,0 % des jeunes des Premières Nations déclarent utiliser des condoms et 19,2 % déclarent utiliser la pilule anticonceptionnelle, tandis que 10,9 % affirment n'utiliser aucune forme de méthodes de contraception. La majorité des jeunes des Premières Nations



utilisent des méthodes de contraception tant pour éviter une grossesse que pour se protéger contre les ITS. L'utilisation de méthodes de contraception augmente légèrement avec l'âge. L'utilisation de la pilule anticonceptionnelle comme méthode de contraception est surtout le fait des jeunes âgés de 15 à 17 ans. Les deux tiers de nos jeunes des Premières Nations ont indiqué toujours utiliser des condoms pour se protéger contre les ITS. Les hommes sont plus susceptibles d'utiliser des condoms que les femmes.

Lorsque les jeunes des Premières Nations n'utilisent pas de condoms, les trois principaux motifs invoqués sont les facultés affaiblies, un partenaire régulier et ne pas avoir de condoms à ce moment-là.

Selon l'Enquête sur les adultes des Premières Nations, malgré les motifs indiqués pour ne pas utiliser de condoms, les adultes plus jeunes étaient les plus susceptibles de passer des tests de dépistage du VIH, alors qu'on note une diminution dans la fréquence des tests de dépistage du VIH subis à mesure que l'âge augmente. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de passer ces tests.

Les habitudes en matière de grossesse ou de paternité

Moins de 5 % de nos jeunes des Premières Nations ont indiqué n'avoir jamais été enceintes ou n'avoir jamais mis une femme enceinte. Les femmes étaient plus susceptibles de rapporter avoir déjà été

Seize ans est l'âge le plus courant pour devenir père ou mère la première fois.

enceintes que les hommes d'avoir mis une femme enceinte. Le nombre de jeunes qui rapportent une grossesse ou d'avoir mis une femme enceinte augmente avec l'âge, la majorité de ces jeunes étant âgés entre 15 et 17 ans. La grossesse chez les jeunes adolescentes « est souvent accompagnée d'un taux de décrochage scolaire précoce, de taux élevés de chômage, d'un faible niveau d'éducation et d'une dépendance accrue à l'aide sociale⁶⁴ ». La Table ronde autochtone sur la santé sexuelle et génésique (1999) reconnaît que le fait d'être parent à un jeune âge est commun



dans les sociétés traditionnelles des Premières Nations et blâme un « effondrement des valeurs et structures de soutien traditionnelles » pour la mauvaise santé et les problèmes sociaux auxquels

sont souvent confrontés les parents adolescents et leurs familles⁶⁵.

Les facteurs influant sur les activités sexuelles et la santé sexuelle

Le fait qu'on soit un homme ou une femme est vu comme un facteur significatif en ce qui a trait à la santé sexuelle et aux activités sexuelles des jeunes des Premières Nations. Les femmes ont plutôt tendance à indiquer qu'elles utilisent le condom moins souvent que les hommes; les femmes courent donc un risque élevé de subir les complications associées à des activités sexuelles non protégées. On croit aussi que l'alcool et les drogues ont une incidence importante sur les activités sexuelles et la santé sexuelle des jeunes.

RÉSUMÉ DES DONNÉES DE L'ERS :

Lorsque nous examinons notre santé physique, les relations que nous avons établies et les conditions dans lesquelles nous vivons, nous observons aussi les habitudes et les routines que nous avons adoptées. Dans leur ensemble, nos choix de vie définissent nos comportements, qui nous sommes et les choix que nous faisons tous les jours pour vivre notre vie. Dans le présent chapitre, nous nous sommes penché sur les points suivants :

- Lors de l'ERS, un petit peu plus de la moitié des femmes enceintes des Premières Nations fumaient.
- La plupart des adultes des Premières Nations ont cessé de fumer pour avoir une vie plus saine.
- La santé des jeunes des Premières Nations qui fument, boivent ou consomment de la marijuana n'est pas

aussi bonne que celle des jeunes qui s'abstiennent.

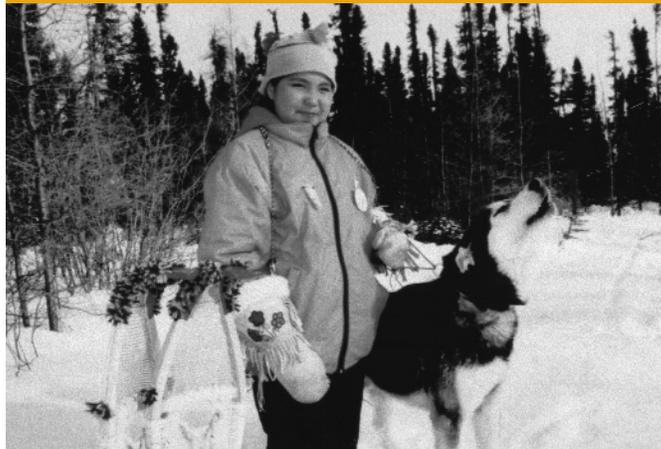
- Les adultes des Premières Nations qui ne fument pas rapportent le niveau d'équilibre le plus élevé dans leur vie.
- Le taux des adultes des Premières Nations qui ne boivent pas est plus élevé que dans la population canadienne en général.
- La plupart des adultes des Premières Nations qui consomment de l'alcool le font de façon modérée.
- La proportion de buveurs excessifs chez les adultes des Premières Nations est plus élevée que dans la population canadienne en général.
- Les répondants des Premières Nations qui ne consomment pas de drogues ont indiqué obtenir plus de soutien social.
- Un régime alimentaire, des activités physiques et le fait de ne pas fumer sont trois facteurs de prévention importants pour réduire les maladies chroniques.
- La marche est l'activité physique la plus populaire chez les adultes, les jeunes et les enfants des Premières Nations.
- La proportion des adultes des Premières Nations dont le régime alimentaire est habituellement nutritif et équilibré augmente avec l'âge, l'éducation et le revenu personnel.
- Les jeunes des Premières Nations satisfaits de leur poids ont tendance à être plus actifs.
- Une proportion importante d'adultes des Premières Nations souffre d'obésité et d'embonpoint.
- Les jeunes et les enfants des Premières Nations représentent le tiers de notre population. Par conséquent, les taux élevés d'embonpoint et d'obésité chez



les enfants signifient des problèmes de santé chroniques graves dans l'avenir.

- Plus de 60 % des bébés des Premières Nations ont été allaités au sein.
- Dans tous les groupes d'âges des Premières Nations, les personnes qui avaient un partenaire régulier croyaient qu'elles étaient en sécurité et n'avaient pas besoin d'utiliser un condom.
- L'âge le plus courant pour être père ou mère la première fois est 16 ans.
- Chez les jeunes des Premières Nations, 81 % ont indiqué utiliser un condom.

CHAPITRE 7 : RETOUR À LA VISION — EXAMINER LE PASSÉ



CHAPITRE 7 : RETOUR À LA VISION — EXAMINER LE PASSÉ

Selon le modèle de santé de l'ERS conçu à l'intention du présent rapport, nous revenons maintenant vers l'est et la Vision. Ayant maintenant refermé le cercle et terminé le résumé de quelques-unes des informations collectées dans le cadre de l'Enquête, la prochaine étape est de jeter un regard vers l'avenir et sur le passé en vue de déterminer les prochaines étapes du processus.

Avant de nous tourner vers l'avenir, ce que nous ferons dans le prochain chapitre, nous devons d'abord examiner le passé... voir d'où nous venons afin de voir dans quelle direction nous allons.

CONTEXTE :

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) était la première enquête nationale au Canada à être effectuée et contrôlée par les Premières Nations elles-mêmes. L'initiative a été prise en 1994 lorsque plusieurs enquêtes longitudinales d'envergures ont été menées auprès de l'ensemble de la population canadienne : l'Enquête nationale sur la santé de la population, l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu. Ensemble, ces trois enquêtes visaient à fournir une mine de renseignements sur la santé, le développement des enfants et la dynamique du marché du travail. Toutefois, les peuples des Premières Nations vivant dans les réserves n'en faisaient pas partie et le nombre de peuples des Premières Nations

vivant à l'extérieur des réserves était généralement trop peu élevé pour en tirer des conclusions fiables. Cela a eu comme effet d'élargir l'écart entre la quantité d'informations destinées à la population canadienne en général et la quantité d'informations destinées aux groupes des Premières Nations.

ERS 1997 (Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuits)

La première vague de l'ERS a été effectuée dans neuf régions du Canada en 1997 et les Premières Nations et les Inuits en faisaient partie. L'approche de cette première vague de l'ERS n'était pas une seule enquête nationale mais plutôt une collection de plusieurs enquêtes régionales conçues pour procurer une certaine quantité de renseignements à l'échelle nationale. L'échantillon final comprenait 14 008 personnes (9 870 adultes et 4 138 enfants). De nombreux rapports sur les conclusions ont été publiés à la suite de cette première vague de collecte de données.

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

L'étape de la conception de la deuxième enquête a commencé en 2000 et il s'agissait d'une enquête spécifique aux Premières Nations. Les instruments et les méthodes ont été affinés au moyen d'un processus inclusif qui a duré plus de deux ans. En se basant sur les leçons tirées de l'expérience de l'ERS 1997, l'ERS 2002-2003 a fait l'objet d'une meilleure harmonisation que la



première enquête grâce à des méthodes d'échantillonnage normalisées et une série plus élaborée de questions « de fond ». Les processus régionaux ont donné l'occasion d'inclure des questions supplémentaires visant à saisir les priorités des communautés. En plus des enquêtes menées auprès des adultes et des enfants lors de la première enquête, il a été convenu qu'une enquête distincte sur les jeunes était nécessaire pour refléter les questions particulières auxquelles doivent faire face les jeunes des Premières Nations. La collecte de données a eu lieu entre août 2002 et novembre 2003 auprès d'adultes, de jeunes

et d'enfants dans des communautés des Premières Nations de partout au Canada. Plus de 22 000 questionnaires d'enquête ont été recueillis.

Les thèmes de l'enquête

Les trois instruments d'enquête nationaux traitent d'un large éventail de mesures relatives à l'état de santé, le mieux-être et les déterminants de la santé. Pour des questions de comparabilité pour tous les groupes d'âges, les mêmes questions ont été utilisées pour les 3 questionnaires lorsque possible. Le tableau suivant donne une vue d'ensemble des sujets abordés :

Les thèmes de l'Enquête sur les adultes (18 ans et plus)

Démographie	28 problèmes de santé — durée, traitement, effets	Tabagisme, alcool, drogues – utilisation, abstinence, traitement
Langues—compréhension, usage	Diabète — type, traitement, effets	VIH/SIDA, MTS et sexualité
Éducation	Blessures physiques	Grossesse, fertilité
Emploi	Soins dentaires	Pratiques de prévention en santé
Revenu et sources	Invalidités, limitations	Bien-être, soutien et santé mentale
Ménage - composition, revenu	Activité physique	Idéation suicidaire et tentatives de suicide
Logement - condition, nombre de personne, moisissure	Aliments et nutrition	Pensionnats - impacts
Qualité de l'eau	Soins à domicile – utilisation, besoin	Bien-être communautaire
Services (téléphone, eau, détecteur de fumée, Internet, etc.)	Services de santé – utilisation, accès, SSNA	Culture, spiritualité, religion
Taille, poids	Médecines traditionnelles, guérisseurs	Développement communautaire

Les thèmes de l'enquête sur les jeunes (12 à 17 ans)

Ménage / composition de la famille	Diabète — type, traitement	Pratiques de prévention en santé
Éducation — niveau, performance, objectifs personnels	19 problèmes de santé - durée, traitement, effets	Bien-être personnel, soutien et santé mentale
Langue — compréhension, usage	Blessures	Idéation suicidaire et tentatives de suicide
Nourriture et alimentation	Soins dentaires	Activités parascolaires
Activités — physiques, sociales	Tabagisme, alcool, drogues	Culture traditionnelle - importance, apprentissage
Taille, poids; satisfaction	Sexualité	Pensionnats (parents, grands-parents)

Les thèmes de l'enquête sur les enfants (0 à 11 ans)

Ménage/composition de la famille	Langue — compréhension, usage, intérêt	Accès aux services de santé – SSNA
Éducation parentale	Nourriture et alimentation	Dentition, caries dentaires causées par le biberon
Éducation — niveau, performance, bon départ	Activités — physiques, sociales, parascolaires	Culture traditionnelle - importance, apprentissage
Taille, poids – à la naissance, aujourd'hui	19 problèmes de santé — durée, traitement, effets	Bien-être affectif et social
Historique de l'allaitement	Blessures	Garde d'enfants
Tabagisme, exposition secondaire à la fumée – fœtale ou chez soi	Invalidités, limitations	Pensionnats (parents, grands-parents)

Le processus de collecte de données :

Dans la plupart des cas, les enquêtes ont été effectuées sur des ordinateurs portatifs au domicile du répondant. Une trousse « d'interview sur place assisté par ordinateur (IPAO) » a été élaborée pour les ordinateurs portatifs et chaque région a embauché des travailleurs sur place pour administrer les enquêtes. Les adultes ont été interviewés directement; les enfants des Premières Nations ont été interviewés par des personnes interposées qui les connaissaient bien, plus souvent la mère et à l'occasion, le père; les jeunes des Premières Nations ont rempli l'ERS eux-mêmes dans la plupart des cas.

La décision de laisser les jeunes gérer eux-mêmes leurs questionnaires visait à réduire

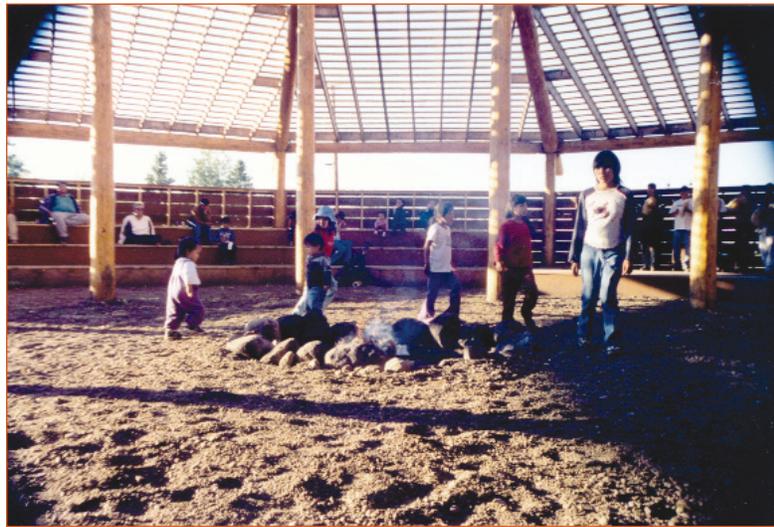
le taux de questions non répondues et à augmenter les réponses véridiques, surtout aux questions concernant des sujets délicats ou privés, comme la sexualité ou la consommation de drogues. Le travailleur sur place restait dans la pièce mais se plaçait de façon à ne pas voir l'écran. Il pouvait toutefois offrir son aide au besoin.

Après 15 mois de collecte de données et leur traitement, un total de 22 602 enquêtes effectuées dans 238 communautés sont disponibles à des fins d'analyse. Le Rapport sur le processus et les méthodes de l'ERS 2002-2003 donne des renseignements détaillés sur la conception de l'échantillonnage. On peut le consulter à : http://www.naho.ca/firstnations/english/regional_health.php

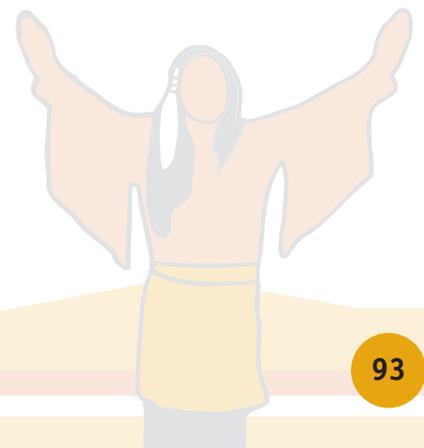
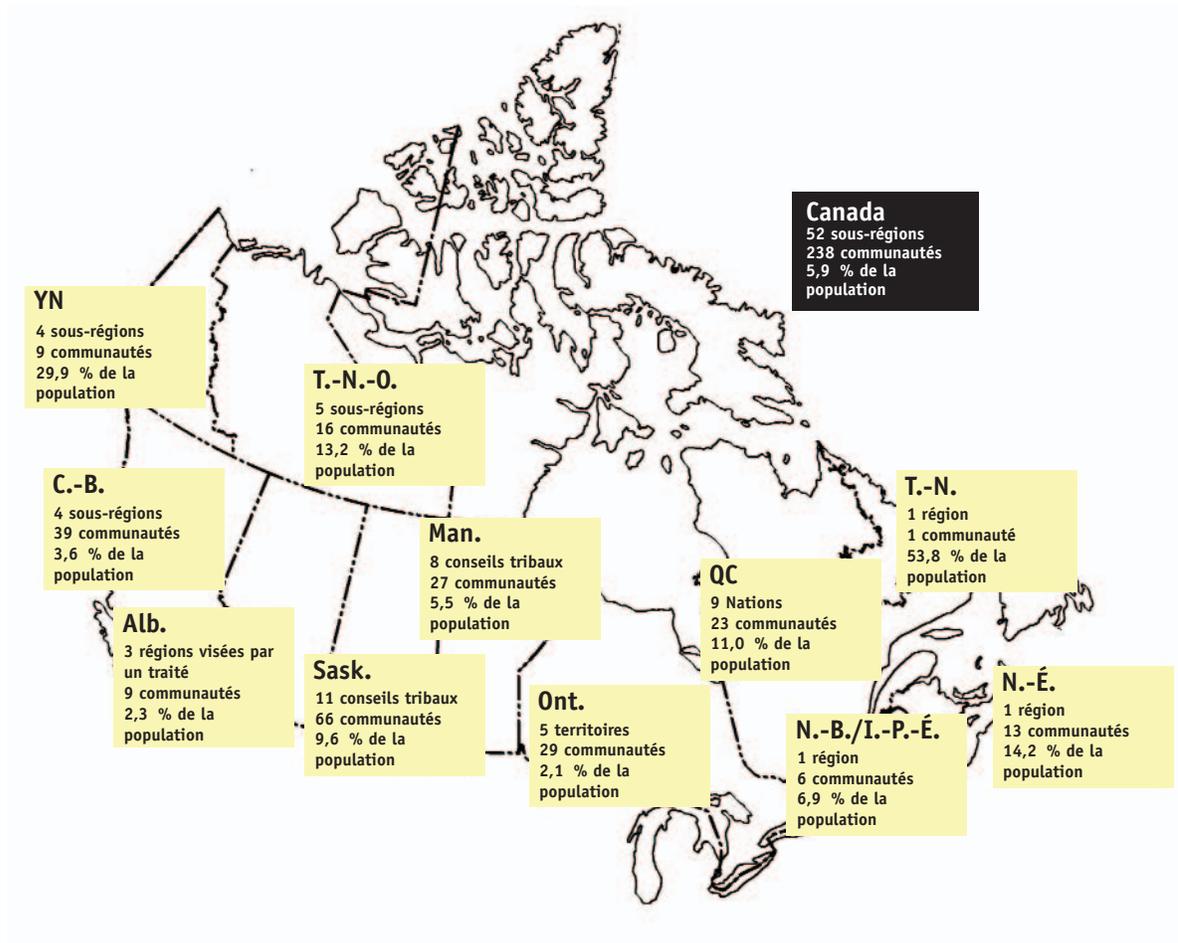


La couverture de l'Enquête :

À l'exception des Cris de la Baie James du Nord québécois et des Innus du Labrador, toutes les sous-régions des Premières Nations étaient représentées. Dans l'ensemble, l'échantillon national représente 5,9 % des membres des Premières Nations qui habitent dans des communautés des Premières Nations (des réserves pour la plupart) au Canada. Comme il est indiqué à la Figure 3, les taux de champ d'observation s'échelonnent entre 2,1 % en Ontario et 53,8 % à Terre-Neuve.



VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉCHANTILLON FINAL, PAR RÉGION





Le Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) — un comité permanent du Comité des chefs sur la santé à l'échelle nationale – a le mandat de superviser l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS). Le CGIPN fournit des directives et des conseils pour l'ensemble du processus de l'ERS. Les partenaires de l'enquête suivants sont représentés au CGIPN.

Les partenaires de l'Enquête 2002-2003 sont :

National

Assemblée des Premières Nations

Centre des Premières Nations de l'Organisation nationale de la santé autochtone

Régional

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

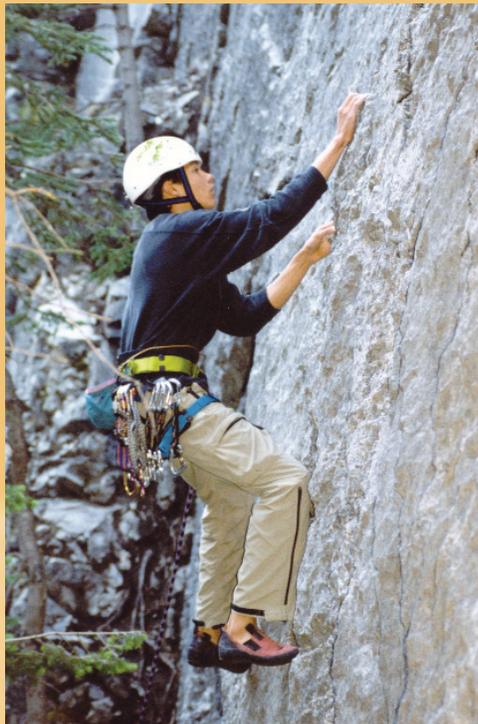
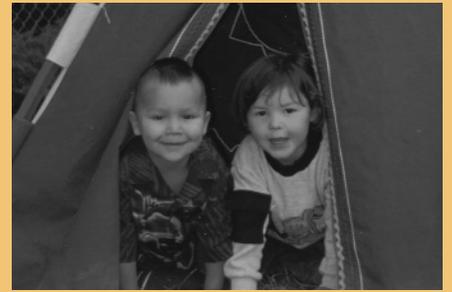
First Nations Adult and Higher Education Consortium

Comité sur la santé des Chefs des Premières Nations (C.-B.)

Bureau national déné

Conseil des Premières Nations du Yukon

CHAPITRE 8 :
RETOUR À LA
VISION — SE
TOURNER VERS
L'AVENIR



CHAPITRE 8 : RETOUR À LA VISION — SE TOURNER VERS L'AVENIR

Comme nous revenons vers l'est et la Vision et ayant analysé les activités passées, nous nous tournons désormais vers l'avenir pour déterminer quelles seront les prochaines étapes à franchir dans le processus de l'ERS.

En tant que processus de recherche, l'ERS est conçue comme un projet de recherche longitudinal. Cela signifie que la même enquête ou une enquête semblable sera effectuée un certain nombre de fois. L'objectif de ce type de recherche est de mesurer les changements qui surviennent avec le temps. On y parvient en établissant des données de base au cours de la première enquête. Tous les changements qui surviennent par la suite seront documentés dans les enquêtes suivantes; ensuite,

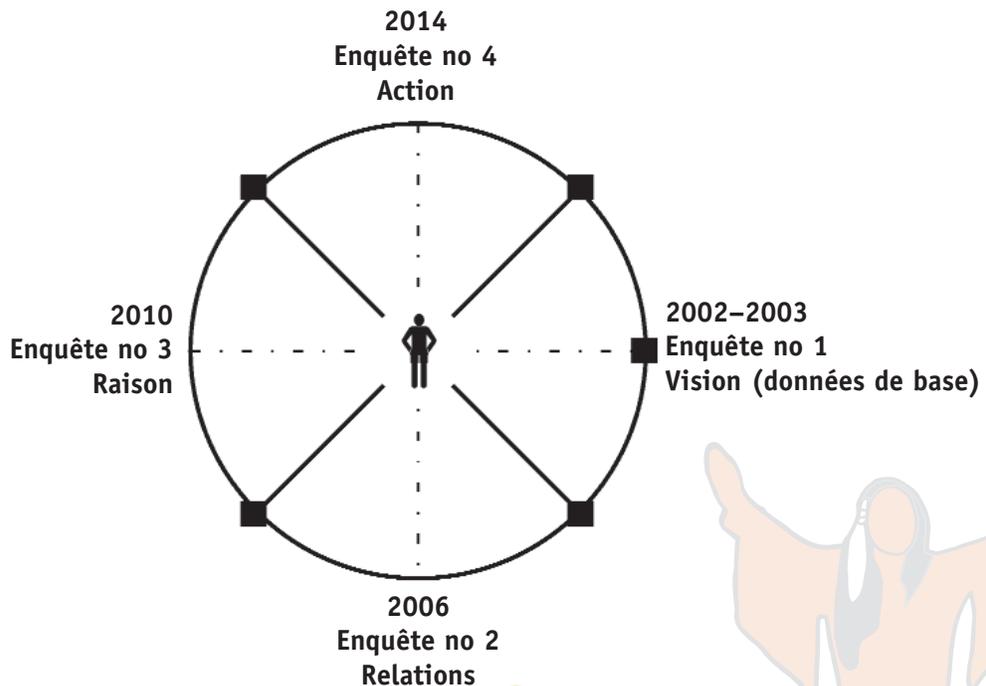
l'étendue des changements sera mesurée en comparant les résultats obtenus avec les données de base établies lors de la première enquête.

Dans le cas de l'ERS, l'enquête sera effectuée quatre fois sur une période de 12 ans, comme suit :

Enquête n° 1	2002-2003	VISION (données de base)
Enquête n° 2	2006	RELATIONS
Enquête n° 3	2010	RAISON
Enquête n° 4	2014	COMPOTEMENTS/ ACTIONS

Le diagramme suivant illustre aussi ces points.

Nature holistique de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé (ERS)





Les résultats de la première enquête, menée en 2002–2003, font l’objet d’un résumé dans le présent rapport et le Rapport technique offre de plus amples renseignements les concernant. Ces résultats constituent les données de base permettant de mesurer l’étendue des changements qui surviendront dans l’état de santé des peuples des Premières Nations au cours de la prochaine période de 12 ans.

La prochaine étape du présent processus de recherche est de revoir notre vision à la lumière des données recueillies et des leçons apprises, de prêter une oreille attentive aux communautés et de commencer à améliorer le processus en vue de la prochaine vague de collecte des données qui doit débuter en 2006.

À chaque vague de collecte des données, nous répêtons le processus de récapitulation de l’information au moyen du cadre d’interprétation élaboré dans le présent rapport. À l’image des principes que renferme le cadre d’interprétation, nous avons concentré nos énergies sur le quadrant de l’est... sur le développement de

notre vision. Nous avons alors commencé à concevoir une méthode fondée sur la culture pour comprendre la santé des peuples des Premières Nations. Au cours de la prochaine vague de collecte de données, nous espérons nous tourner vers le quadrant du sud et prendre davantage de temps pour comprendre la relation qui existe entre les différentes séries de données recueillies et parmi ces mêmes séries. Au moment de la troisième vague, nous espérons mieux saisir les raisons et les justifications qui sous-tendent les différentes relations qui existent entre les données. Finalement, pour la quatrième vague, notre intention se divise en deux volets : premièrement, dans le quadrant du nord, nous espérons parvenir à mieux évaluer les raisons et les justifications concernant diverses actions en matière de santé; deuxièmement, puisqu’il s’agit de la dernière vague, nous espérons posséder une meilleure compréhension holistique des changements qui sont survenus avec le temps et connaître de quelle façon ces changements interagissent et influencent l’équilibre global de la santé et du mieux-être des peuples des Premières Nations.

Annex A

Communautés participantes

Le communautés de Premières Nations suivantes ont participé à l'Enquête régionale longitudinale sur la santé (ERS) 2002-2003.

Alberta

Alexander First Nation
Driftpile First Nation
Kainai
Kapawé'no First Nation
Nakoda Bearspaw
Piikani First Nation
Siksika Nation
Sucker Creek First Nation
Swan River First Nation

Colombie-Britannique

Adams Lake Indian Band
Cambell River (We Wai Kum First Nation)
Canim Lake Indian Band
Columbia Lake Indian Band
Cowichan Tribes
Ehattesaht First Nation
Fort Nelson First Nation
Gitlakdamix Village Government (New Aiyansh)
Glen Vowell Indian Band
Gwa'sala-Nakwaxda'xw Nation
Heiltsuk Nation
Katzie First Nation
Kwadacha Band
Laxgalts'ap Village Government
Leq'a':mel First Nation
Malahat First Nation
Metlakatla Band
Mount Currie Band Council
Musqueam Indian Band
Nadleh Whuten Band (Nadleh Whuden)
Nanoose First Nation
Nee-Tahi-Buhn Band
N'Quat'qua Band

Okanagan Indian Band
Osoyoos Indian Band
Scowlitz First Nation
Seabird Island Band
Sechelt Indian Band
Skway First Nation
Sliammon
Soowahlie First Nation
Stone Indian Band (Yunesit'in)
Takla Lake First Nation
Tl'azt'en Nation (Tslasden)
Tsartlip First Nation
Tseshaht First Nation
Tzeachten First Nation
Westbank First Nation
Williams Lake Indian Band (Sugar Cane)

Manitoba*

Barren Lands
Bloodvein
Borkenhead Ojibway First Nations
Canupawakpa Dakota First Nation
Ebb and Flow
Fairford
Fisher River
Fort Alexander
Garden Hill First Nation
Grand Rapids First Nation
Hollow Water
Kinojeoshtegon First Nation
Little Black River
Long Plain
Mathias Colomb
Norway House First Nation
Opaskwayak Cree Nation
Pine Creek





Rolling River
 Roseau River
 Sayisi Dene First Nation
 Sioux Valley Dakota Nation
 Split Lake Cree, First Nation
 St. Theresa Point
 Waywayseecappo
 Wuskwi Sipihk First Nation
 York Factory First Nation

Nouveau Brunswick*

Big Cove
 Eel Ground
 Kingsclear
 Madawaska Maliseet First Nation
 Saint Mary's
 Woodstock

Territoires-du-Nord-Ouest*

Dechi Laot'I First Nations
 Deh Gah Gotie Dene Council
 Deninu K'ue First Nation
 Dog Rib Rae
 Fort Good Hope
 Gwitchia Gwich'in
 Hay River Dene
 Jean Marie River First Nation
 Liidii Kue First Nation
 Lutsel K'e Dene
 Pehdzeh Ki First Nation
 Tetlit Gwich'in
 Tulita Dene
 Wha Ti First Nation
 Yellowknives Fene First Nation

Nouvelle-Écosse/Terre-Neuve

Acadia
 Afton (Paq'tnkek)
 Annapolis Valley

Bear River
 Chapel Island First Nation (Potlotek)
 Eskasoni
 Horton
 Membertou
 Miawpukek
 Millbrook
 Pictou Landing
 Shubenacadie
 Wagmatcook
 Waycocomagh (We'koqma'q)

Ontario

Aundeck Omni Kaning First Nation
 Bkejwanong Territory (Walpole Island)
 Chippewas of Kettle and Stony Point
 Chippewas of Mnjikaning First Nation
 Chippewas of the Thames First Nations
 Couchiching First Nation
 Delaware First Nation (Moravian of the Thames)
 Eabametoong First Nation
 Eagle Lake
 Ginoogaming First Nation
 Grassy Narrows First Nations
 Kee-Way-Win
 Lac Seul
 Mohawks of the Bay of Quinte
 Naotkamegwanning Anishinabe First Nation
 Ojibways of Batchewana
 Ojibways of Pic River First Nation
 Oneida Nation of the Thames
 Sachigo Lake
 Sagamok Anishnawbek
 Sandy Lake
 Saugeen
 Temagami First Nation
 Upper Mohawk: Six Nations (plus other 12 bands)
 Wabigoon First Nation

Wahta Mohawks
Wasauksing First Nation
Whitefish Lake First Nation
Whitefish River

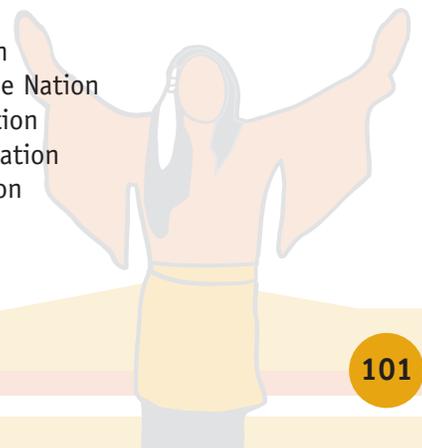
Québec

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

Ahtahkakoop First Nation
Beardy's and Okemasis First Nation
Big River First Nation
Birch Narrows First Nation
Black Lake First Nation
Buffalo River Dene Nation
Canoe Lake First Nation
Carry The Kettle First Nation
Clearwater River Dene First Nation
Cote First Nation 366
Cowessess First Nation
Cumberland House Cree Nation
Day Star First Nation
English River First Nation

Fishing Lake First Nation
Flying Dust First Nation
Fond du Lac First Nation
Gordon First Nation
Hatchet Lake First Nation
Island Lake First Nation
James Smith First Nation
Kahkewistahaw First Nation
Kawacatoose First Nation
Keeseekoose First Nation
Key First Nation
La La Ronge First Nation
Little Black Bear First Nation
Little Pine First Nation
Makwa Sahgaiehcán First Nation
Mistiwasis First Nation
Montreal Lake First Nation
Moosomin First Nation
Mosquito-Grizzly Bear's Head First Nation
Muscowpetung First Nation
Muskeg Lake First Nation
Muskoday First Nation
Muskowekwan First Nation
Nekaneet First Nation
Ocean Man First Nation
Ochapowace First Nation
Okanese First Nation
One Arrow First Nation
Onion Lake First Nation
Pasqua First Nation #79
Peeppeekisis First Nation
Pelican Lake First Nation
Peter Ballantyne Cree Nation
Pheasant Rump Nakota First Nation
Piapot First Nation
Poundmaker First Nation
Red Earth First Nation
Red Pheasant First Nation
Sakimay First Nation
Saulteaux First Nation
Shoal Lake of The Cree Nation
Star Blanket First Nation
Sturgeon Lake First Nation
Sweetgrass First Nation





Thunderchild First Nation
Wahpeton Dakota Nation
Waterhen Lake First Nation
Whitebear First Nation
Whitecap Dakota/Sioux First Nation
Witchekan Lake First Nation
Wood Mountain First Nation
Yellow Quill First Nation

Yukon

Kluane First Nation
Kwanlin Dun First Nation
Little Salmon Carmacks First Nation

Ross River Dena Council
Selkirk First Nation
Teslin Tlingit Council
Tr'ondëk Hwëch'in
Vuntut Gwitchin First Nation

**pour le nom des communautés, nous nous sommes servis du Registre des Indiens 2002 tenu par le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada; il se peut que ces noms et ces épellations ne soient pas ceux que les communautés préfèrent.*

NOTES DE FIN DE DOCUMENT

- 1 Les termes « Membre » et « Peuples », utilisés dans le présent rapport sont une reconnaissance de la façon dont nous nous désignons dans nos langues respectives. Dans un très grand nombre de langues des Premières Nations, le terme ou les termes utilisés pour nous décrire font souvent référence au fait que nous sommes les « Membres » ou les « Premiers peuples » ou les « Peuples d'origine » d'une région géographique spécifique.
- 2 Par exemple, nous avons intentionnellement tenté d'éviter tout langage technique ou scientifique qui ne servirait qu'à obscurcir le message que nous destinons à un public plus large. Pour les lecteurs qui recherchent un langage ou une application plus techniques, ils peuvent avoir accès à ce type de données à partir des sommaires et rapports techniques ou à partir de la base de données.
- 3 Pour obtenir une liste des auteurs qui ont contribué au rapport, consultez le Rapport technique (Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003 : Résultats pour les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans des communautés des Premières Nations).
- 4 Il est ici question de tous les niveaux du monde naturel, pas seulement des niveaux les plus visibles à l'homme. Par exemple, bien qu'un cristal puisse avoir des arêtes bien droites, au niveau moléculaire, les éléments constitutifs ou élémentaires du cristal sont ronds ou se déplacent en cercles.
- 5 Une largeur du spectre et une profondeur de la complexité extraordinaires inhérentes aux nombreux enseignements des Premières Nations peuvent être utilisées et appliquées en vue d'illustrer ces concepts. Dans cette représentation fondée sur l'expérience des auteurs, le modèle a été limité à 7 niveaux et est conçu spécifiquement pour un contexte de santé. Il existe un nombre infini de variations de modèles possibles, en fonction des connaissances autochtones de chacun des peuples des Premières Nations. En tant que tel, le but de ce modèle n'est pas d'être d'aucune façon « universel » à toutes les Premières Nations, c'est-à-dire qu'il n'est pas conçu pour représenter toutes les connaissances et tous les enseignements des Premières Nations. Le modèle a été conçu à la seule fin d'illustrer les points communs les plus généralisés des visions de la santé des Premières Nations. Le modèle est donc conçu pour servir d'outil en vue d'aider à illustrer les concepts sous-jacents. La conception de ce modèle généralisé est fonction de son utilisation par les Premières et autres groupes et, dans le cours de cette utilisation, qu'il soit modifié en vue de répondre aux besoins particuliers, aux circonstances et exigences en matière de connaissances de chaque Première Nation.
- 6 De plusieurs manières, le modèle de l'ERS est tout à fait innovateur. Étant donné l'espace très restreint disponible dans le rapport pour l'élaboration et l'explication du modèle, il est nécessaire de s'attarder à quelques points importants en regard du modèle.
Le modèle de l'ERS a été élaboré à partir des enseignements des Premières Nations. À ce sujet, trois points importants doivent être soulevés. Le premier concerne la propriété. Le modèle appartient à toutes les Premières Nations parce qu'il est fondé sur les enseignements des Premières Nations. Le modèle est destiné à être utilisé et, au cours de cette utilisation, à être modifié en vue de répondre aux besoins de

chacune des Premières Nations et de leurs membres. Le second point concerne la façon dont les enseignements sont représentés dans ce modèle. Nommé d'après le modèle de « Variation de Dockstator », il fait référence au fait que l'auteur de ce rapport est responsable des enseignements reçus et utilisés dans la dérivation de ce modèle. Il y a un élément d'interprétation et de manipulation des enseignements oraux et fondés sur les cérémonies inhérentes à la conception d'un tel modèle et à sa présentation dans un format écrit ou de rapport. Comme il existe de nombreuses façons d'interpréter et de présenter ces enseignements, ajouté au fait que le modèle est destiné à être modifié, la désignation de « Variation » permet de retracer les enseignements fondamentaux du modèle par l'intermédiaire de l'auteur ou concepteur du modèle. Compte tenu que d'autres personnes utilisent et modifient le modèle, ces personnes devraient elles aussi mentionner leur nom afin d'indiquer la variation/interprétation qu'elles ont faite des enseignements du modèle. Le troisième point concerne l'accréditation. Une longue liste de personnes, anciens, personnes traditionnelles et autres, qui ont partagé avec l'auteur ces enseignements qui forment le fondement de ce modèle. D'un point de vue traditionnel, ces enseignants affirment qu'ils ne sont pas « propriétaires » du savoir, mais qu'ils sont plutôt responsables de sa transmission. C'est à ce groupe de personnes et d'enseignants que devrait être attribué le crédit de la dérivation de ce modèle. Toutefois, ces personnes ne souhaitent pas être classées comme « propriétaires » du savoir ni être reconnues comme telles dans les notes de bas de page. Ainsi, il revient à l'auteur d'accréditer ces personnes, si requis et sur demande. En conséquence, la « Variation de Dockstator » fait aussi référence à la responsabilité assumée par l'auteur de retracer les enseignements utilisés dans ce modèle et les personnes et enseignants qui ont contribué à ces enseignements. S'il en reçoit la demande, l'auteur peut, avec l'autorisation des personnes concernées, retracer les enseignements utilisés et les personnes impliquées dans la transmission de ces enseignements.

- 7 Bien qu'il soit conçu spécifiquement pour satisfaire aux exigences d'une vision de la santé des Premières Nations, le modèle est d'une conception assez générale pour permettre d'autres modifications en vue d'expliquer l'approche des Premières Nations concernant d'autres sujets.
- 8 Le choix des mots est difficile au moment de transposer un contexte oral en document écrit, d'intégrer les différentes traditions des Premières Nations et d'utiliser la langue française pour exprimer les concepts des Premières Nations dans un espace restreint. En conséquence, il y a plusieurs autres façons correctes d'exprimer les mêmes concepts.
- 9 On réfère à ces indicateurs de la santé par le terme « essence » parce qu'ils existent au centre de chaque niveau de compréhension... au centre de chaque cercle. Il y a d'autres indicateurs de la santé qui entourent et interagissent avec chacune de ces valeurs fondamentales.
- 10 Dans ce contexte spécifique en particulier, le terme « occidental » est utilisé comme référence générale aux institutions et structures de la société canadienne.
- 11 Pour une liste complète de ces questions veuillez aller à l'adresse http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_health.php
- 12 Nous utilisons le modèle du CPN de l'ONSA pour organiser l'information — plusieurs autres approches des Premières Nations peuvent être utilisées pour illustrer l'information de façon différente.



- 13 Il y en a 28 en tout dans l'enquête — pour une liste complète, veuillez aller à l'adresse http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_health.php
- 14 « Arthritis », extrait le 29 septembre 2005 à partir de l'adresse <http://www.medicinenet.com/arthritis/article.htm>
- 15 « Rheumatoid Arthritis », extrait le 2 octobre 2005 à partir de l'adresse http://www.medicinenet.com/rheumatoid_arthritis/article.htm
- 16 « High Blood Pressure », extrait le 29 septembre 2005 à partir de l'adresse http://www.medicinenet.com/high_blood_pressure/article.htm
- 17 « Asthma », extrait le 29 septembre 2005 à partir de l'adresse <http://www.medicinenet.com/asthma/article.htm>
- 18 « Definition of Heart Disease », extrait le 29 septembre 2005 à partir de l'adresse <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=31193>
- 19 « Risk Factors and Coronary Heart Disease », extrait le 29 septembre 2005 à partir de l'adresse <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4726>
- 20 « Otitis Media », extrait le 5 octobre 2005 à partir de l'adresse http://www.medicinenet.com/otitis_media/article.htm
- 21 YOUNG, T.Kue, et autres. « Type 2 diabetes mellitus in Canada's first nations: status of an epidemic in progress ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 5 septembre 2000, vol. 163, no. 5, p.561-566. Young et al., 2000
- 22 GRUNDY, S.M., et autres. « Primary Prevention of Coronary Heart Disease: Guidance from Framingham. A Statement for Healthcare Professionals from the AHA Task Force on Risk Reduction. » *Circulation*, 1998, vol. 97, p. 1876-1887.
- 23 YOUNG, et autres. 2000.
- 24 Santé Canada. *Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les Autochtones du Canada : 1990-1999*, Ottawa, 1999.
- 25 Organisation mondiale de la santé. *Intimate Partner Violence (2002)*. Consulté le 23 août à l'adresse www.who.int/violence_prevention/violence/world_report/factsheets/en/ipvfacts.pdf
- 26 Organisation mondiale de la santé. *Facts About Injuries: Preventing Global Injuries*, OMS, département Prévention de la violence et des traumatismes, 2001. Disponible à www.who.int/violence_injury_prevention/publications/factsheets/en/index.html
- 27 WILKINS, Kathryn et Evelyn PARK. « Injuries », *Health Reports*, vol. 15, no. 3, mai 2004, p. 43-48.
- 28 Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances relatives au personnel de la santé au Canada, 1993 à 2002*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004. Disponible à l'adresse : http://secure.cih.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_21_E
- 29 YOUNG, T. Kue, John D. O'NEIL et Brenda ELIAS. « Chapitre 3 : Les maladies chroniques », *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits*, Ottawa, Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits (1999), p. 55-86. Disponible à l'adresse : http://www.naho.ca/firstnations/english/pdf/key_docs_4.pdf
- 30 Santé Canada. *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*, Ottawa, DGSPNI, 2003. Disponible à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/sppa/hia/publications/statistical_profile.htm
- 31 PERHEENTUPA U., et autres. « Increased lifetime prevalence of dental trauma is associated with previous non-dental injuries, mental distress and high alcohol consumption », *Dental Traumatology*, Vol. 17, no. 1, fév. 2001, p. 10-16.
- 32 LAWRENCE, Herenia P., et al. « Effects of a Community-based Prenatal Nutrition Program on the Oral Health of Aboriginal Preschool Children in Northern Ontario », *Probe*, vol. 38, no. 4, juillet-août 2004, p. 172-182, 184-186, 188, 190. Disponible à l'adresse : <http://www.caphd-acsd.org/Aboriginal%20Preschool.pdf>
- 33 Le terme « médicament en vente libre » exclut le tabac à mâcher.
- 34 LLEWELYN, Jennifer J., « Dealing with the Legacy of Native Residential School Abuse in Canada: Litigation, ADR, and Restorative Justice », *University of Toronto Law Journal* 52, 2002.
- 35 Rapport du Groupe de travail sur les langues et les cultures autochtones, 2004 www.taskforceaboriginallanguages.ca
- 36 STOUT, Madeline Dion et Gregory KIPLING, *Aboriginal People, Resilience, and the Residential School Legacy: The Aboriginal Healing Foundation Research Series*, Ottawa, Ontario, The Aboriginal Healing Foundation, 2003.
- 37 John MILLOY (2002)
- 38 Rapport du Groupe de travail sur les langues et les cultures autochtones.
- 39 Dans ce contexte, « éducation » fait référence à la formation en milieu scolaire.
- 40 DURAN, Eduardo et Bonnie DURAN. *Native American Postcolonial Psychology*, State University of New York Press, 1995.
- 41 Statistique Canada. *Certaines caractéristiques des logements et équipement ménager*, document consulté le 4 novembre à l'adresse <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/famil09a.htm>
- 42 Statistique Canada. *Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 2.1, fichier de microdonnées à grande diffusion*. 2003. Ottawa, Statistique Canada.
- 43 Affaires indiennes et du Nord Canada. *Enquête sur les infrastructures de l'eau potable et des eaux usées*, 2004.
- 44 Statistique Canada, 1993
- 45 BC Provincial Health Officer, 2001
- 46 Statistique Canada, 1993; gouvernement du Yukon, 1991.
- 47 Ibid.
- 48 Ibid.
- 49 ROBIN, LONG, RASMUSEEN, ALBAUGH, & GOLDMAN, 1998; CURRY et coll, 2000.
- 50 ADLAF, E.M., P. BEGIN et E. SAWKA. (Eds.) 2005. *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : rapport détaillé*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

- 51 PCP/Angel Dust, acide/LSD/amphétamines, ecstasy, substances inhalées, cocaïne/crack/freebase, héroïne
- 52 ADLAF, E.M., P. BEGIN et E. SAWKA. (Eds), 2005.
- 53 PARKS, et coll, 2001; GIL, EAGLE et DEITRICH, 1997
- 54 US 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).
- 55 US 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).
- 56 Katzmarzyk, P.T. « L'épidémie d'obésité au Canada : 1995-1998 », Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 166, no. 8, 2002, p. 1039-1040.
- 57 US 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).
- 58 YOUNG, T.K., H.H. DEAN, B. FLETT, et P. WOOD-STEIMAN. « Childhood obesity in a population at high risk for type 2 diabetes » (Obésité infantile dans une population à risque élevé de diabète de type 2), Journal of Pediatrics, 2000, p. 365-369.
- 59 RAINE, K.D. Le surpoids et l'obésité au Canada : une perspective de la santé de la population. Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, Canada, 2004.
- 60 Organisation mondiale de la santé. Stratégie globale sur la diète, l'activité physique et la santé. Disponible en ligne à : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfsgeneral.pdf>, (consulté en mars 2005).
- 61 Organisation mondiale de la santé. Stratégie globale sur la diète, l'activité physique et la santé. Disponible en ligne à : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfsgeneral.pdf>, (consulté en mars 2005).
- 62 Statistique Canada. Peuples autochtones du Canada : un profil démographique. Disponible en ligne à : <http://www12.statcan.ca/english/census01/Products/Analytic/companion/abor/pdf/96F0030XIE2001007.pdf> (consulté le 14 avril 2005).
- 63 MUST, A. et R.S. STRAUSS, R.S. « Risks and consequences of childhood and youth obesity » (Risques et conséquences de l'obésité chez les enfants et les jeunes), International Journal of Obesity, 23 (Suppl.2), 1999, p. S2-S11.
- 64 Table ronde autochtone sur la santé sexuelle et génésique, 1999, p. 72.
- 65 Ibid., p. 3.



Enquête Régionale Longitudinale sur la
Santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003



*Notre Voix
Notre Enquête
Notre Avenir*



Préparé pour le compte du Comité de Gouvernance de L'information
des Premières Nations par le Centre des Premières Nations
de l'Organisation Nationale de la Santé Autochtone

