

**L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA
SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS
(ERS) 2008/10**



**Rapport national sur les adultes, les
adolescents et les enfants qui vivent
dans les communautés des Premières
Nations**



FNIGC | CGIPN

First Nations Information Governance Centre
Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations



PCAP est une marque de commerce du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations utilisée sous licence ou avec autorisation.

Référence recommandée:

Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) (2012). Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 : Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations. Ottawa : CGIPN.

Référence recommandée dans le texte:

CGIPN, 2012.

©The First Nations Information Governance Centre/ Le Centre de la Gouvernance de L'information des Premières Nations 2012

Pour plus d'information ou pour obtenir des copies additionnelles, veuillez communiquer avec :
Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
170, ave Laurier Ouest, bureau 904
Ottawa, Ontario K1P 5V5
Tél.: (613) 733-1916
Télécopieur: (613) 231-7072
Ligne sans frais: (866) 997-6248

www.fnigc.ca

Ce rapport est disponible en format électronique en anglais et en français à: www.fnigc.ca

©The First Nations Information Governance Centre/ Le Centre de la Gouvernance de L'information des Premières Nations
ISBN: 978-0-9879882-3-2

Table des matières

Remerciements	III
Histoire et contexte de l'ERS	1
Cadre culturel de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS)	3
Sommaire du processus et de la méthodologie	12
Santé et bien-être des adultes des Premières Nations	19
Chapitre 1 : Données démographiques et migration	21
Chapitre 2 : Emploi et revenu	30
Chapitre 3 : Éducation et langue	38
Chapitre 4 : Logement et conditions de vie	49
Chapitre 5 : Accès aux soins de santé	62
Chapitre 6 : Activité physique et nutrition	70
Chapitre 7 : Nutrition et sécurité alimentaire	80
Chapitre 8 : Tabagisme, mésusage de substances et jeux de hasard	93
Chapitre 9 : Santé sexuelle	104
Chapitre 10 : Maladies chroniques	113
Chapitre 11 : Diabète	121
Chapitre 12 : État de santé et qualité de vie	134
Chapitre 13 : Santé buccodentaire	146
Chapitre 14 : Blessures et invalidités	161
Chapitre 15 : Soins préventifs	176
Chapitre 16 : Bien-être communautaire	188
Chapitre 17 : Bien-être personnel et sécurité	196
Chapitre 18 : Culture traditionnelle	212
Santé et bien-être des adolescents des Premières Nations	221
Chapitre 19 : Ménage et cadre de vie	223
Chapitre 20 : Éducation et langue	230
Chapitre 21 : Activité physique et nutrition	238
Chapitre 22 : Usage et mésusage de substances	251
Chapitre 23 : Santé sexuelle	260
Chapitre 24 : Maladies chroniques et état de santé	272

Chapitre 25 : Santé buccodentaire	282
Chapitre 26 : Blessures	297
Chapitre 27 : Utilisation des services de santé et soins préventifs	304
Chapitre 28 : Bien-être communautaire	313
Chapitre 29 : Bien-être personnel et activités parascolaires	322

Santé et bien-être des enfants des Premières Nations.. .. . 339

Chapitre 30 : Ménage et cadre de vie.. .. .	341
Chapitre 31 : Éducation et langue.	348
Chapitre 32 : Activité physique et nutrition.	358
Chapitre 33 : Maladies chroniques et état de santé.. .. .	369
Chapitre 34 : Utilisation des soins dentaires, carie du biberon et besoins en traitements	378
Chapitre 35 : Blessures	394
Chapitre 36 : Santé prénatale	403
Chapitre 37 : Troubles affectifs et comportementaux.	418

Annexes

Annexe A : Remerciements.. .. .	425
Annexe B : Contributions au rapport.. .. .	427
Annexe C : Communautés participantes	429

Remerciements

Nous sommes heureux de publier le Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations de la Phase 2 de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (2008-10). Une fois de plus, les Premières Nations ont soutenu un programme de recherche dirigé par les « Premières Nations » et il en a résulté un Rapport nation de 37 chapitres ainsi que dix rapports régionaux. Une des plus grandes réalisations du processus de l'ERS est sa capacité de suivre les changements dans la population des Premières Nations sur une longue période de temps. Chaque fois que nous entreprenons une nouvelle phase de l'ERS, nous sommes en mesure de voir comme nous allons en tant que Premières Nations. Nos vies s'améliorent-elles? Est-ce que les choses stagnent? S'améliorent? Se dégradent?

Les principes de Propriété, Contrôle, Accès et Possession (PCAP) des Premières Nations ont changé le monde de la recherche au Canada en ce qui a trait à la façon de réaliser des enquêtes dans les réserves et les collectivités nordiques des Premières Nations. Le processus de l'ERS a joué un rôle d'avant garde dans la mise en œuvre de l'autodétermination des Premières Nations dans le domaine de la recherche et les principes de PCAP ont pavé la voie pour permettre aux Premières Nations d'exercer leur compétence sur leurs données. Il n'y a, en fait, pas d'autre façon d'aller de l'avant dans le domaine de la recherche et de la gestion de l'information.

L'ERS a passé par une période de transition importante au cours des dernières années pour finalement être hébergée de façon permanente au nouveau Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). Nous profitons maintenant d'un lieu d'hébergement idéal où nous pouvons prendre de l'expansion en tant qu'initiative de recherche des Premières Nations. En raison de la feuille de route positive du processus de l'ERS et de la crédibilité que nous avons acquis dans le monde de la recherche, une nouvelle voie s'est ouverte pour nous mener à un autre projet de recherche nationale. En effet, le CGIPN s'engage actuellement dans un nouveau processus d'enquête : l'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi chez les Premières Nations (EREE). En outre, le CGIPN poursuit l'ERS avec la Phase 3 qui sera déployée dans les communautés des Premières Nations en 2014.

Le présent rapport présente des résultats sur les réalités positives, négatives et dramatiques qui existent dans nos communautés. Il est crucial que nous utilisions ce savoir et ces données pour passer à l'action et apporter des changements qui amélioreront la vie des Premières Nations. Bien que certains résultats soient, à tout le moins, préoccupants, certains autres sont encourageants et sont porteurs d'espoir pour l'avenir des Premières Nations, un avenir où elles pourront s'épanouir.

Nous aimerions remercier toutes les Premières Nations qui ont participé directement ou indirectement au processus de l'ERS, nos régions, nos communautés, nos peuples. Grâce à votre confiance, votre soutien, votre dévouement et votre engagement envers ce processus, l'ERS est maintenant reconnue comme un modèle de recherche autochtone d'avant-garde. Nous vous invitons à vous servir des résultats présentés dans ce Rapport national sur la Phase 2 de l'ERS pour faire une différence chez les Premières Nations.

Utilisez les données de l'ERS pour améliorer la vie!

Wela'lioo,



Jane Gray, RN BScN
RHS National Project Manager
First Nations Information Governance Centre

Histoire et contexte de l'ERS

L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) est la principale enquête nationale sur les Premières Nations, innovant de façon marquée en matière de partage des données, d'éthique en recherche, d'entrevue assistée par ordinateur, d'échantillonnage, de méthodologie et de formation sur le terrain, et de contenu culturellement pertinent. Plus important encore, le processus de l'ERS a investi dans la capacité individuelle et institutionnelle des Premières Nations aux plans communautaire, régional et national. L'ERS est un projet collaboratif unique des organisations des Premières Nations d'un bout à l'autre du Canada.

La gouvernance de l'ERS est assurée par le conseil d'administration du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN), qui compte des représentants de dix régions des Premières Nations. Par ailleurs, l'ERS est la première enquête nationale mise en œuvre de façon explicitement conforme aux principes de PCAP – Propriété, Contrôle, Accès et Possession – des Premières Nations. À titre de seul projet de recherche nationale entièrement contrôlé par les Premières Nations, l'ERS a donné une nouvelle signification à l'autodétermination des Premières Nations en matière de recherche et a démontré au milieu de la recherche la façon de mettre en œuvre les principes de PCAP.

En 1996, le Comité des Chefs sur la Santé de l'Assemblée des Premières Nations a donné le mandat que soit réalisée une enquête sur la santé des Premières Nations qui serait reprise tous les quatre ans dans l'ensemble du Canada. Ce mandat s'inscrivait dans la foulée des activités amorcées en 1994, lorsque le gouvernement fédéral avait lancé trois importantes enquêtes nationales longitudinales qui excluaient spécifiquement les Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités nordiques des Premières Nations.

La première ERS s'est déroulée en 1997 (ERS 1997) avec la participation de Premières Nations et d'Inuit de partout au Canada. L'enquête avait pour but d'identifier les lacunes en matière de santé et de bien-être chez les Premières Nations et les Inuits tout en faisant valoir la nécessité pour eux de contrôler leur propre information en matière de santé. L'ERS 1997 est connue sous le nom d'enquête pilote.

L'enquête est conçue de façon à mettre en parallèle du contenu des Premières Nations et du contenu comparable provenant d'enquêtes canadiennes tout en demeurant culturellement et scientifiquement valide. L'ERS touche également des enjeux plus délicats comme le VIH-Sida, le suicide et la santé mentale. Les questionnaires à l'intention des adultes et des adolescents abordent ces sujets ainsi que des questions sur les pensionnats, la consommation d'alcool et de drogue, et l'activité sexuelle. En outre, la conception de l'enquête prévoit la possibilité de modules complémentaires spécifiques à chaque région.

La Phase 1 de l'ERS a été mise en œuvre en 2002-03 avec l'ajout de deux régions : le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest. Au même moment, les Inuit se sont retirés du processus de l'ERS. La collecte de données pour la Phase 1 de l'ERS a commencé à l'automne 2002 et a été complétée au milieu de 2003. Au total, 80 % de l'échantillon cible a été atteint et 22 602 questionnaires ont été administrés dans 238 communautés des Premières Nations.

La Phase 2 de l'ERS a été amorcée en 2008 et complétée à l'automne 2010. L'échantillon cible pour cette phase était de 30 000 membres des Premières Nations dans 250 communautés des Premières Nations dans les 10 régions participantes au Canada. L'approche de l'échantillonnage pour cette phase a été améliorée (par rapport à celle de la Phase 1). Dans la Phase 2 de l'ERS, 72,5 % de la cible a été atteint et 21 757 questionnaires ont été remplis dans 216 communautés des Premières Nations.

Pour la Phase 2 de l'ERS (2008-10), le questionnaire a fait l'objet d'une révision et d'un examen exhaustifs. La comparabilité, le taux de non-réponse et les redondances ont été évalués, et de nouveaux thèmes ont été ajoutés aux composantes de base suite à une importante rétroaction. Par exemple, l'enquête sur les adultes comprend maintenant des questions sur la migration, la sécurité alimentaire, la violence, la dispensation de soins, la dépression, l'indice de l'état de santé et le jeu. L'enquête sur les jeunes comporte des questions sur le bien-être communautaire et l'enquête sur les enfants comporte maintenant des questions sur la vaccination.

La participation de la communauté à tous les aspects de la conception, de la collecte et de l'analyse continue de garantir

que les données sont pertinentes et que la gouvernance et les mécanismes de reddition de compte sont appropriés.

En 2006, un examen indépendant a été réalisé par le Projet sur le développement économique des Amérindiens de l'université Harvard. L'équipe de Harvard ayant réalisé l'examen a conclu que l'itération de l'enquête était rigoureuse au plan technique, comportait de multiples améliorations par rapport à l'enquête pilote ERS de 1997, présentait de nombreux avantages comparativement à d'autres enquêtes internationales..

« En comparaison avec... enquêtes auprès de peuples indigènes ailleurs dans le monde, du fait de l'appropriation du processus de recherche par les Premières Nations, l'intégration explicite des valeurs des Premières Nations dans la conception de la recherche et l'intense collaboration des Premières Nations... à chaque étape du processus de recherche. »

Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations continue d'être à l'affût des sources de financement pour la Phase 3 de l'ERS, qui est toujours la seule enquête transversale continue sur les Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques des Premières Nations à être réalisée au Canada. Tel qu'indiqué précédemment, il s'agit du seul projet de recherche nationale entièrement contrôlé par les Premières Nations. L'ERS a donné une nouvelle signification à l'autodétermination des Premières Nations en matière de recherche et a démontré au milieu de la recherche la façon de mettre en œuvre les principes de PCAP.

<u>1997:</u> ERS Pilote 9 régions √	<u>2002/03:</u> Phase 1 ERS complétée √	<u>2008/10:</u> Phase 2 ERS complétée √	<u>2013:</u> Phase 3 ERS	<u>2016:</u> Phase 4 ERS
--	--	--	-----------------------------	-----------------------------

Contexte du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations a été constitué en société le 22 avril 2010 en vertu de la Loi sur les corporations canadiennes. Il a obtenu son mandat de l'Assemblée spéciale des Chefs de l'Assemblée des Premières Nations et il est dirigé par un conseil d'administration dont les membres sont nommés par chaque région des Premières Nations. Le Centre dispose d'un mandat clair pour optimiser la recherche et l'information de façon à en faire bénéficier la santé et le bien-être des Premières Nations. Il cherche à établir des partenariats avec des entités ayant la volonté de collaborations réussies avec les Premières Nations par l'utilisation d'information et de processus crédibles qui respectent la compétence des Premières Nations en matière de propriété, de protection et de contrôle de la façon dont leur information est collectée, utilisée et divulguée.

Vision Du CGIPN :

« Fondé sur des principes des Premières Nations, le Centre de gouvernance de l'information est un modèle autochtone d'excellence en matière de recherche et de données pour le mieux-être de nos peuples et de nos communautés. »

Mission du CGIPN :

Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, sous la direction des organisations membres, développera les capacités et fournira des informations crédibles et pertinentes sur les Premières Nations en utilisant les plus strictes normes de pratiques de recherche, tout en respectant les droits des Premières Nations à l'autodétermination pour la gestion de la recherche et de l'information, conformément aux principes des Premières Nations de propriété, contrôle, accès et possession (PCAP).

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

Le Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations (maintenant appelé Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations) a jugé qu'il était important de commencer à élaborer un cadre culturel des Premières Nations pour l'ERS 2002-03. Ce cadre a d'ailleurs été utilisé de nouveau lors de l'ERS 2008-10. Le but du Cadre culturel de l'ERS est de contribuer à l'élaboration d'un processus d'interprétation qui soit pertinent au plan culturel et qui puisse être présenté aux communautés de manière à ce qu'il soit utilisable et qu'il bonifie leur façon de voir, d'établir des rapports, de connaître et d'être. Un cadre culturel contribue à fournir une interprétation plus juste de l'information partagée par les enfants, les adolescents et les adultes des Premières Nations. En d'autres mots, le Cadre culturel de l'ERS examine l'état de santé général dans le contexte de l'environnement global.

Depuis toujours, les Premières Nations apprennent qu'il faut d'abord considérer les personnes : en les remerciant pour leur compassion, leur honnêteté, leur partage et leur force. Ainsi, avant de commencer à examiner l'organisation du rapport, et fidèles au Cadre culturel de l'ERS, nous tenons à remercier tous les membres des Premières

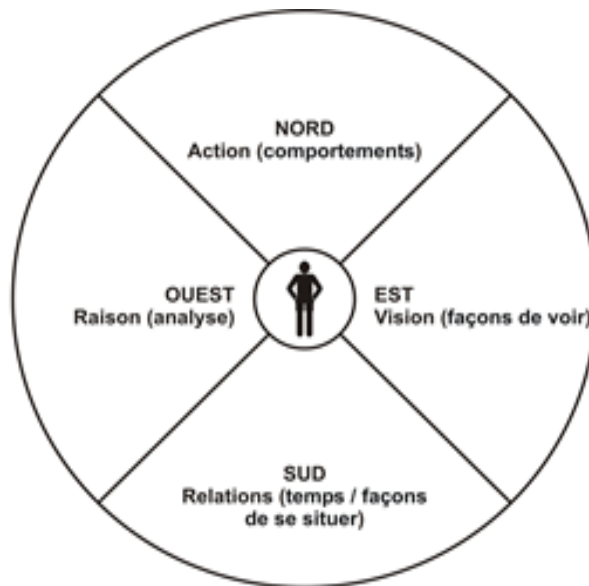
Nations qui ont participé et contribué à ce processus.

Origine du modèle

Cette partie du rapport vise à aider le lecteur à comprendre la science sous-jacente au cadre culturel et à l'organisation du rapport qui en découle. Cette science a été transmise de génération en génération chez les Premières Nations comme un ensemble cumulé de savoir et de croyances.

Bien qu'il soit reconnu que les connaissances traditionnelles des Autochtones varient d'une Première Nation à l'autre au Canada, la plupart des membres des Premières Nations partagent une croyance commune en une connexion avec le milieu naturel. Aux fins du présent rapport et du Cadre culturel de l'ERS, nous représentons donc le monde naturel avec un cercle. Lorsque nous commençons ce rapport au centre du modèle culturel (voir Figure 1), en focalisant sur les Premières Nations, cela reflète les raisons, les règles et la raison d'être qui sont intégrées à la science sous-jacente du modèle culturel. Conformément aux résultats, nous nous déplaçons alors du Centre vers l'Est, le Sud, l'Ouest, le Nord, puis vers l'Est encore. La signification et le contenu de chaque quadrant seront présentés ultérieurement dans ce chapitre.

Figure 1: Cadre culturel de l'ERS



VISION (Façons de voir): Dans un modèle culturel des Premières Nations, la vision est considérée comme le principe le plus fondamental. Définir la vision d'avenir du bien-être des Premières Nations consiste à examiner l'état de santé de chaque personne dans sa globalité, c'est-à-dire les aspects physique, psychologique, affectif et spirituel. Du point de vue du savoir autochtone, l'exercice de définition d'une vision consiste à examiner l'état optimal en matière de santé et de bien-être (ce qui était la norme auparavant et ce qui est souhaitable pour l'avenir). Pour avoir une vision de la santé et du bien-être des Premières Nations, il est impératif d'établir des points de repère permettant de cerner l'ampleur de la situation actuelle et d'en déterminer les causes. C'est en se basant sur ces points de repères que les communautés et les intervenants peuvent progresser vers une situation idéale.

RELATIONS (Temps/Façons d'être en relation) : Fait référence aux expériences vécues dans les relations établies au fil du temps et examine notre façon d'être en rapport avec les gens. Il permet de mieux comprendre les attitudes et la sensibilisation qui prévalent à un moment précis à l'égard des enjeux individuels, communautaires et nationaux au plan du bien-être..

RAISON (Analyse/Raisonnement) : Également appelé connaissances apprises. C'est ici que nous devenons capables de réflexion, de méditation et d'auto-évaluation. Les déterminants de la santé les plus généraux sont examinés dans ce sens.

ACTION (Comportements) : Également appelée mouvement; représente la force. Cette direction examine ce qui a été fait au sujet des obstacles précédemment identifiés et comment nous pouvons nous prendre en mains en tant que Premières Nations. Cette composante est importante car elle suscite un changement positif pour améliorer les programmes afin qu'ils réussissent mieux à réaliser la vision (les attentes) des Premières Nations, entraînant le sain développement de leurs enfants, leurs familles et leurs communautés. .

Il est important de noter que les modèles circulaires présentés dans le cadre culturel de l'ERS ne sont pas des roues de médecine. Les roues de médecine sont liées à des enseignements et à des conceptions sacrés qui ne sont pas discutés dans le cadre culturel, principalement en raison de la diversité des connaissances autochtones chez les Premières Nations. Les modèles présentés dans ce rapport sont conçus pour être utilisés comme des outils d'interprétation et sont parfois appelés « roues de travail » ou « quatre roues directionnelles ». Nous présentons des outils de travail qui peuvent être utilisés

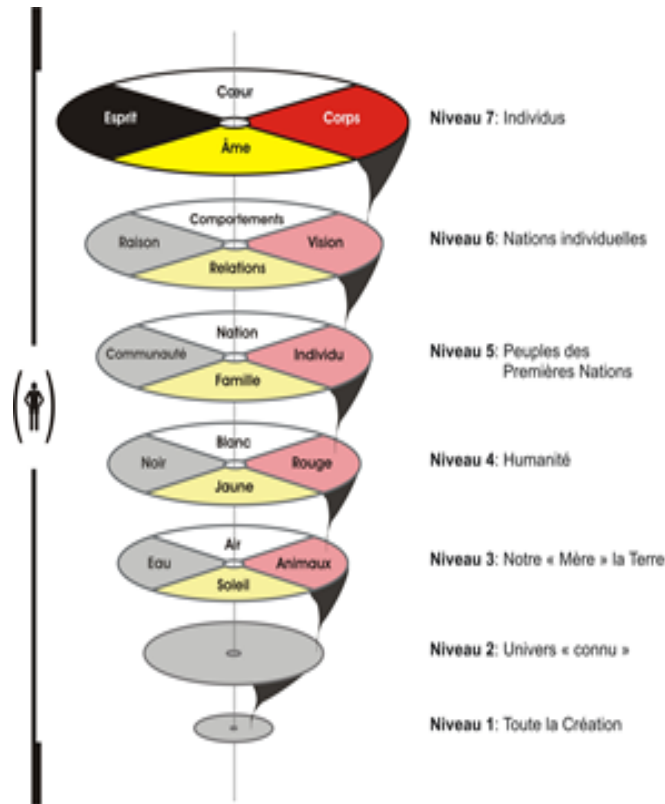
pour comprendre le cadre culturel de l'ERS. Et c'est dans ce contexte que les modèles circulaires peuvent être représentatifs des différents systèmes de croyances que l'on retrouve chez les Premières Nations. La vision du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations dans ce rapport est, en termes simples, de refléter la vision des communautés des Premières Nations. Et la vision des Premières Nations est de s'assurer que le respect et la compréhension de la culture soient présents dans l'ensemble du processus de l'ERS. Cela veut dire, notamment, que les Premières Nations collectent, interprètent et organisent l'information selon une perspective culturelle des Premières Nations. Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations cherche à rendre l'information davantage représentative de la vie des Premières Nations. Nous voulons en faire bien plus qu'une énième enquête ou rapport de recherche sur les Premières Nations, c'est pourquoi nous allons plus avant et interprétons l'information recueillie auprès des Premières Nations d'un point de vue des Premières Nations.

Cadre d'interprétation de l'ERS:

Cette partie du rapport présente et explique le Cadre d'interprétation de l'ERS. Jim Dumont, enseignant traditionnel, a rédigé un document de recherche pour aider au développement d'un cadre d'interprétation culturel pour le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, puis le Dr Mark S. Dockstator a élaboré plus avant ce modèle. Le cadre d'interprétation aborde en premier lieu le fait que les Premières Nations utilisent le concept de bien-être, auquel on réfère davantage comme étant la santé dans le contexte eurocentrique. Bien qu'il soit important de noter qu'il y a différentes conceptions philosophiques de la santé et du bien-être, il faut aussi savoir que ces philosophies ne sont pas nécessairement mutuellement exclusives. Ces concepts ne sont pas absolus ou de nature conflictuelle... ils sont simplement différents.

Le bien-être est une philosophie très complexe comportant plusieurs niveaux, que nous avons tenté de simplifier à l'aide des diagrammes suivants. Il est toutefois important d'articuler la complexité de ce concept pour bien comprendre la signification des questions à poser et la façon d'interpréter l'information recueillie auprès des Premières Nations. La Figure 2 illustre, de façon simple, le concept de bien-être des Premières Nations.

Figure 2: Le concept de bien-être



Le Niveau 1 représente toute la Création, qui est infinie;

Le Niveau 2 représente l'univers connu (une perspective humaine), qui est seulement une petite partie de la Création;

Le Niveau 3 représente une petite partie de l'univers ; la Terre. Appelée « Terre Mère » par les Premières Nations, elle est composée des animaux, du soleil, de l'eau et de l'air;

Le Niveau 4 représente l'« humanité », qui est une petite partie des animaux que l'on retrouve sur la Terre Mère;

Le Niveau 5 illustre une petite partie de l'humanité – les « membres des Premières Nations » - et la façon dont nous nous organisons en tant qu'individus, que familles, que communautés, et que Nations;

Le Niveau 6 représente chacune des Nations et;

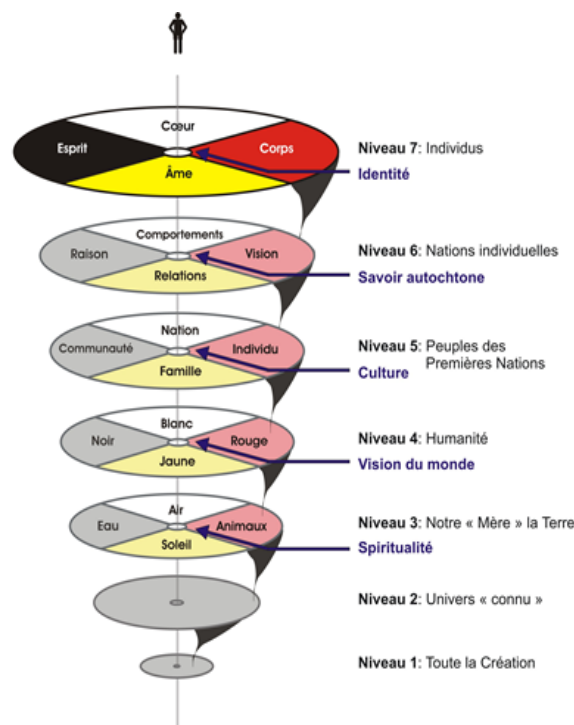
Le Niveau 7 représente un membre des Premières Nations, et la façon dont une personne est composée d'un corps, d'un intellect, d'un esprit et d'un cœur.

Nous étirons le cadre culturel (comme un accordéon) dans la Figure 2 pour montrer que les êtres humains sont connectés au monde naturel et, donc, à la Création, à différents niveaux de compréhension.

Chaque niveau représente seulement une petite portion du niveau précédent, et tous les niveaux sont interreliés. Cette approche de la santé et du bien-être est fondée sur l'ÉQUILIBRE... sur la quête de l'équilibre, l'atteinte de l'équilibre et le maintien de l'équilibre. Pour visualiser ce modèle de santé, il suffit d'imaginer chaque niveau comme une roue, chacune de ces roues tournant sur un axe commun. Si une roue est en déséquilibre, cela affecte l'équilibre de toutes les autres roues et de l'équilibre global du système. Donc, quand nous parlons de la santé des Premières Nations, nous faisons référence à l'ÉQUILIBRE de ce système.

Le Cadre culturel de l'ERS comprend la santé globale de l'ensemble de la personne dans l'ensemble de son environnement. C'est une conception holistique et plutôt complexe du bien-être des Premières Nations.

Figure 3



La figure 3 illustre la dynamique et les rapports multiniveaux associés au bien-être des premières nations.

Le **Niveau 1** montre que la plupart des membres des Premières Nations croient en leur lien avec la Création.

Le **Niveau 2** représente comment nous, les membres des Premières Nations, avons reçu notre spiritualité de la Création et du Créateur, lorsque l'univers que nous connaissons a été créé. La spiritualité établit nos systèmes de croyances (quelles que soient les façon dont ils s'expriment) et constitue notre lien direct à la Création (tant à l'Acte de Création qu'au Créateur; quelles que soient les façons dont ils sont exprimés et appelés dans les diverses cultures et sociétés des Premières Nations). La Spiritualité est liée à la Création et c'est pourquoi elle est située au centre du cercle et pourquoi elle est d'une importance capitale pour les Premières Nations. (Note : La Spiritualité entoure le lien à la Création – Niveau 1 – tel que le représente la ligne directe qui lie le Niveau 1 au Niveau 2).

Le **Niveau 3** représente que lorsque la Terre fut créée, comme une petite partie de l'univers, les humains ont été créés, et c'est l'étape d'où nous tirons notre vision du monde. C'est-à-dire que c'est ainsi que nous, les humains, comprenons notre monde et lui donnons un sens. Notre vision du monde nous lie à la Création et s'exprime dans la Spiritualité.

Le **Niveau 4** exprime comment, dans le contexte où différentes races d'humains ont été créées, chacune d'elle avec

différentes visions du monde, chaque race est liée à la Création par sa langue. Les membres des Premières Nations sont liés à leur vision du monde et l'exprime par l'entremise de leur langue, qui à son tour est liée à la spiritualité.

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

Le **Niveau 6** montre que, en tant qu'individus, les membres des Premières Nations sont liés à la Création par le savoir que nous possédons, appelé Savoir autochtone. Ces différents systèmes de savoir (qui ne sont pas les mêmes pour toutes les Premières Nations) sont une expression de nos cultures, lesquelles s'expriment dans nos langues, lesquelles sont des expressions de nos visions du monde et de notre spiritualité... qui nous lie tous à la Création.

Le **Niveau 7** illustre que, en tant qu'individus des Premières Nations, nous développons tous notre propre identité, laquelle est formée par ce que nous savons (Savoir autochtone), qui est lié à notre culture, qui est une expression de notre vision du monde et de notre spiritualité... qui nous lie tous à la Création.

C'est pourquoi, lorsque nous parlons du bien-être des Premières Nations, nous parlons du Savoir, de la culture, de la langue, de la vision du monde et de la spiritualité autochtones comme des indicateurs de « santé ». Ces indicateurs sont au cœur de la compréhension de la façon dont, en tant que peuple, nous nous maintenons en « équilibre » et, donc, « en santé ». Cela renforce la nécessité d'utiliser le Cadre culturel de l'ERS pour interpréter l'information recueillie auprès des membres des Premières Nations.

Comment nous utilisons le cadre culturel

Le problème identifié par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations est qu'une multitude de données ont été recueillies d'une manière qui ne respecte pas l'éthique et les principes des Premières Nations en matière de Propriété, Contrôle, Accès et Possession du Savoir autochtone. Le but du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations est, donc, de remplacer le cadre d'analyse occidental par un cadre fondé sur des principes communs aux Premières Nations. Comme base pour son analyse, ce rapport utilise un modèle d'interprétation culturellement pertinent pour les Premières Nations. Ce modèle est loin d'être complet, mais constitue tout de même un point de départ à partir duquel développer au fil du temps et de l'établissement de relations. .

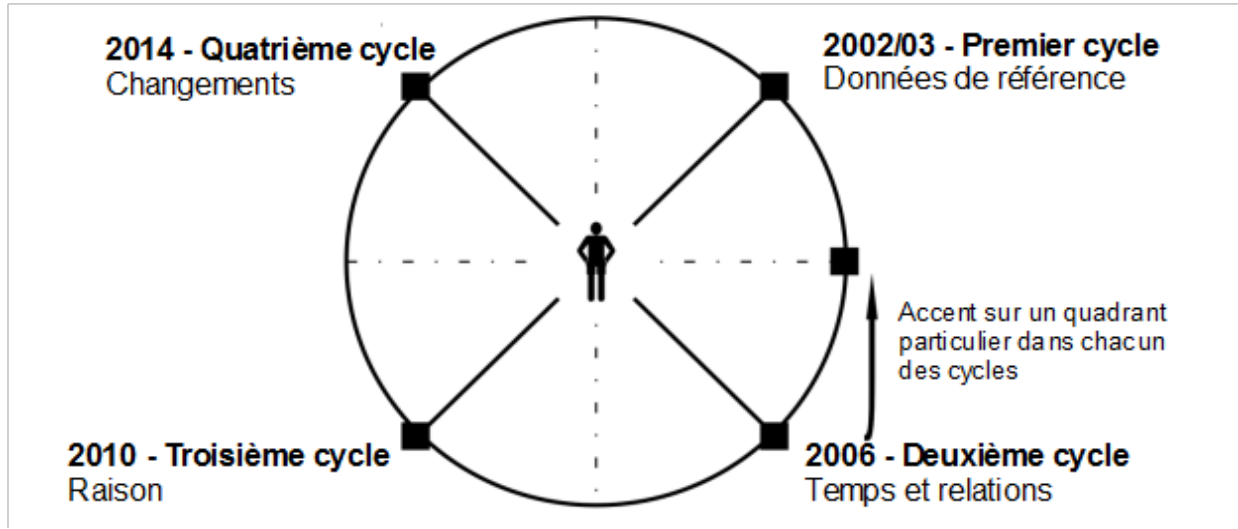
Le modèle est important pour expliquer pourquoi nous posons les questions que nous posons dans l'ERS. Par exemple, l'ERS comporte des questions sur la langue et la culture dans une « enquête sur la santé ». C'est que le modèle de bien-être des Premières Nations met en évidence la nécessité d'inclure de telles questions. En fait, il démontre qu'on ne peut pas avoir d'indicateur du bien-être pour la santé des Premières Nations sans également discuter de culture, de langue, de vision du monde et de spiritualité.

L'Ers est conçue de façon à être une enquête transversale continue qui génère des données cohérentes pour les Premières Nations dans l'ensemble du pays. Les données de l'ERS étant collectées et interprétées par les Premières Nations, les interprétations seront faites à la

lumière de la culture et des paramètres des Premières Nations, éliminant ainsi le risque d'interprétation erronée. L'ERS servira de modèle utile et réaliste pour la recherche communautaire pertinente au plan culturel. Étant donné la nature continue du projet, l'objectif est de générer des données de référence au cours des phases initiales. Ces données de référence jetteront les bases de ce qui pourra être comparé dans les années à venir. .

Lorsque les cycles subséquents de l'ERS seront terminés, des analyses permettront de déterminer quelle incidence auront eu sur la population les différentes approches visant l'amélioration de la santé des Premières Nations..

FIGURE 4



La Figure 4 pousse plus avant l'ERS prévue en utilisant le Cadre culturel de l'ERS plutôt qu'un cadre linéaire. Bien que chaque cycle couvrira l'ensemble des quatre quadrants - Vision; Temps et relations; Raison; et Changements – chaque cycle mettra l'accent sur un des quadrants du modèle. Par exemple, L'ERS 2002-03 était axé sur la génération de données de base et la vision; c'est-à-dire le développement du cadre culturel. Dans le cycle actuel de l'ERS, le Cadre culturel est utilisé pour expliquer l'incidence du temps et des relations. Le troisième cycle de l'ERS est, quant à lui, axé sur les raisons et les raisons d'être liées aux enjeux de santé et de bien-être, tandis que le quatrième cycle sera axé sur les changements, particulièrement sur la période de temps depuis la mise en place de données de référence.

Équilibre

Le Cadre culturel de l'ERS contribuera à apporter de l'équilibre aux recherches précédentes en mettant également de l'avant les changements positifs liés au bien-être des Premières Nations. Par exemple, une grande proportion des Premières Nations qui ont cessé de fumer l'ont fait parce qu'elles sont devenues enceintes. C'est un indicateur positif de bien-être car les femmes ont placé le bien-être de leur enfant avant le leur et ont cessé de fumer non seulement durant la grossesse, mais sur une base permanente. En plus d'équilibrer les rapports par la discussion de changements positifs, il est important que l'information présentée soit utile aux Premières Nations qui lisent le rapport afin de faciliter l'instauration de changements positifs dans les comportements. L'information doit être présentée de façon à bien identifier les signes d'avertissement de problèmes potentiels par rapport au bien-être et ce que

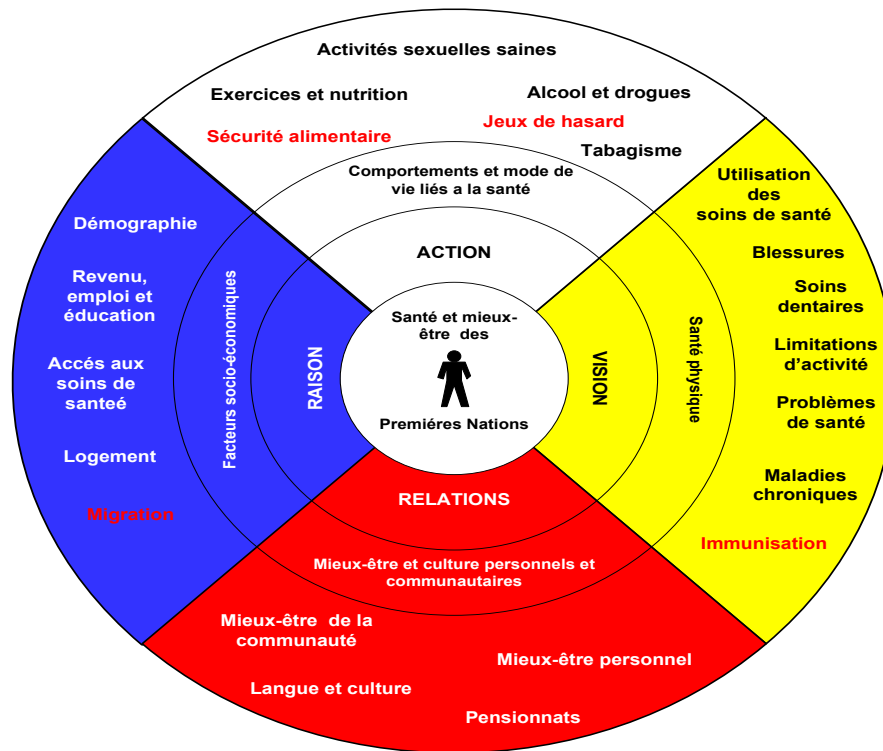
les Premières Nations peuvent faire pour y remédier.

Temps et relations

In the context of First Nations issues, the key to understanding the future is to have a deep and detailed appreciation of the past. However, providing a singular interpretation of history is a challenging task when confronted by the complexity of the relationship between First Nations and the Federal government

Organisation du rapport

L'ERS 2008-10 a permis de collecter un grand volume d'information relative à la santé, aux déterminants sociaux au bien-être des Premières Nations. Cette information a été résumée en 37 chapitres et divisée en chapitres sur les adultes, les adolescents et les enfants. Si nous simplifions le cadre en compressant les niveaux de compréhension en un seul, puis superposons toutes les questions posées dans le cadre de l'ERS 2008-10, nous sommes alors en mesure d'illustrer l'information recueillie de la façon suivante :



VISION : Dans le paradigme culturel des Premières Nations, la vision est considérée comme le principe le plus fondamental. La capacité d’avoir une vision du bien-être des Premières Nations exige de regarder le portrait complet de la santé, y compris les enjeux physiques, psychologiques, affectifs et spirituels. La recherche a démontré que les membres des Premières Nations sont en mauvaise santé. Ils n’ont pas toujours accès aux systèmes sociaux de la société dominante (non-Premières Nations), tels que les services de santé (i.e. les hôpitaux et les programmes et services en santé communautaire).

Notre analyse aborde un vaste éventail de problèmes de santé chroniques et de maladies. Par ailleurs, le rapport est particulièrement axé sur le diabète, une maladie préoccupante chez les Premières Nations, qui est la première cause de complications de l’état de santé et qui contribue grandement au taux de décès. De plus, les blessures et les invalidités sont examinées par rapport à la mesure dans laquelle elles contribuent à réduire la qualité de vie. L’utilisation des soins de santé et les soins préventifs sont examinés pour déterminer comme les Premières Nations utilisent le système de soins de santé. Finalement, les soins dentaires pour toutes les Premières Nations ainsi que la santé périnatale sont également examinés dans ce quadrant.

La liste suivante guide le lecteur dans la

localisation de ces indicateurs de santé dans le rapport:

Problèmes de santé et maladies chroniques

- Chapitre 10 : Maladies chroniques (Adultes)
- Chapitre 24 : Maladies chroniques et état de santé (Adolescents)
- Chapitre 33 : Maladies chroniques et état de santé (Enfants)

Diabète

- Chapitre 11 : Diabète (Adultes)

Blessures

- Chapitre 14 : Blessures et invalidités (Adultes)
- Chapitre 26 : Blessures (Adolescents)
- Chapitre 35 : Blessures (Enfants)

Utilisation des services de santé

- Chapitre 15 : Soins préventifs (Adultes)
- Chapitre 27 : Utilisation des services de santé et soins préventifs (Adolescents)

Soins dentaires

- Chapitre 13 : Santé buccodentaire (Adultes)
- Chapitre 25 : Santé buccodentaire (Adolescents)
- Chapitre 34 : Utilisation des soins dentaires, carie du biberon et besoins en traitements (Enfants)

Santé Prénatale

- Chapitre 36 : Santé prénatale (Enfants)

RELATIONS : Cette section aborde les expériences que nous vivons dans les relations établies au fil du temps et comment nous sommes liés aux gens. Les principales catégories dans ce paradigme sont notamment le bien-être personnel et communautaire des Premières Nations, la santé affective et psychologique, et l'importance de la culture et de la langue traditionnelles.

Une attention particulière est portée au suicide et aux pensionnats afin de déterminer si ces éléments ont contribué à l'occurrence de dépression ou a eu une incidence négative sur le bien-être personnel ou la santé affective ou psychologique des Premières Nations. .

La liste suivante guide le lecteur dans la localisation de ces indicateurs de santé dans le rapport:

Bien-être personnel

- Chapitre 12 : État de santé et qualité de vie (Adultes)
- Chapitre 17 : Bien-être personnel et sécurité (Adultes)
- Chapitre 29 : Bien-être personnel et activités parascolaires (Adolescents)
- Chapitre 37 : Problèmes affectifs et comportementaux (Enfants)

Culture Traditionnelle

- Chapitre 18 : Culture traditionnelle (Adultes)

Bien-être communautaire

- Chapitre 16 : Bien-être communautaire (Adultes)
- Chapitre 28 : Bien-être communautaire (Enfants)

RAISON : Également appelé savoir appris, C'est ici que nous devenons capables de réflexion, de méditation et d'auto-évaluation. Sont examinés dans ce sens les déterminants de la santé plus généraux tels que les données démographiques, le revenu, l'éducation, la langue, la structure familiale, le logement et les conditions de vie, et l'accès aux soins de santé

Le logement et les conditions de vie sont des déterminants importants à considérer dans l'examen de l'état de santé des Premières Nations. Tout autant importants sont les niveaux de scolarisation et de revenu, qui contribuent tous deux à l'état de santé général. La langue incarne les valeurs, les attitudes, les croyances et les vérités et, conséquemment, a de tout temps joué un rôle important dans la vie des Premières Nations. Finalement, l'accès aux soins de santé est important parce qu'il renseigne sur des indicateurs sélectionnés d'accès à des mesures de soins de santé primaires préventifs, dont l'évaluation par les répondants de leur accès aux soins de santé comparativement à l'ensemble de la population canadienne, l'accès au dépistage et aux mesures préventives, les obstacles à l'accès aux soins de santé, et l'accès aux Soins de santé non assurés (SSNA).

La liste suivante guide le lecteur dans la localisation de ces indicateurs de santé dans le rapport.

Données démographiques, éducation, emploi et migration

- Chapitre 1 : Données démographiques, Éducation, Emploi et migration (Adultes)
- Chapitre 2 : Emploi et revenu (Adultes)
- Chapitre 3 : Éducation et langue (Adultes)
- Chapitre 20 : Éducation et langue (Adolescents)
- Chapitre 31 : Éducation et langue (Enfants)

Logement

- Chapitre 4: Logement et conditions de vie (Adultes)

- Chapitre 19 : Ménage et cadre de vie (Adolescents)
- Chapitre 30 : Ménage et cadre de vie (Enfants)

Accès aux soins de santé

- Chapitre 5 : Accès aux soins de santé (Adultes)

ACTION : Également appelée mouvement; représente la force. Cette direction examine ce qui a été fait au sujet des obstacles précédemment identifiés et comment nous pouvons nous prendre en mains en tant que Premières Nations. .

L'usage et le mésusage de substances illicites sont examinés attentivement, et particulièrement le tabagisme, la consommation d'alcool et la consommation d'autres drogues; de façon plus précise, le tabagisme au cours de la grossesse, l'initiation, la cessation, l'usage actuel et ancien, ainsi que le volume de consommation sont examinés, tout comme la fréquence et le type de consommation de drogue. L'activité physique et sa relation à l'indice de masse corporelle (IMC) sont examinées dans tous les groupes d'âge et chez les deux sexes.

La liste suivante guide le lecteur dans la localisation de ces indicateurs de santé dans le rapport..

Usage et mésusage de substances

- Chapitre 8 : Tabagisme, mésusage de substances et jeux de hasard (Adultes)
- Chapitre 22 : Usage et mésusage de substances (Adolescents)

Exercice, nutrition et sécurité alimentaire

- Chapitre 6 : Activité physique et régime alimentaire (Adultes)
- Chapitre 7 : Nutrition et sécurité alimentaire (Adultes)
- Chapitre 21 : Activité physique et nutrition (Adolescents)
- Chapitre 32 : Activité physique et nutrition (Enfants)

Pratiques en matière de santé sexuelle

- Chapitre 9 : Santé sexuelle (Adultes)
- Chapitre 23 : Santé sexuelle (Adolescents)

Selon le modèle de santé de l'ERS élaboré pour ce rapport, nous revenons maintenant à l'Est et à la vision.

Ayant complété un cercle complet où nous avons résumé les renseignements recueillis dans le cadre de l'ERS, l'étape suivante consiste à regarder vers l'avenir pour déterminer les prochaines étapes du processus. Aller vers l'avant dans ce processus de recherche consiste à revoir et à améliorer le processus pour la prochaine phase de collecte de données, prévue pour débuter en 2014..

Sommaire du processus et de la méthodologie

Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008/10

INTRODUCTION

L'origine de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) remonte à 1995. Initialement conçu pour combler des lacunes en matière de données, le projet a considérablement évolué.

Dix-sept ans plus tard, conformément au mandat initial donné par le Comité des Chefs sur la santé de l'Assemblée des Premières Nations, les résultats de trois cycles de collecte de données de l'ERS ont été diffusés et l'ERS a renforcé sa position comme seul projet de recherche nationale entièrement contrôlé par les Premières Nations.

Les résultats du cycle de 1997 ont été publiés en 1999 et ceux de 2002-03 (Phase 1) en 2005. Le présent rapport a été rédigé à partir des résultats de l'ERS 2008-10 (Phase 2) et comporte 37 chapitres thématiques.

La section suivante comprend un sommaire du processus et de la méthodologie utilisés dans l'Enquête 2008-10 et dans la préparation de ce rapport. De l'information plus détaillée sera disponible dans la version complète du « Rapport sur le processus et la méthodologie ». Le Tableau 1 présente un aperçu et le Tableau 2 présente le calendrier.

Tableau 1. Coup d'œil sur l'ERS 2008-10

Titre	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
Acronyme	ERSPN ou ERS
Mandat	Comité des Chefs sur la santé de l'Assemblée des Premières Nations
Gouvernance nationale	Conseil d'administration du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
Coordination régionale	Organisations régionales des Premières Nations
Coordination nationale	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
Nombre de régions	10 régions des Premières Nations (incluant toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Nunavut)
Population cible	Communautés des Premières Nations au Canada
Type d'échantillon	Normalisée (transversale)
Taille de l'échantillon	21 757 questionnaires; 11 043 adultes, 4 837 adolescents et 5 877 enfants
Communautés	216
Durée des composantes « de base » nationales	Adultes: 46 minutes Adolescents: 30 minutes Enfants: 22 minutes
Questions spécifiques aux régions	Modules additionnels de tailles variées dans 8 des 10 régions

Tableau 2. Calendrier de l'ERS

Enquête pilote ERS (1999)

1994	Lancement de trois enquêtes longitudinales canadiennes qui excluent les Premières Nations et les Inuit.
1995	Financement pour le premier cycle fourni par Santé Canada. Affaires indiennes et Développement des ressources humaines Canada refusent de financer.
1996	Mandat de l'Assemblée des Premières Nations
1996	Établissement du contrôle direct par les Premières Nations et les Inuit
1997	Élaboration d'instruments et d'une méthodologie
1997	Collecte de données dans 9 régions : 14 008 questionnaires (9 870 adultes, 4 138 enfants)
1998	Adoption du Code d'éthique de recherche de l'ERS
1999	Première ébauche des principes de Propriété, Contrôle et Accès (PCA)
1999	Publication du Rapport final fondé sur l'Enquête de 1997

Phase 1 de l'ERS (2002-03)

2000-01	Soumissions et plans à long terme présentés pour financement et soumission potentielle au Conseil du Trésor
2000-02	Élaboration d'instruments et d'une méthodologie pour le 1er cycle de l'enquête longitudinale
2002	Coordination de l'ERS transférée au Centre des Premières Nations (ONSA)
2002-03	Collecte de données dans 10 régions des Premières Nations : 22 602 questionnaires (10 962 adultes; 4 983 adolescents; 6 657 enfants)
2004	Traitement des données
2005	Publication de la Phase 1 de l'ERS (2002-03)
2006	Fin de l'examen indépendant de la Phase 1 de l'ERS (2002-03) par l'université Harvard

Phase 2 de l'ERS (2008-10) – Phase actuelle

- 2007** Élaboration de la Phase 2 de l'ERS – proposition technique revue par les pairs
- 2006-07** Révision des instruments d'enquête et de la méthodologie pour la Phase 2 de l'ERS de l'Enquête régionale
- 2008-10** Collecte de données dans 10 régions des Premières Nations: 21 757 questionnaires (11 043 adultes; 4 837 adolescents; 5 877 enfants)
- 2010** Constitution en société officielle du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Transfert de l'ERS de l'Assemblée des Premières Nations (APN) au Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations.
- 2009-10** Traitement des données
- 2011** Examen indépendant de la Phase 2 de l'ERS (2008-10) entrepris par la Johns Hopkins School of Public Health
- 2012** Publication de rapports importants

COORDINATION ET GOUVERNANCE

La coordination et la gouvernance de l'ERS sont assurées par les Premières Nations par l'entremise de leurs organisations et représentants régionaux et nationaux. Depuis 2012, les partenaires de l'enquête sont:

Plan national

- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN)

Coordination et intendance des données régionales

- Union of Nova Scotia Indians
- Union of New Brunswick Indians
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
- Chiefs of Ontario
- Assembly of Manitoba Chiefs
- Federation of Saskatchewan Indian Nations
- Treaty 7 Management Corporation (pour les Traités 6, 7 et 8)
- Premières Nations Health Council (C.-B.)
- Dene National Office
- Council of Yukon First Nations

INSTRUMENTS ET MÉTHODOLOGIE POUR L'ENQUÊTE 2008-10

La collecte de données s'est déroulée entre juin 2008 et novembre 2010 dans 216 communautés des Premières Nations d'un bout à l'autre du Canada. Aux fins de ce rapport, les communautés des Premières Nations sont définies comme celles sur réserve et dans le Nord du Canada (au-dessus du 60e parallèle). Un total de 21 757 questionnaires ont été administrés. Trois types de questionnaires différents selon l'âge ont été utilisés:

- 11 043 adultes, 18 ans et plus
- 4 837 adolescents, 12 à 17 ans
- 5 877 enfants, 0 à 11 ans

Tel que présenté dans le tableau ci-dessous, les questionnaires abordaient un éventail global d'enjeux chez les Premières Nations.

Adultes (18 ans et plus – entrevue assistée par ordinateur ~46 minutes)

Données démographiques	Maladies	Tabagisme, alcool et drogue
Langues	Diabète	Santé sexuelle
Éducation	Blessures	Grossesse, fertilité
Emploi	Soins dentaires	Pratiques de santé préventives
Revenu et sources	Invalidité et soins à domicile	<i>Dépression (Nouveau), bien-être et santé mentale</i>
Ménage	Activité physique	Pensées et tentatives de suicide
Conditions de logement	<i>Sécurité alimentaire (Nouveau) et nutrition</i>	Pensionnats
Qualité de l'eau	Médecine traditionnelle	Bien-être communautaire
Services essentiels	Services de santé et SSNA	Culture, spiritualité, religion
Taille, poids	Développement communautaire	<i>Dispensation de soins - Nouveau</i>
<i>Migration - Nouveau</i>	<i>Violence- Nouveau</i>	<i>Jeux de hasard- Nouveau</i>

Adolescents (12-17 ans – auto-administration assistée par ordinateur ~30 minutes)

Données démographiques	Maladies	Tabagisme, alcool et drogue
Langues	Diabète	Santé sexuelle
Éducation	Blessures	Grossesse, fertilité
Activités parascolaires	Soins dentaires	Pratiques de santé préventives
Caractéristiques du ménage	Services de santé et SSNA	Bien-être, soutien personnel et santé mentale
Taille, poids	Culture traditionnelle	Pensées et tentatives de suicide
Activité physique	Médecine traditionnelle	Pensionnats
Aliments et nutrition	Culture, spiritualité, religion	<i>Bien-être communautaire- Nouveau</i>

Enfants (0-11 ans – mandataire, assisté par ordinateur (principal dispensateur de soins) ~22 minutes)

Données démographiques	Maladies	Santé prénatale
Langues	Diabète	Services de garde
Éducation (Programme d'aide préscolaire)	Blessures	Pensionnats
Activités parascolaires et sociales	Santé buccodentaire/carie du biberon	<i>Vaccination- Nouveau</i>
Caractéristiques du ménage	Accès aux soins	Activité physique

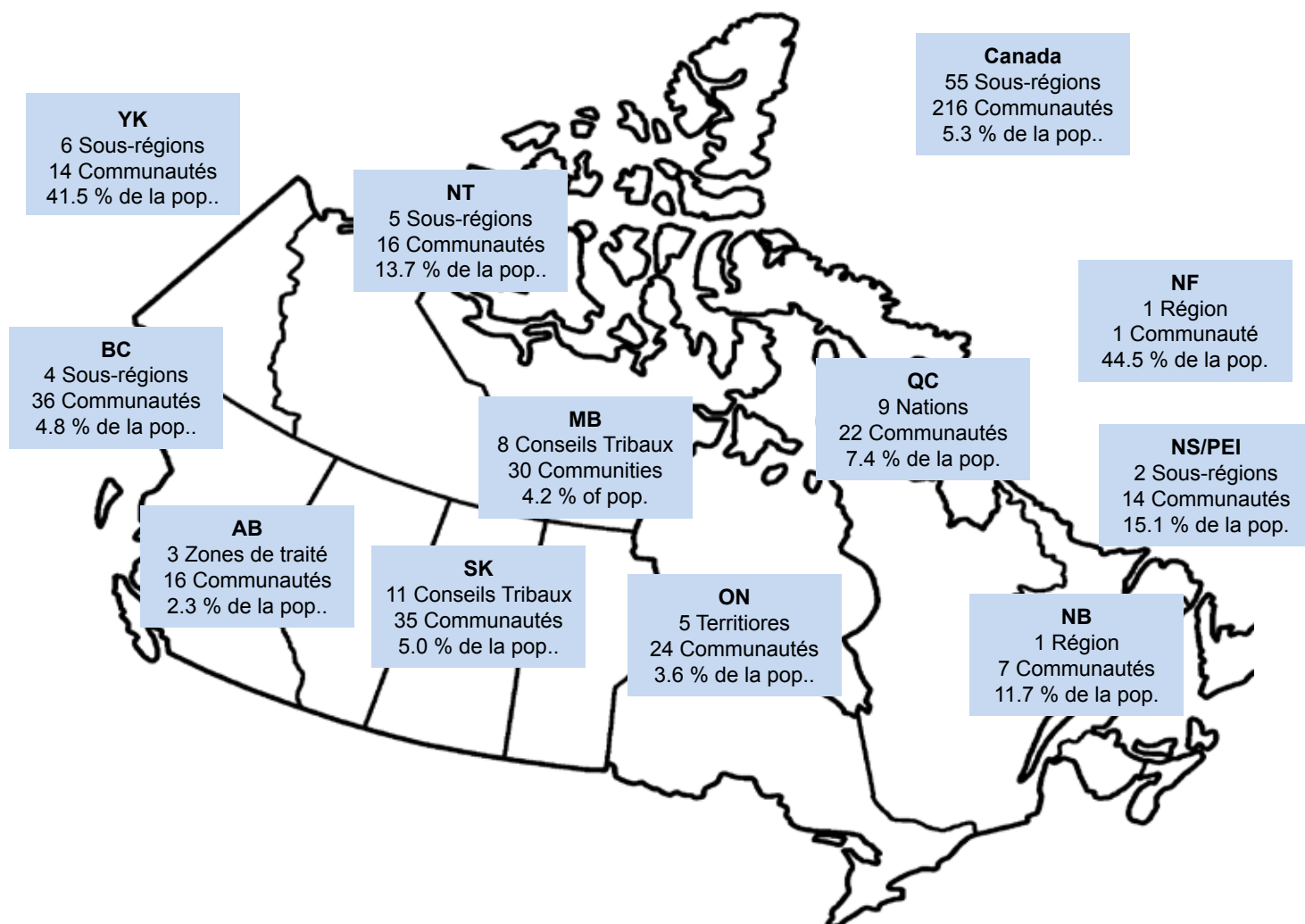
Caractéristiques parentales	Taille, poids	Nutrition et aliments traditionnels
Allaitement	Bien-être affectif et social	

Dans 8 des 10 régions, des modules abordant des priorités régionales ont également été administrés, immédiatement après les questions nationales.

Les travailleurs de terrain des Premières Nations ont été formés pour administrer les questionnaires dans leur propre communauté, habituellement à la résidence du répondant. Les travailleurs sur le terrain utilisaient un logiciel personnalisé (CAPI : Computer Assisted Personal Interviewing) sur un ordinateur portable pour collecter la majorité des données des questionnaires. Certains questionnaires ont été remplis en format papier et les données ultérieurement saisies. Les questionnaires étaient codés et transférés par ligne téléphonique de la communauté vers des serveurs dédiés sécurisés.

L'échantillon de l'ERS 2008-10 a été constitué de façon à représenter la population des Premières Nations qui vit dans les communautés des Premières Nations dans l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Nunavut. En tout, 216 communautés ont participé et 5,3 % de la population cible a été sondée.

Figure 1 : Nombre de sous-régions et de communautés et représentation proportionnelle des résidents des communautés des Premières Nations par région



*Les figures montrent la proportion de Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations incluses dans l'échantillon.

Des communautés de différentes catégories de tailles ont été choisies dans chaque « sous-région » des Premières Nations (voir Tableau 3) afin de fournir des échantillons représentatifs aux niveaux régional et national. Au plan local, des individus ont été sélectionnés de façon aléatoire dans les différents groupes d'âge et de sexe. Des listes de bande mises à jour localement ont été utilisées.

Tableau 3 : « Sous-régions » des Premières Nations

Yukon

6 Régions

Dakh-Ka

Kaska/Dena

Région du Nord du Yukon

Nord du Tutchone

Sud du Tutchone

Haut Tanana

Territoires du Nord-Ouest

5 Régions

Akaiicho

Deh Cho

Tliche

Gwitch'in

Sahtu

Colombie-Britannique

4 Régions géographiques

Région côtière

Région intérieure du Nord

Région intérieure du Sud

Île de Vancouver

Alberta

3 Zones de traités

Traité 6 (Centre)

Traité 7 (Sud)

Traité 8 (Nord)

Saskatchewan

11 Conseils tribaux

Chefs d'Agence

Battleford Agency Tribal Council

File Hills Qu'Appelle

Indépendants

Lac LaRonge

Meadow Lake

Prince Albert Grand Council

Peter Ballantyne

Saskatoon

Touchwood Agency

Yorkton

Ontario

5 Organisations territoriales

Association of Iroquois and Allied Indians

Grand Council of Treaty #3

Premières Nations indépendants

Nishnawbe-Ask Nation

Union of Ontario Indians

Manitoba

8 Conseils tribaux

Dakota Ojibway

Interlake

Island Lake

Keewatin

Indépendants du Nord et du Sud

Sud-Est

Swampy Cree

Région de l'Ouest

Québec

9 Nations

Abénakis

Algonquins

Attikamewks

Hurons

Innu

Malécite

Mi'gmaqs

Mohawks

Naskapis

Terre-Neuve

1 Région

Nouvelle-Écosse/Î.P.É.

2 Régions

Nouveau-Brunswick

1 Région

Préparation des chapitres thématiques pour ce rapport

Le but de ce rapport est de fournir un aperçu des résultats nationaux pour tous les sujets traités dans l'ERS 2008-10, chez les adultes, les adolescents et les enfants. Un panel d'examen interne a été mis sur pied pour choisir les auteurs qui allaient contribuer par l'entremise d'un concours de propositions. En tout, 25 auteurs ont été retenus pour rédiger un total de 37 chapitres.

Une riche cohorte d'auteurs talentueux et bien informés ont été sélectionnés, autant des Premières Nations que des non-Premières Nations, y compris des travailleurs de la santé, des universitaires, des consultants et des chercheurs provenant d'organisations communautaires des Premières Nations, des organisations non gouvernementales, des organisations gouvernementales et des universités.

Une séance d'orientation a permis aux auteurs de se familiariser avec les lignes directrices visant à assurer la cohérence entre les chapitres par rapport au contenu (intégration du cadre culturel) et au style (longueur, organisation, formatage). Les auteurs de chapitres ont reçu les données statistiques pertinentes préparées par les analystes de données statistiques du CGIPN. Puis les auteurs ont eu à interpréter ces données lors de l'élaboration de la section sur les résultats et de la création des tableaux et figures correspondants.

La version SPSS 17 (ou plus) a été utilisée pour toutes les analyses. Les résultats ont été pondérés et des intervalles de confiance ont été calculés à l'aide du Module d'échantillons complexe SPSS. Le module va bien au-delà des présomptions de l'échantillonnage aléatoire simple des analyses statistiques standard, générant ainsi des résultats fondés sur les détails pertinents du modèle d'échantillon. Les pondérations et les spécifications de l'échantillon stratifié complexe de l'ERS ont été programmées dans le module afin de bonifier la validité des résultats. La plupart des analyses étaient fondées sur des croisements de 2 ou 3 données (les rapports spécifiques futurs comprendront des analyses statistiques avec de plus nombreuses variables). Les spécifications statistiques suivantes ont été implantées:¹

- Pour protéger la confidentialité, les statistiques fondées sur des estimations provenant de 5 répondants ou moins ont été supprimées (notées par un « F » dans les tableaux).
- Les estimations dont le coefficient de variation

(CV) se situe entre 16,5 % et 33,3 %, reflètent une variabilité de l'échantillonnage modérée à élevée et ont été complétées par un « E » pour indiquer une interprétation prudente. Les estimations dont le CV est supérieur à 33,3 %, reflètent une variabilité extrême de l'échantillonnage et ont été supprimées (notées par un « F »).

- L'écart entre les groupes ou les catégories était considéré comme statistiquement significatif si les intervalles de confiance de 95 % de chaque estimation ne se chevauchaient pas. Les intervalles de confiance étaient rapportés en utilisant une plage (p.ex., 95 % IC : 87,5, 91,5) ou un plus/moins (p.ex., 95 % CI : +/- 2,0).

Seuls les énoncés relatifs ayant trait aux écarts entre les estimations de l'ERS et celles de l'ensemble de la population canadienne sont faits dans le présent rapport. Les comparaisons statistiques entre les estimations de l'ERS et les estimations relatives à la population canadienne n'ont pas été évaluées la plupart du temps parce que les intervalles de confiance pour ces dernières n'étaient pas facilement accessibles.

Un processus de révision à plusieurs étapes a été appliqué à chaque chapitre:

- Première version
- Première révision technique interne
- Examen par les pairs par deux autres auteurs de chapitres
- Deuxième version
- Deuxième révision technique interne & mise à jour
- Examen interne du contenu & mise à jour
- Travail éditorial interne
- Travail éditorial externe
- Panel interne sur la version finale dont l'aspect culturel a été examiné par des Premières Nations & mise à jour
- Version finale

La Cadre culturel des Premières Nations mis en œuvre dans l'ERS 2002-03 a de nouveau été utilisé pour guider l'interprétation des résultats statistiques et pour organiser les constats.

Chaque auteur de chapitres avait la responsabilité de fournir et de vérifier les sources de toute information ajoutée au chapitre en plus de celle fournie par le CGIPN (i.e., information sur la collecte de données, formulation des questions, résultat statistique).

1 <http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/products/statistics/complex-samples/>

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES ADULTES DES PREMIÈRES NATIONS



Le questionnaire de l'ERS à l'intention des adultes a permis de recueillir des données chez les individus âgés de 18 ans et plus. La collecte de données s'est déroulée entre juin 2008 et novembre 2010 dans les 250 communautés des Premières Nations ciblées dans l'ensemble du Canada. Tous les individus ayant participé à l'enquête ont été choisis de façon aléatoire en utilisant la liste de membres de la bande mise à jour localement. Le questionnaire à l'intention des adultes a été administré par autodéclaration avec un temps moyen d'administration de 46 minutes. Toutes les données d'enquête ont été recueillies sur des ordinateurs portables à l'aide du logiciel d'entrevue assistée par ordinateur (CAPI).

Un total de 11 043 adultes des Premières Nations provenant de 216 communautés ont permis de générer les résultats des adultes de l'ERS.

Chapitre 1

Données démographiques, éducation, emploi et migration

SOMMAIRE

Ce chapitre offre un aperçu de la situation démographique, économique et migratoire des adultes des Premières Nations âgés de 18 ans et plus qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques des Premières Nations. Plus précisément, on y analyse l'éducation, l'emploi, les niveaux de revenu des individus et des ménages ainsi que les schémas migratoires des adultes des Premières Nations vivant dans les communautés des Premières Nations. La variation de ces caractéristiques selon le sexe et le groupe d'âge est également abordée. De plus, grâce aux données du Recensement 2006 du Canada et de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006, nous sommes en mesure de présenter une analyse comparative des adultes de la population adulte canadienne et de la population des adultes des Premières Nations qui ne vivent pas dans les communautés des Premières Nations. Les résultats révèlent que les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations sont plus jeunes que la population adulte canadienne, avec 29,2 % des adultes des Premières Nations qui sont âgés de moins de 30 ans et 13 % qui sont âgés de 60 ans et plus. En ce qui concerne les caractéristiques économiques, les adultes des Premières Nations qui ne vivent pas dans les communautés des Premières Nations semblent mieux s'en tirer au plan de l'éducation, de l'emploi et des niveaux de revenus des individus et des ménages. Environ 58 % des adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations gagnent moins de 20 000 \$ par année comparativement aux 20 % des adultes des Premières Nations qui ne vivent pas dans les communautés des Premières Nations et qui ont un revenu similaire.

Environ 60 % des adultes des Premières Nations rapportent avoir vécu à l'extérieur de leur communauté des Premières Nations. Plus de 50 % des adultes ayant vécu à l'extérieur de leur communauté à un moment de leur vie citent l'emploi et l'éducation comme motifs pour avoir quitté leur communauté des Premières Nations. L'incidence de ces constats est examinée.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Environ 30 % (29,2 %, 95 % IC [$\pm 1,4$]) des adultes des Premières Nations sont âgés de moins de 30 ans, tandis que 13,0 % (95 % IC [$\pm 0,5$ %]) sont âgés de 60 ans et plus.
- 28,7 % des femmes adultes des Premières Nations sont âgées de 18 à 29 ans, tandis que 29,7 % des hommes adultes des Premières Nations sont âgés de 18 à 29 ans; 13,7 % des femmes adultes des Premières Nations sont âgées de 60 ans et plus, tandis que 12,1 % des hommes adultes des Premières Nations sont âgés de 60 ans et plus (95 % IC [$\pm 2,0$]), [$\pm 2,0$], [$\pm 0,6$], et [$\pm 0,7$], respectivement).
- Environ quarante pour cent (39,9 %, 95 % IC [$\pm 1,9$]) des adultes des Premières Nations rapportent ne pas avoir complété leurs études secondaires.
- Un peu moins de la moitié (47,2 %, 95 % IC [$\pm 2,0$]) des adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations avaient une activité rémunérée (paie, salaire ou revenu de travail autonome) au moment de l'enquête.
- 40,4 % des adultes des Premières Nations rapportent avoir eu de la difficulté à satisfaire leurs besoins en nourriture au moins à quelques reprises; 32,2 % en services publics, 26,2 % en vêtements, 16,6 % en services de garde, et 16,0 % en abri.
- 59,2 % (95 % IC [$\pm 1,9$]) des adultes des Premières Nations rapportent avoir vécu à l'extérieur de leur communauté des Premières Nations à un moment de leur vie. Parmi ces adultes, 74,6 % rapportent avoir été à l'extérieur de leur communauté pendant plus d'un an et 37,6 % (95 % IC [$\pm 2,2$]) rapportent avoir vécu à l'extérieur pendant plus de cinq ans.
- Parmi les adultes des Premières Nations ayant vécu à l'extérieur de leur communauté des Premières Nations, près d'un quart (23,0 %) de ceux âgés de 18 à 29 ans rapportent être déménagés deux fois ou plus au cours des 12 mois précédant l'enquête, comparativement à 9,2 % de ceux âgés de 30 à 59 et à 5,4 % de ceux âgés de 60 ans et plus.
- Parmi ceux ayant indiqué avoir vécu à l'extérieur leur communauté/réserve, l'emploi est la raison la plus fréquemment citée par les hommes des Premières Nations pour justifier les déménagements (36,3 %), tandis que les femmes citent plus fréquemment l'éducation (31,2 %, 95 % IC [$\pm 2,6$] et [$\pm 2,4$], respectivement).

INTRODUCTION

Ce chapitre brosse un portrait de la vie des adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques des Premières Nations. Ce portrait est élaboré à partir de la description des principales caractéristiques démographiques, socioéconomiques et migratoires, dont la plupart sont des déterminants sociaux importants de la santé (Bridgeworks Consulting, 2007; Raphael, 2008). Une attention particulière est accordée aux déterminants sociaux de la santé dont l'âge, l'éducation, l'emploi, les niveaux de revenu des individus et des ménages ainsi que les schémas migratoires. Ce faisant, ce chapitre offre de l'information importante sur les ressources sociales et économiques disponibles pour les Premières Nations.

MÉTHODOLOGIE

Bien que l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 soit la principale source de données du présent chapitre, deux autres sources de données ont été utilisées pour comparer les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations avec l'ensemble de la population canadienne et avec les adultes des Premières Nations qui ne vivent pas dans les communautés des Premières Nations. Des données du Recensement 2006 ont été utilisées pour fournir des comparaisons avec l'ensemble de la population canadienne. La scolarité est divisée en cinq catégories : études secondaires non complétées, études secondaires (y compris formation collégiale/universitaire), scolarité postsecondaire (y compris diplôme collégial ou universitaire), études supérieures (maîtrise, doctorat), et « autres » (y compris les personnes n'ayant pas complété leurs études secondaires mais ayant une formation pertinente).

Les microdonnées publiques de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EPA) de 2006 ont été utilisées pour offrir une comparaison avec les adultes des Premières Nations âgés de 15 ans et plus qui ne vivent pas dans les communautés des Premières Nations. L'EPA 2006 est une enquête nationale auprès des Autochtones vivant hors réserve qui s'identifient comme Autochtones ou d'ascendance autochtone (Statistique Canada, 2009). Les données de l'EPA 2006 ont été recueillies entre l'automne 2006 et le printemps 2007 auprès d'environ 60 000 répondants d'un bout à l'autre du pays, et offrent un profil des conditions sociales et économiques (Statistique Canada, 2009). Un sous-groupe de la population, composé de ceux ayant indiqué qu'ils sont inscrits ou visés par un traité, a été sélectionné pour faire l'objet d'une analyse.

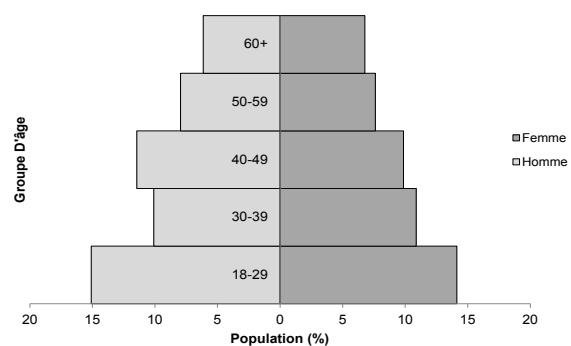
Toutes les analyses de l'EPA 2006 utilisent les poids de la population pondérés pour le sous-échantillon.

RÉSULTATS

Données démographiques

Les données de l'ERS 2008-10 révèlent que la population adulte des Premières Nations âgée de 18 ans et plus est jeune (voir Figure 1.1). Environ 30 % (29,2 %) des adultes des Premières Nations sont âgés de moins de 30 ans, tandis que 13,0 % sont âgés de 60 ans et plus (95 % IC $[\pm 1,4]$ et $[\pm 0,5]$, respectivement). Parmi les adultes des Premières Nations qui ne vivent pas dans les communautés des Premières Nations, 44 % sont âgés de 15 à 34 ans, et 18 % sont âgés de 55 ans et plus (Statistique Canada, 2006a). Alors qu'environ 32 % de la population adulte canadienne âgée de 15 ans et plus a moins de 34 ans, 17 % est âgée de 65 ans et plus (Statistique Canada, 2006b). Les écarts observés dans la répartition de la population chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations, les adultes des Premières Nations qui ne vivent pas dans les communautés des Premières Nations, et la population adulte canadienne sont probablement attribuables à un ensemble de facteurs tels que les taux de fertilité, de morbidité et de mortalité (Adelson, 2005; Loppie Reading & Wien, 2005). Les données de l'ERS 2008-10 révèlent également une population de femmes légèrement plus âgée : 28,7 % des femmes adultes des Premières Nations sont âgées de 18 à 29 ans, tandis que 29,7 % des hommes adultes des Premières Nations sont âgés de 18 à 29 ans, et 13,7 % des femmes adultes des Premières Nations sont âgées de 60 ans et plus, tandis que 12,1 % des hommes adultes des Premières Nations sont âgés de 60 et plus (95 % IC $[\pm 2,0]$, $[\pm 2,0]$, $[\pm 0,6]$, et $[\pm 0,7]$, respectivement).

Figure 1.1. Pyramide des âges chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations



Éducation

Un peu moins de quarante pour cent (39,9 %, 95 % IC [$\pm 1,9$]) des adultes des Premières Nations rapportent ne pas avoir complété leurs études secondaires (voir Tableau 1.2). On note des écarts dans la répartition par âge et par sexe des niveaux de scolarité des adultes des Premières Nations (voir Tableau 1.1). Alors que l'on retrouve une plus grande proportion de personnes ayant uniquement complété des études secondaires chez les jeunes adultes des Premières Nations (âgés de 18 à 29 ans), c'est chez les adultes plus âgés des Premières Nations (âgés de 30 à 59 ans et de 60 et plus) que l'on retrouve une proportion plus élevée de personnes ayant complété des études postsecondaires. Bien que les proportions d'hommes et de femmes ayant complété des études secondaires soient les mêmes, davantage de femmes ont complété des études postsecondaires.

Tableau 1.1. Niveaux de scolarité des adultes des Premières Nations, selon l'âge et le sexe (n = 10,803)

	Sexe		Âge		
	Homme	Femme	18–29	30–59	60+
Pas de diplôme d'études secondaires	42,9	36,8	48,0	32,1	56,9
Études secondaires	34,9	29,7	37,8	32,4	19,7
Études post-secondaires	17,7	27,2	10,8	29,2	17,9
Diplômé	1,1	1,5	0,5	1,7	1,2
Autre*	3,3	4,8	2,9	4,6	4,3

*Personnes n'ayant pas complété leurs études secondaires mais qui ont eu une formation ou mise à niveau

On note également des écarts dans les niveaux de scolarité des adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations comparativement à l'ensemble de la population canadienne et aux adultes des Premières Nations qui ne vivent pas dans les communautés des Premières Nations (voir Tableau 1.2). Un peu plus de la moitié des adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés ont complété au moins des études secondaires (56,0 %, 95 % CI [$\pm 1,8$]). Il s'agit d'un pourcentage moins élevé d'adultes des Premières Nations qui ont complété leurs études secondaires et qui ne vivent pas dans une communauté des Premières Nations (plus de 60 %). À titre comparatif, plus des trois quarts (environ 76 %) de l'ensemble de la population canadienne ont complété au moins des études secondaires (Statistique Canada, 2006a; Statistique Canada, 2006c). En outre, seuls 23,7 % (95 % IC [$\pm 1,4$]) des adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations ont

complété des études postsecondaires, comparativement à 40 % de l'ensemble de la population canadienne.

Tableau 1.2. Niveaux de scolarité des adultes des Premières Nations (n = 10,812) comparativement à l'ensemble de la population canadienne

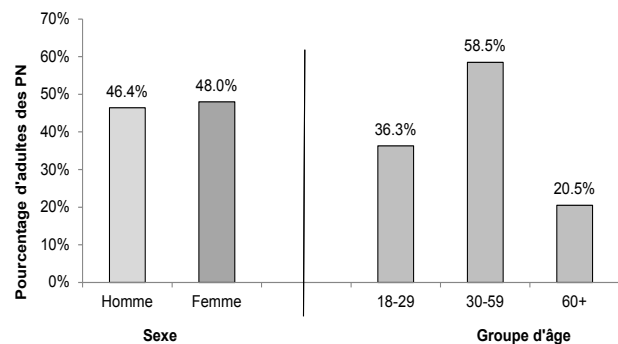
Plus haut niveau de scolarité	ERS 2008-10 Adultes des Premières Nations (18 ans et +)		Population canadienne 2006 (15 ans et +)
		IC	
Pas de diplôme d'études secondaires	51,5	[$\pm 1,8$]	24
Études secondaires	20,1	[$\pm 1,2$]	36
Postsecondaires	22,5	[$\pm 1,4$]	36
Diplômé	1,3	[$\pm 0,3$]	4
Autre*	4,7	[$\pm 0,7$]	---

* Personnes n'ayant pas complété leurs études secondaires mais qui ont eu une formation ou mise à niveau

Emploi

Un peu moins de la moitié (47,2 %, 95 % IC [$\pm 2,0$]) des adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations avaient une activité rémunérée (paie, salaire ou revenu de travail autonome) au moment de l'enquête. À titre comparatif, plus de 60 % de l'ensemble de la population canadienne âgée de 15 ans et plus et 59 % des Premières Nations âgés de 15 ans et plus qui ne vivent pas dans les communautés des Premières Nations avaient une activité rémunérée (Statistique Canada, 2006a; Statistique Canada, 2006d). On n'observe aucune différence en ce qui a trait au sexe dans la proportion de femmes et d'hommes qui rapportent avoir une activité rémunérée (48,0 % vs 46,4 %, 95 % IC [$\pm 2,2$] et [$\pm 2,5$], respectivement; voir Figure 1.2).

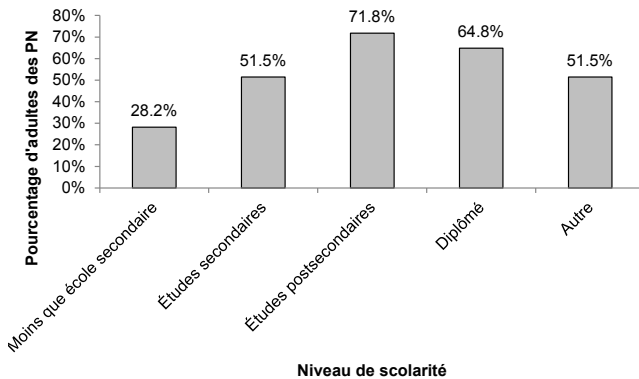
Figure 1.2. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui ont une activité rémunérée, selon le sexe et l'âge (n = 10,866)



Comme on peut s'y attendre, c'est dans le groupe des 30 à 59 ans que l'on retrouve la plus grande proportion de ceux qui ont une activité rémunérée. De plus, il semble y

avoir un lien entre le niveau de scolarité et le fait d'avoir une activité rémunérée. Un plus grand nombre d'adultes des Premières Nations avec un niveau de scolarité plus élevé (postsecondaire ou diplômé) rapportent avoir une activité rémunérée comparativement à ceux dont le niveau de scolarité est moins élevé (voir Figure 1.3).

Figure 1.3. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui ont une activité rémunérée, selon le niveau de scolarité (n = 10,678)



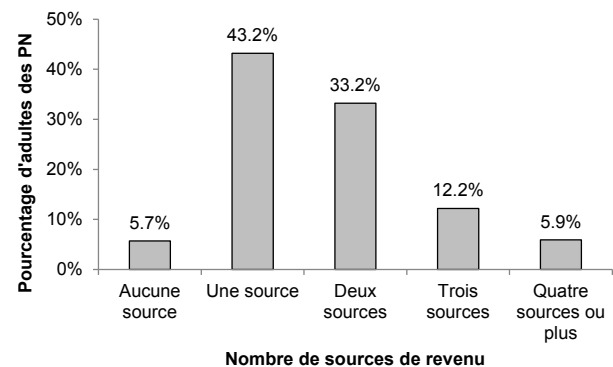
Revenus des individus et des ménages

Les niveaux de revenu des individus sont demeurés relativement stables entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10. Au cours de cette période, le pourcentage d'adultes des Premières Nations ayant rapporté un revenu du ménage inférieur à 10 000 \$ par année a augmenté, et le pourcentage d'adultes des Premières Nations ayant rapporté un revenu du ménage entre 30 000 \$ et 49 999 \$ par année a diminué (voir Tableau 1.3). Une grande proportion (43,2 %) d'adultes des Premières Nations n'a accès qu'à une source de revenus pour le ménage. Un peu moins d'un cinquième des répondants (17,9 %) rapportent avoir accès à trois sources de revenus ou plus (voir Figure 1.4).

Tableau 1.3. Niveaux de revenu des individus et des ménages des adultes des Premières Nations dans l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10

Niveaux de revenu	ERS 2002-03 Revenu individu	ERS 2008-10 Revenu individu	ERS 2002-03 Revenu ménage	ERS 2008-10 Revenu ménage
< 10 000 ou moins	33,2	32,6	11,7	16,8
10 000 \$ – 14 999 \$	16,4	14,0	10,7	10,1
15 000 \$ – 19 999 \$	10,2	11,0	8,3	10,1
20 000 \$ – 29 999 \$	19,7	20,2	19,5	20,0
30 000 \$ – 49 999 \$	15,5	15,9	25,6	20,9
50 000 \$ – 79 999 \$	4,4	5,5	18,2	15,7
80 000 \$ et plus	0,6	0,9	6,0	6,4

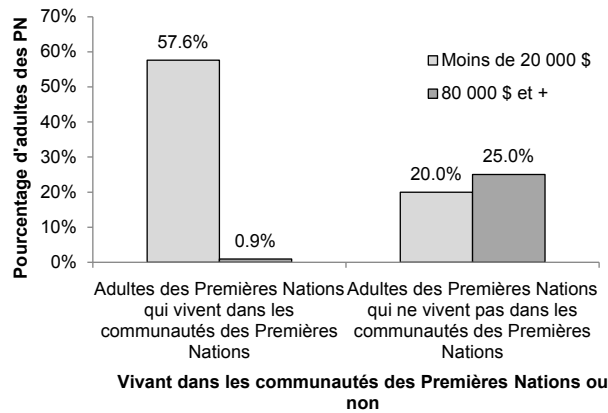
Figure 1.4. Nombre total de sources de revenus des individus (n = 10,583)



La proportion d'adultes des Premières Nations qui n'a accès qu'à une source de revenus a augmenté entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10.

Il semble y avoir un écart du niveau de revenu des individus entre les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations et ceux qui n'y vivent pas. Dans l'ERS 2008-10, 57,6 % des adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations avaient un revenu inférieur à 20 000 \$ par année, comparativement à 20 % des adultes des Premières Nations qui ne vivent pas dans les communautés des Premières Nations (voir Figure 1.5). En outre, 0,9 % des adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations avaient un revenu de 80 000 \$ ou plus par année, comparativement à 25 % des adultes des Premières Nations qui ne vivent pas dans les communautés des Premières Nations.

Figure 1.5.Écart de revenu des individus entre les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations et ceux qui n’y vivent pas



Un pourcentage élevé d’adultes des Premières Nations (43,2 %) rapportent avoir été incapables de satisfaire un besoin essentiel ou plus [nourriture, abri, services publics, vêtements, transport, ou service de garde] au moins quelques fois au cours des 12 mois précédents. De façon générale, une plus grande proportion de femmes que d’hommes ont eu de la difficulté à satisfaire leurs besoins essentiels au moins quelques fois au cours de l’année précédente (59,7 % vs 53,9 %, 95 % IC [$\pm 2,2$] et [$\pm 2,2$], respectivement). De plus, une plus grande proportion d’adultes âgés de 18 à 29 ans (62,6 % [$\pm 2,7$]) et d’adultes âgés de 30 à 59 ans (57,5 % [$\pm 2,2$]) ont de la difficulté à satisfaire les besoins essentiels au moins quelques fois par année, comparativement aux adultes âgés de 60 ans et plus (40,8 % [$\pm 2,9$]).

Chez les adultes des Premières Nations, 40,4 % d’entre eux rapportent avoir quelques fois de la difficulté à satisfaire leurs besoins essentiels en nourriture; 34,8 % en transport, 32,2 % en services publics, 26,2 % en vêtements, 16,6 % en services de garde, et 16,0 % en abri. Les différences relatives aux besoins essentiels selon le sexe et le groupe d’âge sont présentées au Tableau 1.4.

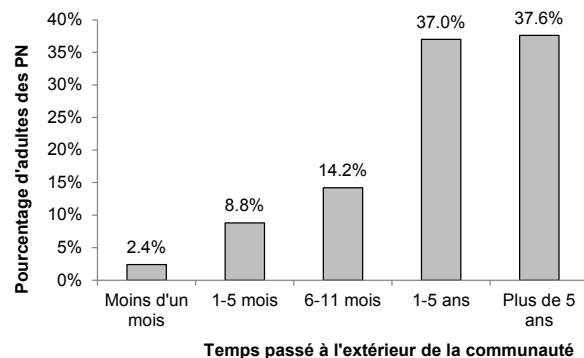
Table 1.4. Adultes des Premières Nations qui rapportent avoir de la difficulté à satisfaire leurs besoins essentiels, selon l’âge et le sexe

Besoin essentiel	Âge			Sexe	
	18–29	30–59	60+	Homme	Femme
Nourriture	42,9	41,8	28,8	38,8	42,0
Abri	16,5	17,0	10,2	14,9	17,0
Services publics	28,5	35,5	25,8	30,6	33,8
Vêtements	27,0	28,1	16,1	24,6	26,5
Transport	40,9	34,6	22,2	34,1	35,5
Services de garde	20,8	16,4	4,8	14,3	18,8

Migration

Au cours des 50 dernières années, le Canada a été témoin d’une croissance sans précédent de la population des Premières Nations en milieu urbain. Au début des années 50, moins de 7 % de la population des Premières Nations vivait en milieu urbain; au début des années 60, cette proportion avait grimpé à 13% (Kalbach, 1987). Le Recensement 2006 du Canada révélait que 54 % de la population des Premières Nations vivait en milieu urbain (Statistique Canada, 2008). L’ERS 2008-10 révèle que 59,2 % (95 % IC [$\pm 1,9$]) des adultes des Premières Nations ont vécu à l’extérieur de leur communauté des Premières Nations à un moment de leur vie. Trois quarts de ces adultes (74,6 %) rapportent être à l’extérieur de leur communauté depuis un an ou plus, et 37,6 % (95 % IC [$\pm 2,2$]) rapportent être à l’extérieur depuis plus de cinq ans (voir Figure 1.6).

Figure 1.6. Période la plus longue à l’extérieur de la communauté (parmi ceux ayant vécu à l’extérieur de leur communauté), (n = 5,890)



Parmi ceux qui indiquent avoir vécu à l’extérieur de leur communauté/réserve des Premières Nations, la majorité rapporte ne pas avoir quitté leur communauté au cours de l’année précédente (67,9 %, 95 % IC [$\pm 2,0$]). En revanche, 19,2 % (95 % IC [$\pm 1,7$]) ont quitté leur communauté et y sont revenus une fois, et 12,9 % sont déménagés deux fois ou plus.

Parmi ceux ayant indiqué avoir vécu à l’extérieur de leur communauté/réserve des Premières Nations, aucun écart n’est noté dans la fréquence des déménagements dans une communauté des Premières Nations ou à l’extérieur selon le sexe ou le niveau de scolarité. Cependant, on observe des écarts dans la fréquence des départs de la communauté/réserve au cours des 12 mois précédents selon le groupe d’âge. Une plus grande proportion de jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans rapportent avoir quitté leur communauté/réserve une fois (32,1 %) ou plus d’une fois (23,0 %), comparativement aux adultes âgés de 30 à

59 ans (14,5 % et 9,3 % respectivement) et aux adultes âgés de 60 ans et plus (9,6 % et 5,4 % respectivement).

Parmi les adultes ayant vécu à l'extérieur de leur communauté/réserve, environ la moitié est déménagée dans une ville de la même province (52,6 %, voir Figure 1.7)

Table 1.5. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui sont déménagés dans une communauté des Premières Nations ou qui en ont quitté une au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon l'âge et le sexe (n = 5,773)

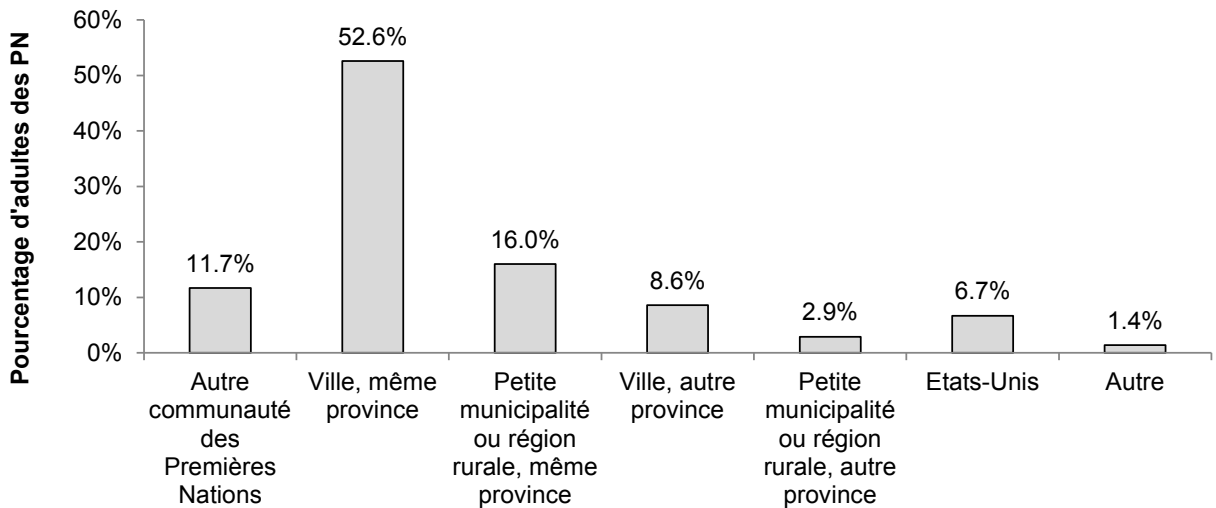
Nombre de déménagements	Sexe		Âge		
	Homme	Femme	18–29	30–59	60+
Aucun	68,2	67,5	44,9	76,2	85,0
Un	18,1	20,4	32,1	14,5	9,6
2–3 fois	9,6	8,8	16,8	6,7	2,5
4–5 fois	1,7	1,4	3,0	0,9	1,3
6 fois ou plus	2,3	1,9	3,2	1,6	1,6

Table 1.6. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui sont déménagés dans une communauté des Premières Nations ou qui en ont quitté une au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le niveau de scolarité (n = 5,697)

Nombre de déménagements	Pas de diplôme d'études secondaires	Études secondaires complétées	Études post-secondaires	Diplômé
Aucun	64,7	61,8	77,0	71,1
Un	19,3	24,8	14,8	18,7
2–3 fois	11,3	10,2	5,7	6,2
4–5 fois	2,5	0,9	0,8	2,0
6 fois ou plus	2,2	2,4	1,6	2,0

La plupart des adultes des Premières Nations rapportent être déménagés dans une ville (52,6 %) ou une petite municipalité (16,0 %) située dans la même province que leur communauté des Premières Nations, tandis que 11,7% rapportent être déménagés dans une autre communauté des Premières Nations (95 % IC [$\pm 2,3$], [$\pm 1,6$], et [$\pm 1,5$], respectivement; voir Figure 1.7).

Figure 1.7. Endroit où les adultes des Premières Nations passent la majorité du temps lorsqu'ils sont à l'extérieur de leur communauté des Premières Nations (parmi ceux ayant vécu à l'extérieur de leur communauté) (n = 6,018)



En ce qui concerne les motifs justifiant un déménagement, 54 % des adultes des Premières Nations ayant vécu à l'extérieur de leur communauté/réserve rapportent être déménagés pour des raisons d'emploi ou d'éducation.

Bien que la proportion d'hommes et de femmes des Premières Nations qui ont quitté leur communauté des Premières Nations soit la même, les motifs justifiant les déménagements sont différents. Une plus grande proportion d'hommes des Premières Nations sont déménagés pour des raisons d'emploi (36,3 % vs 15,4 %), tandis qu'une plus grande proportion de femmes des Premières Nations sont déménagées pour des raisons d'éducation (31,2 % vs 25,0

%; voir Tableau 1.7).

En outre, une plus grande proportion de femmes ont quitté leur communauté/réserve pour des raisons liées au logement (11,9 % vs 6,6 %) et en raison de l'emploi de leur conjoint (3,9 % vs 1,6 %), comparativement aux hommes.

On observe également des différences selon le groupe d'âge en ce qui a trait aux motifs justifiant le fait de vivre loin de sa communauté/réserve. La proportion de ceux qui quittent pour des raisons d'emploi augmente avec l'âge, et la proportion de ceux qui quittent pour des raisons d'éducation décroît avec l'âge. Une plus grande proportion d'adultes âgés de 60 ans et moins ont quitté

leur communauté pour des raisons liées à leur relation, et une proportion moins élevée ont quitté leur communauté en raison de l'emploi de leur conjoint, comparativement à ceux âgés de 60 ans et plus. On n'observe aucune autre différence statistique significative selon l'âge.

Table 1.7. Raisons pour lesquelles les adultes des Premières Nations ont quitté leur communauté des Premières Nations (parmi ceux ayant vécu à l'extérieur de leur communauté), selon l'âge et le sexe (n = 5,978)

Principale raison	% d'adultes des Premières Nations				
	Sexe		Âge		
	M	F	18–29	30–59	60+
Emploi	36,3	15,4	16,7	26,9	46,8
Éducation	25,0	31,2	35,7	27,6	9,1
Relations	13,3	16,7	15,2	15,8	9,6
Logement	6,6	11,9	8,3	10,1	6,5
Emploi du conjoint (marié ou de fait)	1,6	4,0	1,4	2,7	7,0
Problèmes conjugaux ou familiaux	2,4	3,6	3,1	3,0	2,2
Soutien pour invalidité	0,8	0,5	s	0,4	0,5
Autre besoins médicaux	1,0	1,2	0,8	1,1	1,8
Autre	13,0	15,7	17,8	12,3	16,3

s= supprimé en raison du petit pourcentage de cette cellule

Les raisons justifiant un retour dans une communauté des Premières Nations sont assez différentes des facteurs qui expliquent les déménagements à l'extérieur des communautés. Dans l'ERS 2008-10, la majorité des adultes des Premières Nations rapportent être retournés dans leur communauté pour des raisons familiales (59,9 %) et culturelles. Plus particulièrement, 31,1 % sont retournés en raison du fort lien avec leur communauté ou leur foyer, tandis qu'environ 17 % sont retournés en raison du fait que la culture leur est familière et pour faire connaître leur culture des Premières Nations à leurs enfants (voir Tableau 1.8). Il ne semble y avoir aucune différence apparente entre les hommes et les femmes, bien que des pourcentages légèrement plus élevés de femmes indiquent la famille, le logement, la connaissance de la culture et la volonté de faire connaître la culture aux enfants comme raisons pour retourner dans la communauté (voir Figure 1.8).

Table 1.8. Raisons pour lesquelles les adultes des Premières Nations sont retournés dans leur communauté des Premières Nations (parmi ceux ayant vécu à l'extérieur de leur communauté) (n = 6,057)

Raison du retour	%	[95 % IC]
Famille	59,9	[±2,0]
Lien avec la communauté ou le foyer	31,1	[±1,8]
Offre d'emploi	21,0	[±1,7]
Logement devenu disponible	16,4	[±1,3]
Connaissance de la culture	9,3	[±1,0]
Faire connaître la culture aux enfants	7,5	[±0,9]
Autre	10,4	[±1,1]

Une plus grande proportion de femmes citent la famille, le fait de faire connaître la culture aux enfants, et le logement comme motifs pour retourner dans leur communauté, comparativement aux hommes (voir Tableau 1.9).

Tableau 1.9. Raisons pour lesquelles les adultes des Premières Nations sont retournés dans leur communauté des Premières Nations (parmi ceux ayant vécu à l'extérieur de leur communauté), selon le groupe d'âge et le sexe, (n = 5,978)

Raisons	% d'adultes des Premières Nations				
	Sexe		Âge		
	M	F	18–29	30–59	60+
Famille	57,0	62,8	69,6	56,4	52,9
Lien avec la communauté ou le foyer	32,5	29,8	26,7	31,9	38,8
Faire connaître la culture aux enfants	5,3	9,8	6,2	8,3	6,2
Logement devenu disponible	13,9	18,9	11,8	17,8	20,7
Offre d'emploi	23,2	18,7	16,4	24,1	16,1
Connaissance de la culture	8,4	10,2	6,3	10,3	11,5
Autres	9,7	11,2	11,0	9,8	11,9

On observe également des différences des raisons justifiant le retour dans la communauté/réserve selon le groupe d'âge. En effet, une plus grande proportion d'adultes âgés de 18 à 29 ans indiquent être retournés dans leur communautés pour des raisons liées à la famille, comparativement à ceux âgés de 30 à 59 ans et ceux âgés de 60 ans et plus. En revanche, la proportion de ceux qui retournent en raison du lien avec la communauté et le foyer, d'un logement devenu disponible, et de la connaissance de la culture augment avec l'âge. Finalement, les adultes âgés de 30 à 59 ans sont les plus susceptibles d'être retourner dans leur communauté pour une offre d'emploi (voir Tableau 1.9).

Plus de la moitié (54,9 %) des adultes des Premières Nations rapportent que lorsqu'ils habitaient à l'extérieur de leur communauté des Premières Nations, ils désiraient tout de même bénéficier de services de leur communauté des Premières Nations tels que la santé et l'éducation, et 44,7 % rapportent qu'ils votaient lors des élections de leur

Première Nation (95% IC [$\pm 2,0$] et [$\pm 2,8$], respectivement).

DISCUSSION

Au plan de l'emploi, de l'éducation et du revenu, les écarts demeurent importants entre les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations et l'ensemble de la population canadienne. Par ailleurs, les adultes des Premières Nations qui ne vivent pas dans une communauté des Premières Nations semblent mieux s'en tirer au plan du niveau de scolarisation, du taux d'emploi, et du revenu. Cela pourrait expliquer pourquoi certains adultes des Premières Nations dans les réserves choisissent de quitter leur communauté ; les motifs des adultes des Premières Nations pour migrer d'une communauté des Premières Nations vers un milieu urbain canadien sont principalement la perspective de meilleures et d'un plus grand nombre de possibilités en matière d'éducation et de revenu.

On observe des différences de raisons pour quitter sa communauté selon le sexe. Une plus grande proportion d'hommes des Premières Nations cite l'emploi comme principale raison justifiant le départ, et les femmes des Premières Nations citent l'éducation comme principale raison justifiant un déménagement.

De nombreux adultes des Premières Nations retournent dans leur communauté des Premières Nations. Les adultes des Premières Nations qui rapportent être retournés citent la famille et les raisons culturelles comme raisons pour justifier leur retour. De plus, ceux ayant vécu à l'extérieur des communautés des Premières Nations rapportent qu'ils désiraient bénéficier des services offerts par leur communauté pendant qu'ils étaient à l'extérieur.

Les résultats donnent à penser que les possibilités d'éducation et d'emploi doivent être augmentées dans les communautés des Premières Nations. Cette augmentation des possibilités pourrait augmenter la rétention dans les communautés des Premières Nations, permettant ainsi aux adultes de maintenir leurs liens avec leur famille, leur communauté et les traditions culturelles.

CONCLUSIONS

Les données démographiques, sociales, économiques et migratoires de ce chapitre nous amènent à faire trois constats importants. D'abord, on note une convergence des caractéristiques démographiques, scolaires et économiques des adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves ou les collectivités nordiques des Premières Nations, comparativement aux adultes des Premières Nations qui ne vivent pas dans les communautés

des Premières Nations et à l'ensemble de la population canadienne. Ensuite, les données mettent en évidence les écarts qui continuent de défavoriser les adultes des Premières Nations, en particulier ceux qui vivent dans les communautés des Premières Nations, par rapport à l'ensemble de la population canadienne. Les inégalités persistent aux plans de l'éducation, de l'emploi et du revenu des individus et des ménages, et elles doivent être abordées. Finalement, le rôle que joue la migration dans la vie des adultes des Premières Nations démontre bien que les occasions d'études et d'emploi continuent d'attirer les adultes des Premières Nations dans les milieux urbains. En dépit de cela, on observe que les communautés des Premières Nations demeurent importantes aux yeux des adultes des Premières Nations, en particulier comme racines familiales et culturelles. Le renforcement des liens familiaux et culturels et la bonification des services dans les communautés des Premières Nations profiteront autant aux adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations qu'à ceux qui choisissent de vivre à l'extérieur.

RÉFÉRENCES

- Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96, S45–S61.
- Bridgeworks Consulting. (2007). Social determinants of health: First Nations, Inuit and Métis perspectives. Overview paper. Un rapport préparé pour le National Collaborating Centre for Aboriginal Health, University of Northern British Columbia.
- Kalbach, W. E. (1987). Growth and distribution of Canada's ethnic populations, 1871–1981. In L. Drediger (Ed.), *Ethnic Canada: Identities and inequalities* (pp. 82–110). Toronto: Copp Clark Pitman.
- Loppie Reading, C., & Wien, F. (2005). Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health. Prince George, British Columbia: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Raphael, D. (2008). *Social determinants of health: Canadian perspectives* (2nd ed.). Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Statistique Canada. (2006a). *Aboriginal Peoples Survey 2006 Public Use Microdata File - Adults*. Ottawa: Statistique Canada.
- Statistique Canada. (2006b). *Census of Population - Age Groups (13) and Sex (3) for the Population of Canada, Provinces and Territories, 1921 to 2006 Censuses - 100% Data*. Consulté à partir de <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-eng.cfm?LANG=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=88977&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=66&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>
- Statistique Canada. (2006c). *Census of Population - Highest*

Certificate, Diploma or Degree (14), Age Groups (10A) and Sex (3) for the Population 15 Years and Over of Canada, Provinces, Territories, Census Divisions and Census Subdivisions, 2006 Census - 20% Sample Data. Consulté à partir de <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-eng.cfm?LANG=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=93610&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=755&Temporal=2006&THEME=75&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>

Statistique Canada. (2006d). *Census of Population - Labour Force Activity (8), Highest Certificate, Diploma or Degree (13), Attendance at School (3), Age Groups (12A) and Sex (3) for the Population 15 Years and Over of Canada, Provinces, Territories, Census Divisions and Census Subdivisions, 2006 Census - 20% Sample Data*. Consulté à partir de <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-eng.cfm?LANG=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=97691&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=741&Temporal=2006&THEME=74&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>

Statistique Canada. (2008). *Aboriginal Identity (8), Area of Residence (6), Age Groups (12) and Sex (3) for the Population of Canada, Provinces and Territories, 2006 Census - 20% Sample Data*. Ottawa: Statistique Canada. Consulté à partir de <http://www12.statcan.ca/english/census06/data/topics/>

[RetrieveProductTable.cfm?TPL=RETR&ALEVEL=3&APATH=3&CATNO=&DETAIL=0&DIM=&DS=99&FL=0&FREE=0&GAL=0&GC=99&GK=NA&GRP=1&IPS=&METH=0&ORDER=1&PID=89121&PTYPE=88971&RL=0&S=1&ShowAll=No&StartRow=1&SUB=734&Temporal=2006&Theme=73&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=">RetrieveProductTable.cfm?TPL=RETR&ALEVEL=3&APATH=3&CATNO=&DETAIL=0&DIM=&DS=99&FL=0&FREE=0&GAL=0&GC=99&GK=NA&GRP=1&IPS=&METH=0&ORDER=1&PID=89121&PTYPE=88971&RL=0&S=1&ShowAll=No&StartRow=1&SUB=734&Temporal=2006&Theme=73&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=](#)

Statistique Canada. (2009). *Aboriginal peoples survey, 2006: Concepts and methods guide*. Consulté à partir de <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-637-x/89-637-x2008003-eng.pdf>

Chapitre 2

Emploi et revenu

SOMMAIRE

À l'instar d'un emploi et d'un revenu satisfaisants comme facteurs importants du bien-être personnel, une saine économie joue un rôle important dans l'atteinte d'une communauté forte et en santé. Malheureusement, ces éléments font souvent défaut dans les réserves et les collectivités nordiques des Premières Nations. Bien qu'un grand nombre d'adultes sans emploi soient en recherche active d'emploi, le taux de chômage chez les adultes des Premières Nations (31 %) demeure nettement supérieur à la moyenne canadienne. Près de la moitié des jeunes adultes des Premières Nations âgés de 18 à 29 ans sont sans emploi. De plus, la pauvreté, qui a été reconnue comme l'un des plus importants déterminants de la santé et du bien-être, continue d'être le lot de plus de la moitié de la population adulte des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités nordiques des Premières Nations. Environ 58 % des adultes des Premières Nations rapportent un revenu annuel total inférieur à 20 000 \$. Les résultats de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 révèlent que beaucoup de travail reste à faire en ce qui concerne la disponibilité d'emplois offrant un revenu suffisant afin de permettre aux membres des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations de parvenir à un mode de vie plus sain, à l'autonomie et à l'autodétermination.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Parmi la population, 47,2 % rapportent avoir une activités rémunérée actuellement, 21,4 % rapportent être sans emploi mais en recherche d'emploi, 26,3 % rapportent être sans emploi et ne pas être en recherche d'emploi, et 5,1 % rapportent être sans emploi mais n'ont fourni aucune information quant à la recherche d'emploi.
- On n'observe aucune différence du taux d'emploi entre l'ERS 2002-03 (48,8 %) et l'ERS 2008-10 (47,2 %).
- Le taux de chômage (c.-à-d., le pourcentage de personnes sans emploi au sein de la population active) chez les adultes des Premières Nations (31,2 %) demeure beaucoup plus élevée que la moyenne canadienne. Le taux de chômage est plus élevé chez les hommes (36,3 %) que chez les femmes (25,3 %), et décroît avec l'âge : 18-29 ans (48,6 %), 30-39 ans (28,2 %), 40-49 ans (25,1 %), 50-59 ans (17,3 %), et 60 ans et plus (16,2 %).
- La majorité des adultes des Premières Nations ayant une activité rémunérée rapporte travailler au sein de leur propre communauté (82,4 %). Environ un adulte qui travaille sur dix (10,8 %) travaille dans une communauté autre que des Premières Nations.
- Environ 58 % des adultes des Premières Nations rapportent un revenu personnel annuel total inférieur à 20 000 \$ dans l'ERS 2008-10 et dans l'ERS 2002-03.

INTRODUCTION

Tout rapport exhaustif sur la santé et le bien-être de la population des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités nordiques des Premières Nations se doit d'inclure une évaluation des variables économiques telles que l'emploi et le revenu étant donné que la capacité de gagner sa vie et la façon de le faire sont des facteurs importants qui contribuent à la santé des adultes des Premières Nations. Pour la plupart des membres des Premières Nations, leur conception d'un bon mode de vie comprend non seulement les moyens d'assurer sa survie, mais également la possibilité de mener une vie utile et productive, le contrôle sur ses propres moyens de subsistance, et la possibilité de vivre de façon interdépendante avec l'environnement et l'ensemble de la création (Dumont, 2005). Les recherches révèlent que le déséquilibre relatif à la pauvreté et aux inégalités contribue de façon significative au pauvre état de santé et de bien-être que l'on peut observer chez les individus, les familles et les communautés des Premières Nations (Loppie Reading & Wien, 2008).

La culture des Premières Nations met l'accent sur le caractère interdépendant de toutes choses. Autant du point de vue des Premières Nations que des Occidentaux, la recherche actuelle soutient le fait que les inégalités économiques sont tributaires d'un vaste éventail de facteurs interreliés. C'est-à-dire que le statut économique actuel ne résulte pas uniquement de facteurs économiques ou techniques, tels que l'accès aux ressources, une main d'œuvre bien formée, une technologie de pointe ou la situation géographique – bien que tous ces facteurs soient facilitants – mais plutôt d'un ensemble de facteurs plus généraux. La recherche révèle que le leadership, la capacité de prendre et de mettre en œuvre des décisions, le développement d'institutions appropriées, et le rôle de la culture sont également d'une importance vitale pour le renforcement des assises économiques des communautés autochtones (Cornell & Kalt, 1992; Commission royale sur les peuples autochtones, 1996; Comité sénatorial permanent des peuples autochtones, 2007; The Indian Tribes of Manitoba, 1971; Wien, 2006).

Une analyse des données du Recensement national et d'autres sources recueillies au cours des 40 dernières années permet de dégager les constats suivants sur les variables économiques des Premières Nations (Comité sur l'éradication de la pauvreté, 2009) :

- La situation socioéconomique de la population des Premières Nations s'est améliorée au cours des 40 dernières années. Les indicateurs d'emploi, de

revenu et d'éducation démontrent un mouvement dans la bonne direction.

- Le reste de la population canadienne n'est pas statique. Le taux de changement positif de la population canadienne pour certains indicateurs dépasse celui des Premières Nations, en particulier ceux qui vivent dans les communautés des Premières Nations. Il en résulte que les inégalités se sont accentuées plutôt que de s'atténuer.
- Certains signes indiquent que l'économie des communautés des Premières Nations est particulièrement vulnérable aux répercussions des récessions. Le taux de chômage a augmenté de façon significative au cours des années 80 lorsque le Canada a vécu une récession importante. Le fait d'avoir des entreprises moins bien établies et une main d'œuvre plus jeune, moins instruite et moins protégée contribue à cette vulnérabilité.
- Les membres plus jeunes des Premières Nations font face à des défis particuliers en raison du taux de chômage élevé et de la très forte probabilité d'avoir un faible revenu. On note également un taux de pauvreté élevé chez les populations urbaines des Premières Nations.
- On observe une croissance remarquable du nombre d'entreprises qui sont la propriété d'individus ou de communautés des Premières Nations. Le même phénomène est constaté du côté de la création d'établissements qui viennent en soutien au développement économique, soit sous la forme d'organismes de prêt (sociétés de financement), corporations de développement économique communautaire, organisations représentant des agents de développement économique, ou ceux offrant des services- conseils aux entreprises.

Ces constats démontrent que les communautés des Premières Nations font face à des défis économiques uniques. Ce chapitre présente les plus récentes données sur l'emploi et le revenu chez les adultes des Premières Nations âgés de 18 ans et plus qui vivent dans les communautés des Premières Nations d'un bout à l'autre du Canada.

MÉTHODOLOGIE

L'ERS 2008-10 comportait plusieurs questions sur les caractéristiques de l'emploi et du revenu. Concernant l'emploi, les répondants devaient indiquer s'ils avaient un emploi (c.-à-d. une activité rémunérée par une paie, un salaire ou un revenu de travail autonome) au moment de l'enquête. Les participants qui répondaient par l'affirmative devaient indiquer à quel endroit était situé leur travail : dans leur propre communauté des

Premières Nations, dans une autre communauté des Premières Nations, dans une communauté autre que des Premières Nations, ou ailleurs. Les participants qui répondaient être sans emploi devaient ensuite indiquer s'ils étaient en recherche d'emploi. Ceux qui répondaient ne pas l'être devaient choisir dans une liste la situation qui correspondait le plus à leur réalité : mauvais état de santé ou incapacité, travailleur saisonnier, retraité(e), parent à la maison, étudiant(e), ne plus être à la recherche d'un emploi par manque de motivation, ou autre.

Le présent chapitre utilise les définitions de Statistique Canada du taux d'emploi, des personnes sans emploi, des taux de chômage, de la population active, et du taux de participation au marché du travail (Statistique Canada, 2010). Le taux d'emploi est le nombre de personnes en emploi exprimé en pourcentage de la population adulte totale. Les personnes sans emploi sont définies comme celles qui, au moment de l'Enquête, étaient sans emploi et(ou) en recherche d'emploi. Le taux de chômage est le nombre de personnes sans emploi exprimé en pourcentage du total de la population active (en emploi + sans emploi [à l'exception de ceux qui ne sont pas en recherche d'emploi]). Le taux de participation au marché du travail est le nombre d'adultes en emploi et sans emploi (à l'exception de ceux qui ne sont pas en recherche d'emploi) exprimé en pourcentage de la population adulte totale¹

En ce qui concerne le revenu, les participants ont été invités à catégoriser leur revenu personnel total, avant déductions, pour l'année précédant l'enquête (se terminant le 31 décembre 2007). Quatorze catégories allant de « Aucun revenu » à « Plus de 80 000 \$ » étaient proposées. Les participants ont également été invités à indiquer la source de leur revenu parmi 16 réponses possibles, dont un emploi rémunéré, l'aide sociale et les prestations fiscales pour enfants. Les participants pouvaient sélectionner plus d'une catégorie. Les catégories de sources de revenu étaient alors regroupées en trois grandes catégories : les revenus de source gouvernementale, dont l'assurance emploi, les pensions de la sécurité de vieillesse et les prestations fiscales pour enfants; les emplois rémunérés, dont les payes et les salaires, ou les revenus d'emploi indépendant; et les autres sources telles que les redevances, les paiements d'indemnités en vertu de revendications territoriales, certains types de pensions, les pensions alimentaires et les allocations d'études ou de formation.

Tout au long de cette analyse, les résultats

1 La définition de population active de Statistique Canada comprend les individus âgés de 15 ans et plus (Statistique Canada, 2010).

ont été examinés selon le sexe et l'âge.

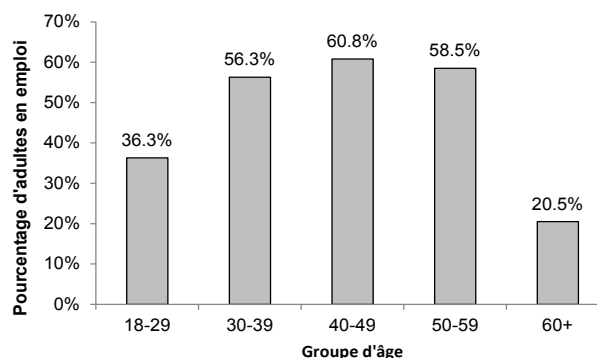
Et lorsque cela s'avérait possible, des comparaisons ont été faites entre les résultats de l'ERS 2008-10 et ceux de l'ERS 2002-03 (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005). Des comparaisons ont également été faites entre les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations et l'ensemble de la population canadienne.

RÉSULTATS

Taux d'emploi

Le taux d'emploi est le nombre de personnes en emploi exprimé en pourcentage de la population adulte totale. Un peu moins de la moitié (47,2 %) de tous les adultes des Premières Nations rapportent avoir un travail rémunéré. Les taux d'emploi de l'ERS 2008-10 et de l'ERS 2002-03 (48,8 %) ne diffèrent pas du point de vue statistique. En outre, on n'observe aucune différence du taux d'emploi selon le sexe.

Figure 2.1. Taux d'emploi, selon l'âge



La Figure 2.1 présente le taux d'emploi selon le groupe d'âge. Seul un tiers (36,3 %, 95 % IC [$\pm 3,1$]) des adultes des Premières Nations **âgés de 18 à 29 ans rapportent avoir un emploi** ou un travail rémunéré présentement. Les faibles taux d'emploi peuvent s'expliquer par des facteurs tels que la non-disponibilité d'emplois, les demandes liées à la fréquentation de l'école et, pour certains, la responsabilité d'une jeune famille. Le taux d'emploi grimpe à environ 60 % chez les répondants âgés de 30 à 59 ans. Un adulte âgé de 60 ans et plus sur cinq est toujours sans emploi (20,5 %). Les taux d'emploi selon le groupe d'âge sont similaires à ceux observés dans l'ERS 2002-03.

Taux de participation au marché du travail

Le taux de participation au marché du travail est le

nombre d'adultes en emploi et sans emploi (à l'exception de ceux qui ne sont pas en recherche d'emploi) exprimé comme pourcentage de la population adulte totale.

Dans l'ERS 2008-10, le taux de participation au marché du travail est de 68,6 %. Le taux de participation au marché du travail est considérablement plus élevé chez les hommes (72,9 %, 95 % IC [71,0, 74,7]) comparativement aux femmes (64,2 %, 95 % IC [62,3, 66,0]).

Individus sans emploi

Les personnes sans emploi sont définies comme celles qui étaient sans emploi au moment de l'ERS 2008-10. Plus de la moitié des adultes des Premières Nations rapportent être sans emploi actuellement. Les individus qui rapportent être sans emploi actuellement sont divisés en 3 catégories : 21,4 % rapportent être sans emploi mais en recherche d'emploi, 26,3 % rapportent être sans emploi et ne pas être en recherche d'emploi, et 5,1 % rapportent être sans emploi mais n'ont donné aucune information relative à la recherche d'emploi.

Individus sans emploi qui ne sont pas en recherche d'emploi

Tel que mentionné précédemment, environ un quart (26,2 %) de la population adulte totale rapporte ne pas avoir une activité rémunérée actuellement et ne pas être en recherche d'emploi. Ce pourcentage est plus élevé chez les femmes (29,7 %) que chez les hommes (22,9 %).

Ces adultes ont été invités à indiquer leur situation actuelle : 22,1 % rapportent avoir un mauvais état de santé ou avoir une invalidité, 22,4 % rapportent être à la retraite, et 22,7 % rapportent être un parent au foyer (les autres réponses sont présentées au Tableau 2.1).

Tableau 2.1. Situation actuelle des adultes qui sont sans emploi et ne recherchent pas d'emploi, selon le sexe (n=3462)

Situation	Total	Hommes	Femmes
Mauvaise santé ou invalidité	22,1	25,8	19,2
Travailleur saisonnier	4,6	8,2 ^E	1,7 ^E
Retraité	22,4	27,3	18,6
Parent au foyer	22,7	6,5	35,3
Étudiant	11,2	9,6	12,4
A abandonné la recherche d'emploi	7,1	11,0	4,1
Autre	10,0	11,6 ^E	8,7

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; utiliser les données avec prudence.

Une proportion considérablement plus grande de femmes rapporte avoir un mauvais état de santé ou une invalidité et d'être un parent au foyer comme situation actuelle, comparativement aux hommes. En revanche, les hommes sont plus susceptibles d'indiquer être un travailleur saisonnier, à la retraite, et avoir abandonné la recherche d'emploi comme situation actuelle.

Tableau 2.2. Situation actuelle des adultes qui sont sans emploi et ne recherchent pas d'emploi, selon le groupe d'âge (n=3461)

Situation	18–29 ans	30–39 ans	40–49 ans	50–59 ans	60 + ans
Mauvaise santé ou invalidité	6,7 ^E	11,0 ^E	31,7	51,8	21,7
Travailleur saisonnier	3,9 ^E	4,6 ^E	14,4 ^E	5,4 ^E	0,6 ^E
Retraité	0	0	F	8,2 ^E	67,1
Parent au foyer	36,5	52,4	19,8	12,6	3,7 ^E
Étudiant	32,9	13,4	4,1 ^E	F	F
A abandonné la recherche d'emploi	10,2 ^E	6,4 ^E	12,9	8,8 ^E	1,5 ^E
Autre	9,8 ^E	12,3 ^E	F	12,6 ^E	5,3

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; utiliser les données avec prudence.

^F Supprimé en raison du faible résultat (n < 5) ou variabilité très élevée de l'échantillonnage (CV > ,333).

Des différences selon le groupe d'âge ont également été notées dans les raisons invoquées par les adultes sans emploi des Premières Nations pour justifier le fait de ne pas être en recherche d'emploi (voir Tableau 2.2). La mauvaise santé et les invalidités semblent avoir un impact croissant sur la recherche d'emploi à mesure que les adultes vieillissent et jusqu'à la retraite. Évidemment, ce sont les parents au foyer que l'on retrouve en plus grand nombre chez les 18 à 39 ans, et c'est chez les 18 à 29 ans que le statut d'étudiant a été le plus souvent rapporté.

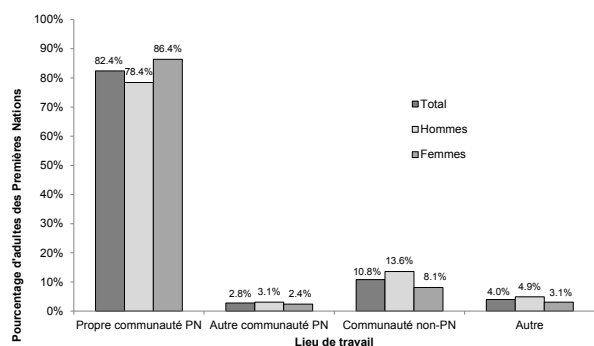
Taux de chômage

Le taux de chômage est le nombre d'individus sans emploi exprimé en pourcentage du total de la population active (en emploi + sans emploi [à l'exception de ceux qui ne sont pas en recherche d'emploi]). Le taux de chômage chez les adultes des Premières Nations est de 31,2 %. Le taux de chômage est plus élevé chez les hommes (36,3 %) que chez les femmes (25,3 %), et décroît avec l'âge : 18-29 ans (48,6 %), 30-39 ans (28,2 %), 40-49 ans (25,1 %), 50-59 ans (17,3 %), et 60 ans et plus (16,2 %).

Lieu de travail

La majorité des adultes des Premières Nations rapportent travailler au sein de leur propre communauté (82,4 %). Environ un adulte en emploi sur dix (10,8 %) travaille dans une communauté autre que des Premières Nations (voir Figure 2.2). Une proportion considérablement plus grande de femmes (que d'hommes) rapporte travailler dans leur propre communauté des Premières Nations, tandis qu'une proportion considérablement plus grande d'hommes (que de femmes) rapporte travailler dans une communauté autre que des Premières Nations. On n'observe aucune différence du lieu de travail selon le groupe d'âge.

Figure 2.2. Lieu de travail des adultes en emploi des Premières Nations dans les communautés des Premières Nations, selon le sexe



Revenu

Plus de la moitié des adultes des Premières Nations rapportent un revenu inférieur à 20 000 \$ (57,6 %, 95 % IC [55,4, 59,8]) (voir Tableau 2.3). Il s'agit d'un taux comparable à celui observé dans l'ERS 2002-03 (59,8 %). On n'observe aucune différence selon le sexe. Un pourcentage plus élevé d'adultes des Premières Nations dans les groupes d'âge plus jeune et plus vieux se retrouvent dans les échelles de revenus inférieurs ou la catégorie n'ayant aucun revenu comparativement à ceux âgés de 30 à 59 ans (voir Tableau 2.4).

Tableau 2.3. Pourcentage d'adultes dans chaque catégorie de revenu personnel, selon le sexe

Échelle de revenu	Total (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Perte de revenu	0,2 ^E	F	F
Aucun revenu	10,1	10,0	10,1
1 \$ – 4 999 \$	10,3	10,2	10,5
5 000 \$ – 9 999 \$	12,0	12,8	11,1
10 000 \$ – 14 999 \$	14,0	13,5	14,6
15 000 \$ – 19 999 \$	11,0	11,5	10,6
20 000 \$ – 24 999 \$	11,7	11,2	12,2
25 000 \$ – 29 999 \$	8,5	7,6	9,4
30 000 \$ – 39 999 \$	9,8	9,4	10,2
40 000 \$ – 49 999 \$	6,1	5,9	6,3
50 000 \$ – 59 999 \$	2,9	3,1	2,7
60 000 \$ – 69 999 \$	1,6	1,9	1,2 ^E
70 000 \$ – 79 999 \$	1,0	1,3 ^E	0,6 ^E
80 000 \$ et plus	0,9 ^E	1,4 ^E	0,3 ^E

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; utiliser les données avec prudence.

^F Supprimé en raison du faible résultat ($n < 5$) ou variabilité très élevée de l'échantillonnage ($CV > ,333$).

Tableau 2.4. Pourcentage d'adultes dans chaque catégorie de revenu personnel, selon le groupe d'âge

Échelle de revenu	18–29 ans	30–59 ans	60 ans et plus
Perte de revenu	F	F	F
Aucun revenu	15,2	7,3	12,0
1 \$ – 4 999 \$	17,9	7,9	4,5
5 000 \$ – 9 999 \$	16,8	9,9	10,7
10 000 \$ – 14 999 \$	14,3	11,2	27,4
15 000 \$ – 19 999 \$	11,4	10,5	13,2
20 000 \$ – 24 999 \$	11,6	12,3	9,2
25 000 \$ – 29 999 \$	4,5	10,7	6,9
30 000 \$ – 39 999 \$	4,6	13,0	6,3
40 000 \$ – 49 999 \$	1,9 ^E	8,5	3,8
50 000 \$ – 59 999 \$	F	4,1	2,9 ^E
60 000 \$ – 69 999 \$	F	2,2	1,2 ^E
70 000 \$ – 79 999 \$	F	1,3 ^E	1,2 ^E
80 000 \$ et plus	F	1,1 ^E	F

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; utiliser les données avec prudence.

^F Supprimé en raison du faible résultat ($n < 5$) ou variabilité très élevée de l'échantillonnage ($CV > ,333$).

Sources de revenu

Les sources de revenu les plus courantes

sont un travail rémunéré, l'aide sociale, et les prestations fiscales pour enfants (voir Tableau 2.5).

Tableau 2.5. Pourcentage d'adultes dans chaque catégorie de source de revenu (les réponses multiples sont possibles)

Source de revenu*	%
Travail rémunéré (paye ou salaire)	54,4
Revenus d'emploi indépendant	10,7
Assurance emploi	12,8
Aide sociale	33,9
Redevances, fiducies ou paiements d'indemnités en vertu de revendications territoriales	4,9
Pension de la Sécurité de vieillesse	8,8
Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec	6,5
Supplément de revenu garanti ou allocation de conjoint	3,0
Pension de retraite, pensions, rentes de retraite, rentes	4,0
Pension d'ancien combattant	0,6
Prestation fiscale pour enfant	32,6
Pension alimentaire	2,9
Indemnités pour accident de travail	1,1 ^E
Allocation pour personne handicapée	5,3
Allocation d'études ou de formation	9,9
Congé de maternité ou paternité	1,4

*Fait référence à tout revenu de chaque source pour l'année se terminant au 31 décembre 2007. ^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; utiliser les données avec prudence.

Comparativement aux femmes, une proportion considérablement plus grande d'hommes a un revenu qui provient d'un emploi indépendant (7,8 % vs 13,4 %), de l'assurance-chômage (10,1 % vs 15,4 %), et d'une allocation pour personne handicapée (3,8 % vs 6,6 %). En revanche, comparativement aux hommes, une proportion considérablement plus grande de femmes a un revenu qui provient d'une pension de vieillesse (7,6 % vs 10,0 %), d'un supplément de revenu garanti ou allocation de conjoint (2,0 % vs 4,0%), d'une prestation fiscale pour enfant (12,0 % vs 53,0 %), d'une pension alimentaire (0,9 % vs 5,0 %), et d'un congé de maternité (0,3 %^E vs 2,6 %).

Les sources de revenu ont été regroupées en sources gouvernementales, travail rémunéré et autres sources. Environ deux tiers (66,0 %) des adultes des Premières Nations ont des revenus de sources gouvernementales; environ la moitié (52,5 %) ont des revenus d'un travail rémunéré; et un sixième (15,8 %) ont des revenus provenant d'autres sources.

Les Figures 2.3 et 2.4 présentent les différences de

sources de revenu selon le sexe et l'âge. Les résultats révèlent qu'une plus grande proportion de femmes des Premières Nations que d'hommes a un revenu provenant de source gouvernementale, tandis qu'un pourcentage plus élevé d'hommes ont un revenu provenant d'un travail rémunéré. En ce qui concerne les différences selon le groupe d'âge, c'est chez les 30 à 59 ans que l'on retrouve le plus souvent un revenu provenant d'un travail rémunéré. Un revenu provenant de source gouvernementale est particulièrement courant chez les 60 ans et plus, vraisemblablement en raison des pensions gouvernementales et de l'aide sociale.

Figure 2.3. Sources de revenu groupées, selon le sexe, 2007 (n = 11,043)

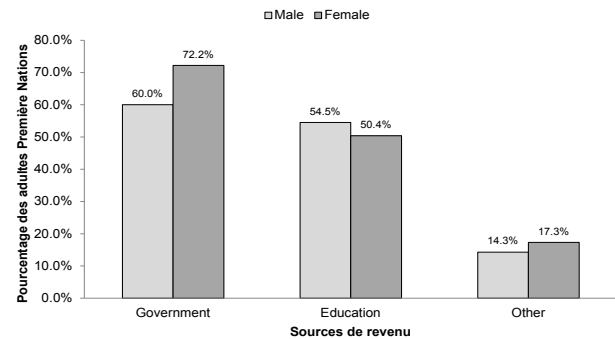
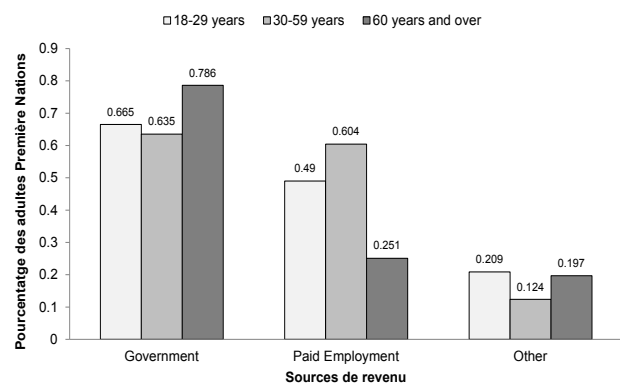


Figure 2.4. Sources de revenu groupées, selon le groupe d'âge, 2007 (n = 11,033)



CONCLUSIONS

Bien que certaines communautés des Premières Nations aient effectivement réussi à se sortir d'habitudes ancrées de dépendance et de stagnation économiques grâce à leur leadership, leur emplacement ou d'autres atouts, les moyennes observées dans l'ensemble des communautés des Premières Nations révèlent qu'un pourcentage élevé d'adultes des Premières Nations sont sans emploi et continuent de vivre dans la pauvreté. Les hommes des Premières Nations et ceux âgés entre 18 et

29 ans semblent être particulièrement susceptibles de rapporter des désavantages par rapport aux indicateurs économiques. Les faibles niveaux de revenu personnel semblent être partiellement attribuables aux difficultés de se trouver un emploi stable, valorisant et permanent.

Les résultats de l'ERS 2008-10 suggèrent qu'il est primordial de développer l'offre d'emploi pour les Premières Nations vivant dans les communautés des Premières Nations. D'autres mesures, telles que des programmes de soutien au revenu, contribueraient également à hausser le niveau de revenu des individus et des familles.

En ce qui a trait à l'interconnexion entre toutes choses, une amélioration du niveau de vie mènerait sans aucun doute à une bonification de plusieurs autres domaines problématiques dans les communautés des Premières Nations, dont la réussite scolaire, les soins de santé et les conditions de vie.

RÉFÉRENCES

- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations : Résultats pour les adultes, les adolescents et les enfants vivant dans les communautés des Premières Nations*. Ottawa : Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Commission royale sur les peuples autochtones. (1996). *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones* (Vol. 2, Chapitre 5). Ottawa : Canada Communications Group.
- Cornell, S., & Kalt, J. (1992). *Reloading the dice: Improving the chances for economic development on American Indian reservations*. Los Angeles: American Indian Studies Center, University of California.
- Dumont, J. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) Cultural Framework*. Ottawa: First Nations Information Governance Committee.
- Loppie Reading, C., & Wien, F. (2008). *Health inequalities and social determinants of aboriginal peoples' health*. Report commissioned by the National Collaborating Centre for Aboriginal Peoples Health for the Public Health Agency of Canada.
- Make Poverty History Committee. (2009). *The state of the First Nations economy and the struggle to make poverty history*. Ottawa: Assembly of First Nations.
- Standing Senate Committee on Aboriginal Peoples. (2007). *Sharing Canada's prosperity—A hand up, not a handout*. Ottawa: Senate of Canada.
- The Indian Tribes of Manitoba. (1971). *Wahbung: Our tomorrows*. Winnipeg: Manitoba Indian Brotherhood.
- Wien, F. (2006). Profile of the Membertou First Nation, Nova Scotia. In The Conference Board of Canada (Ed.), *Growth of enterprises in aboriginal communities*. Ottawa: The

Conference Board of Canada.

Chapitre 3

Éducation et langue

SOMMAIRE

L'intégration de la culture et des langues des Premières Nations au cursus scolaire est de plus en plus reconnue comme un facteur essentiel au succès des étudiants des Premières Nations et une composante fondamentale de l'apprentissage tout au long de la vie (Battiste, 2002). S'inspirant des modèles holistiques en éducation des Premières Nations, qui comprend les langues des Premières Nations, le présent chapitre se sert des résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 pour brosser un portrait contemporain de l'éducation et des langues chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et dans les collectivités nordiques.

Les résultats démontrent que plus d'un tiers (39,9 %) des adultes des Premières Nations (18 ans et plus) qui vivent dans une communauté des Premières Nations n'ont pas terminé leurs études secondaires. Ce pourcentage est moins élevé que celui rapporté dans l'ERS 2002-03 (52,4 %; 18 ans et plus), mais tout de même plus élevé que le pourcentage dans l'ensemble de la population canadienne (23,8 %; 15 ans et plus). Les adultes des Premières Nations ayant une scolarité moins élevée sont plus susceptibles d'être sans emploi; et ceux qui vivent dans une communauté éloignée ont une scolarité moins élevée.

Plus de deux tiers des adultes des Premières Nations (69,6 %) indiquent pouvoir parler ou comprendre une langue des Premières Nations. L'utilisation d'une langue des Premières Nations et la capacité de la parler ou de la comprendre augmentent avec l'âge. Comparativement à l'ERS 2002-03, un pourcentage plus élevé d'adultes des Premières Nations (36,2 %) indiquent que la langue des Premières Nations est celle qu'ils utilisent le plus souvent sur une base quotidienne. Ce sont les adultes n'ayant pas complété leurs études secondaires et ceux ayant un diplôme universitaire qui ont une meilleure maîtrise d'une langue des Premières Nations.

Les adultes des Premières Nations ayant un niveau de scolarité plus élevé sont plus équilibrés mentalement et plus confiants, et vivent moins de détresse psychologique. Toutefois, ils sont également plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires. Les adultes des Premières Nations ayant une meilleure maîtrise de leur langue des Premières Nations ont eu des pensées suicidaires ou tenté de se suicider moins souvent que ceux ayant une moins bonne maîtrise de leur langue des Premières Nations. Non seulement l'intégration des langues des Premières Nations au cursus scolaire permettrait aux étudiants de bénéficier d'une éducation davantage holistique, mais elle pourrait également contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Plus d'un tiers (39,9 %) des adultes des Premières Nations (18 ans et plus) indiquent qu'ils n'ont pas complété leurs études secondaires, comparativement à 52,4 % des adultes des Premières Nations (18 ans et plus) dans l'ERS 2002-03 et à 23,8 % des adultes (15 ans et plus) dans l'ensemble de la population canadienne.
- Seuls 4,9 % des adultes des Premières Nations indiquent avoir obtenu un diplôme universitaire, d'études supérieures ou professionnelles, comparativement à 22,6 % de l'ensemble de la population canadienne.
- Les adultes des Premières Nations dont le niveau de scolarité est moins élevé sont plus souvent sans emploi : 71,9 % de ceux n'ayant pas complété leurs études secondaires sont sans emploi, et 30,7 % de ceux ayant un diplôme collégial ou un certificat sont sans emploi.
- La proportion d'adultes des Premières Nations qui indiquent utiliser une langue des Premières Nations plus souvent dans leur vie quotidienne est passée de 22,3 % dans l'ERS 2002-03 à 36,2 % dans l'ERS 2008-10. L'utilisation et la capacité de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations croît avec l'âge.
- Les adultes des Premières Nations n'ayant pas complété leurs études secondaires et ceux ayant un diplôme universitaire sont ceux qui ont une meilleure maîtrise d'une langue des Premières Nations.
- Les adultes des Premières Nations ayant un niveau de scolarité plus élevé sont plus équilibrés mentalement et plus confiants, et vivent moins de détresse psychologique. En revanche, ils ont eu des pensées suicidaires plus souvent.
- Les adultes des Premières Nations ayant une meilleure maîtrise de leur langue des Premières Nations ont eu des pensées suicidaires et fait des tentatives de suicide plus souvent que ceux ayant une moins bonne maîtrise de leur langue des Premières Nations.

INTRODUCTION

Chez les peuples des Premières Nations au Canada, l'éducation est considérée comme un processus qui s'étend sur toute une vie et qui affirme les pratiques culturelles tout en outillant les gens avec les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour participer pleinement à la société canadienne (Capon & Laughlin, 2009). L'intégration des cultures et des langues des Premières Nations au cursus scolaire est de plus en plus reconnue comme un facteur essentiel au succès des étudiants des Premières Nations et une composante fondamentale de l'apprentissage tout au long de la vie (Battiste, 2002). L'éducation chez les Premières Nations, ainsi que la recherche sur le niveau de scolarisation chez les Premières Nations, doivent comprendre les cultures et les langues des Premières Nations.

Malheureusement, à ce jour, la plupart des travaux de recherche sur l'éducation chez les Premières Nations ont utilisé des normes non-Premières Nations pour s'attarder sur les écarts de scolarisation entre les étudiants des Premières Nations et les étudiants dans l'ensemble de la population canadienne. La réussite scolaire et les niveaux de scolarisation ont trop souvent été mesurés selon les scores de tests normalisés plutôt qu'en se fondant sur les activités culturelles holistiques qui développent l'intelligence physique, spirituelle, mentale et émotionnelle. Les sources d'apprentissage et de connaissance essentielles aux Premières Nations n'ont pas souvent été reconnues (Capon & Laughlin, 2009), à l'instar des contextes historique, politique et social de l'éducation chez les Premières Nations.

Plus récemment, des modèles holistiques ont été élaborés afin de pouvoir examiner l'éducation chez les Premières Nations de façon à tenir compte de leurs cultures et leurs langues. Par exemple, le Modèle d'apprentissage global tout au long de la vie des Premières Nations élaboré par le Conseil canadien sur l'apprentissage (2007, 2009) est représenté par l'image d'un arbre profondément enraciné. Chaque aspect de l'arbre représente un facteur qui contribue à l'apprentissage holistique tout au long de la vie. Le modèle propose une explication visuelle et écrite de la façon dont les liens à soi-même, aux autres, à la communauté, aux Aînés et à l'environnement naturel influencent et soutiennent l'apprentissage tout au long de la vie d'une personne.

La langue est une composante clé de l'éducation holistique chez les Premières Nations. La langue est essentielle à l'apprentissage de façon générale étant donné son influence sur notre compréhension et notre

expérience du monde. La langue exprime l'identité, est gardienne de l'histoire et contribue au savoir humain (Baker, 2006). Les langues autochtones sont donc les véhicules par lesquels survivent la conscience, les cultures, les littératures, les histoires, les religions, les institutions politiques et les valeurs autochtones (Battiste, 2000). Connaître et utiliser une langue des Premières Nations constitue un élément fondamental de l'éducation pour les peuples des Premières Nations.

La recherche auprès des étudiants des Premières Nations a permis de démontrer la valeur de l'apprentissage d'une langue des Premières Nations autant pour l'éducation formelle qu'informelle. Il a été démontré qu'apprendre en utilisant une langue des Premières Nations était bénéfique pour les compétences langagières scolaires des étudiants. Par exemple, des étudiants inuit qui fréquentent une école en inuktitut parvenaient à une meilleure maîtrise de l'inuktitut tout en ayant le même degré de compétence en anglais et en français que les étudiants qui fréquentent une école en anglais ou en français seulement (Wright, Taylor, & MacArthur, 2000). McCarty (2002, 2003) explique que l'enseignement dans une langue autochtone peut à la fois préparer les étudiants à réussir dans la société dominante et contribuer à la revitalisation de la langue autochtone. En outre, Battiste (2002) et d'autres (par ex., Cummins 1986, 2000; Wright & Taylor, 1995) ont fait valoir que l'apprentissage d'une langue constitue un excellent outil pour s'approprier son identité culturelle par l'éducation, contribuant ainsi au développement éducatif holistique.

Au delà du niveau de scolarisation, l'éducation et la langue sont également liées à l'amélioration de la santé et du bien-être. L'éducation est un déterminant social de la santé dans la mesure où les individus ayant un niveau de scolarité plus élevé tendent à avoir un meilleur état de santé. Les gens qui ont un niveau de scolarité plus élevé ont davantage accès à des milieux plus sains en général et sont davantage capables de comprendre et d'utiliser l'information sur la santé, ce qui contribue à une meilleure santé et un bien-être accru (Loppie Reading & Wien, 2009).

La langue est également associée à un plus grand bien-être personnel. Dans le cadre d'une étude auprès de jeunes étudiants inuit, Wright et Taylor (1995) ont démontré que l'utilisation de la langue inuit en classe était liée à une augmentation de l'estime de soi et de la fierté du groupe. Pareillement, Hallett, Chandler, et Lalonde (2007) ont démontré que les communautés des Premières Nations en Colombie-Britannique qui utilisaient davantage les langues des Premières Nations affichaient des taux de suicide moins élevés que les communautés où l'utilisation d'une langue

des Premières Nations n'était pas aussi répandue.

Dans le Modèle d'apprentissage global tout au long de la vie des Premières Nations qui est illustré par un arbre profondément enraciné (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007, 2009), les racines représentent les sources et les domaines de connaissances divisés en 5 domaines : soi, les gens, l'environnement naturel, les langues et les traditions. Le tronc de l'arbre représente les anneaux d'apprentissage de l'individu qui suivent la voie de développement de l'apprentissage à la petite enfance, l'éducation primaire et secondaire, l'éducation postsecondaire, l'apprentissage en milieu de travail, l'apprentissage comme adulte, et l'apprentissage intergénérationnel. Finalement, les branches supérieures de l'arbre représentent le bien-être individuel et collectif, lequel se sépare en 5 domaines : social, spirituel, culturel, politique et économique. Ce modèle est un guide pertinent pour comprendre les liens entre l'éducation formelle et informelle, la culture et la langue, et le bien-être chez les peuples des Premières Nations au Canada.

S'inspirant de ce modèle, le présent chapitre propose un portrait contemporain de l'éducation et de la langue chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté des Premières Nations au Canada. Les résultats de l'ERS 2008-10 auprès des adultes sont utilisés pour documenter le niveau de scolarisation formelle des Premières Nations ainsi que pour comprendre les facteurs connexes tels que la taille et l'éloignement de la communauté, la langue, le statut d'emploi et le bien-être personnel. De plus, l'utilisation d'une langue des Premières Nations est examinée et associée à la taille et l'éloignement de la communauté et au bien-être personnel. Lorsque cela s'avère possible, les résultats actuels sur l'éducation et la langue sont comparés à ceux de l'ERS 2002-03.

MÉTHODOLOGIE

Dans l'ERS 2008-10, les adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté des Premières Nations ont été invités à indiquer s'ils avaient complété leurs études secondaires. Ils étaient également invités à indiquer le plus haut niveau de scolarité complété. Étant donné que plusieurs adultes des Premières Nations effectuent un retour aux études pour une mise à niveau ou des études postsecondaires après une pause de plusieurs années (Hull, 2005), et parce que certains d'entre eux font des études supérieures sans avoir de diplôme d'études secondaires, il s'avérait important de demander le plus haut niveau de scolarité complété (même s'ils n'avaient pas complété leurs études secondaires).

Les répondants ont également été invités à indiquer quelle langue ils utilisent le plus dans leur vie quotidienne et s'ils pouvaient parler ou comprendre une langue des Premières Nations. Lorsqu'ils indiquaient pouvoir parler ou comprendre une langue des Premières Nations, ils devaient indiquer quelle(s) langue(s) ils pouvaient parler ou comprendre et évaluer leur degré d'expression orale ou de compréhension sur une échelle allant de « quelques mots » à « supérieur ».

Dans l'ERS 2008-10, les répondants devaient évaluer leur sentiment de bien-être en indiquant leur degré d'équilibre, de détresse et de confiance, ainsi que d'idées et de tentatives suicidaires. L'équilibre était évalué selon la fréquence du sentiment d'équilibre dans quatre aspects de leur vie : physique, émotionnel, mental et spirituel. Le degré de détresse était mesuré à l'aide de l'Échelle d'évaluation de la dépression de Kessler, laquelle comporte des questions telles que « Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) désespéré(e)? » et « Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou incapable de tenir en place? » Selon les résultats sur l'échelle de Kessler, les répondants étaient classés dans une des quatre catégories suivantes : « Susceptible d'être bien », « Susceptible d'avoir un trouble mental léger », « Susceptible d'avoir un trouble mental modéré », et « Susceptible d'avoir un trouble mental grave ». Le degré d'idées suicidaires était mesuré en demandant « Avez-vous déjà pensé au suicide ? » et les tentatives de suicide étaient évaluées en demandant « Avez-vous déjà fait une tentative de suicide? » Finalement, les réponses à l'énoncé « Je peux réaliser à peu près tout ce que je veux si je me décide vraiment à le faire » étaient analysées pour mesurer le degré de confiance en soi.

Les participants devaient également indiquer la taille et l'éloignement de leur communauté et s'ils avaient un travail rémunéré.

Les résultats à ces réponses sont rapportés ci-dessous. Toutes les fréquences sont rapportées avec leur intervalle de confiance de 95 %. Les différences sont significatives, à moins d'indication contraire.

RÉSULTATS

Scolarisation

Plus haut niveau de scolarité complété

Chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté des Premières Nations, 39,9 %¹ indiquent ne pas avoir terminé leurs études secondaires, 9,8 % ont terminé leurs études secondaires, 22,5 % ont une formation collégiale ou universitaire, 18,8 % ont un diplôme collégial, 3,6 % ont un diplôme universitaire, 1,3 % ont un diplôme d'études supérieures ou professionnelles, et 4,1 % ont un « autre » niveau de scolarité tel qu'une mise à niveau ou une formation spécifique (95 % IC [38,2, 41,7], [9,0, 10,7], [21,1, 23,9], [17,6, 20,0], [3,1, 4,3], [1,1, 1,6], et [3,5, 4,7], respectivement). Dans l'ERS 2002-03, 52,4 % des adultes des Premières Nations n'avaient pas terminé leurs études secondaires, 19,6 % avaient terminé leurs études secondaires, 22,9 % avaient un diplôme postsecondaire, 4,5 % avaient un baccalauréat, et 0,6 % avaient une maîtrise ou un doctorat.

En raison des différentes échelles d'âge des différentes enquêtes, il s'avère difficile de faire des comparaisons entre le plus haut niveau de scolarité complété dans l'ensemble de la population canadienne et le plus haut niveau de scolarité complété chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté des Premières Nations. Le Recensement du Canada de 2006 comprenait les individus âgés de 15 ans et plus, tandis que l'ERS 2008-10 recueillait de l'information auprès des individus âgés de 18 ans et plus. Néanmoins, il semble que les adultes des Premières Nations ont moins de scolarité que les adultes dans l'ensemble de la population canadienne. Le Recensement de 2006 révèle que 23,8 % des adultes dans l'ensemble de la population canadienne n'ont pas terminé leurs études secondaires. Ce pourcentage est inférieur à celui des adultes des Premières Nations (39,9 %) et comprend probablement des individus qui sont trop jeunes pour avoir déjà terminé leurs études secondaires. De même, 22,6 % des adultes dans l'ensemble de la population canadienne ont obtenu un diplôme universitaire, d'études supérieures ou professionnelles, comparativement à seulement 4,9 % des adultes des Premières Nations.

Éducation postsecondaire

Les résultats révèlent que le niveau de scolarité postsecondaire chez les adultes des Premières Nations varie selon le sexe (voir Tableau 3.1). Un nombre considérablement plus grand de femmes que d'hommes indiquent avoir un diplôme d'études postsecondaires.

¹ Ne pas avoir terminé ses études secondaires comprenait également les répondants ayant indiqué « non » à la question « Avez-vous obtenu un diplôme d'études secondaires? » et qui ont indiqué ne pas avoir fréquenté une école technique ou professionnelle, ou un collège ou CEGEP ».

En revanche, une plus grande proportion d'hommes indique ne pas avoir de scolarité postsecondaire ou un peu de scolarité postsecondaire. L'examen des niveaux de scolarité postsecondaire selon l'âge révèle que les adultes dans les groupes d'âge plus jeune et plus vieux sont ceux ayant le moins de scolarité postsecondaire (voir Tableau 3.1). Ces résultats concordent avec ceux de l'ERS 2002-03, qui révélait que les plus bas niveaux de scolarité se retrouvaient chez les adultes les plus jeunes et les plus vieux. Dans le cas des jeunes adultes des Premières Nations, il se peut qu'ils aient tout simplement eu moins de temps pour terminer leurs études.

Tableau 3.1. Niveau de scolarité postsecondaire, selon le sexe et le groupe d'âge (n = 10,840)

Pourcentage [95 % IC] d'adultes des Premières Nations, selon le sexe et le groupe d'âge							
	Hommes	Femmes	18–29	30–39	40–49	50–59	60+
Aucunes études postsecondaires	52.2 [50.1, 54.4]	47.2 [44.9, 49.5]	65,6 [62,7, 68,4]	40,8 [37,4, 44,3]	37,5 [34,3, 40,8]	39,8 [36,6, 43,0]	60,8 [57,4, 64,1]
Études postsecondaires non complétées	25.6 [23.7, 27.6]	19.3 [17.7, 21.0]	20,2 [18,2, 22,4]	25,4 [22,5, 28,6]	26,0 [23,2, 28,9]	23,6 [21,1, 26,3]	15,8 [13,7, 18,1]
Diplôme d'études postsecondaires	17.7 [16.1, 19.4]	27.2 [25.2, 29.4]	10,8 [9,0, 13,1]	28,5 [25,4, 31,9]	29,4 [26,6, 32,4]	30,0 [27,0, 33,2]	17,9 [15,8, 20,1]
Études supérieures ou professionnelles	1.1 [0.8, 1.6]	1.5 [1.1, 1.9]	0,5 ^E [0,2, 0,8]	1,1 ^E [0,7, 1,7]	2,1 ^E [1,3, 3,1]	2,1 ^E [1,5, 2,9]	1,2 ^E [0,8, 2,0]
Autre (perfectionnement ou formation spécifique)	3.3 [2.7, 4.1]	4.8 [4.1, 5.7]	2,9 ^E [2,0, 4,0]	4,2 [3,2, 5,4]	5,1 [3,8, 6,8]	4,6 [3,6, 5,9]	4,3 [3,4, 5,4]

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; interpréter les données avec prudence

Plus haut niveau de scolarité, selon la taille et l'éloignement de la communauté

Le plus haut niveau de scolarité complété varie selon la taille de la communauté (voir Tableau 3.2). Il semble qu'une plus grande proportion d'adultes qui ont complété un diplôme universitaire ou d'études supérieures ou professionnelles vit dans des communautés de taille moyenne ou des grandes communautés.

Le plus haut niveau de scolarité complété varie selon l'éloignement de la communauté où résident les adultes

des Premières Nations. Le Tableau 3.3 montre que les niveaux de scolarité décroissent avec l'éloignement des communautés. Par exemple, 32,0 % des adultes des Premières Nations qui vivent dans un milieu urbain et 41,4 % des adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté rurale n'ont pas terminé leurs études secondaires. En revanche, 51,9 % des adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté éloignée et 57,6 % des adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté difficile d'accès n'ont pas terminé leurs études secondaires (95 % IC [29,4, 34,7], [39,1, 43,8], [45,3, 58,5], et [53,9, 61,2], respectivement.

Tableau 3.2. Plus haut niveau de scolarité complété, selon la taille de la communauté (n = 10,840)

	Petite (< 300 personnes)	Moyenne (300-1499 personnes)	Grande (>1500 personnes)
Aucunes études secondaires	34,9 [31,9, 38,0]	41,6 [39,3, 43,9]	38,9 [35,9, 42,1]
Études secondaires	11,3 [9,7, 12,2]	10,6 [9,3, 12,0]	8,6 [7,3, 10,1]
Études collégiales ou universitaires non complétées	26,5 [24,6, 28,5]	22,0 [20,0, 24,2]	22,2 [20,2, 24,3]
Diplôme collégial	20,8 [18,5, 23,3]	17,4 [15,9, 19,1]	20,0 [17,9, 22,2]
Diplôme universitaire	2,1 ^E [1,5, 3,0]	3,2 [2,7, 4,0]	4,4 [3,3, 5,9]
Diplôme d'études supérieures ou professionnelles	0,9 ^E [0,6, 1,6]	0,8 ^E [0,6, 1,1]	2,0 ^E [1,5, 2,6]
Autre (perfectionnement ou formation spécifique)	3,5 [2,6, 4,7]	4,3 [3,7, 5,0]	3,9 ^E [2,9, 5,2]

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; interpréter les données avec prudence.

Tableau 3.3. Plus haut niveau de scolarité complété, selon l'éloignement de la communauté (n = 10,840)

	Urbaine	Rurale	Éloignée	Difficile d'accès
Aucunes études secondaires	32,0 [29,4, 34,7]	41,4 [39,1, 43,8]	51,9 [45,3, 58,5]	57,6 [53,9, 61,2]
Études secondaires	10,6 [9,1, 12,4]	9,8 [8,6, 11,2]	7,6 ^E [4,9, 11,2]	7,7 ^E [5,9, 10,1]
Études collégiales ou universitaires non complétées	24,3 [21,8, 27,0]	23,7 [21,8, 25,7]	15,3 [10,9, 20,9]	13,7 [11,5, 16,0]
Diplôme collégial	22,7 [20,6, 25,0]	17,3 [15,7, 19,0]	13,2 [9,6, 17,8]	12,3 [10,6, 14,3]
Diplôme universitaire	4,7 [3,5, 6,2]	3,2 [2,6, 3,9]	F	2,2 ^E [1,4, 3,4]
Diplôme d'études supérieures ou professionnelles	1,9 [1,5, 2,4]	0,9 ^E [.2, .6]	4,1 ^E [2,1, 7,6]	F
Autre (mise à niveau ou formation spécifique)	3,8 [2,7, 5,2]	3,7 [3,1, 4,4]	5,8 ^E [3,6, 9,2]	6,1 [4,9, 7,4]

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; interpréter les données avec prudence.

^F Supprimé en raison de la variabilité élevée de l'échantillonnage (CV > ,333).

Plus haut niveau de scolarité, selon le statut d'emploi

En ce qui a trait au statut d'emploi, il a été noté que plus le niveau de scolarité augmente, plus les adultes des Premières Nations sont susceptibles d'avoir un emploi. Parmi ceux qui indiquent ne pas avoir complété leurs études secondaires, 71,9 % étaient sans emploi; parmi ceux ayant un diplôme d'études collégiales, 30,7 % étaient sans emploi; et parmi ceux ayant un diplôme universitaire, 15,3 % étaient sans emploi (95 % IC [69,6, 74,1], [27,3, 34,4], et [11,5, 20,0], respectivement).

Langue des Premières Nations

Comprendre et parler une langue des Premières Nations

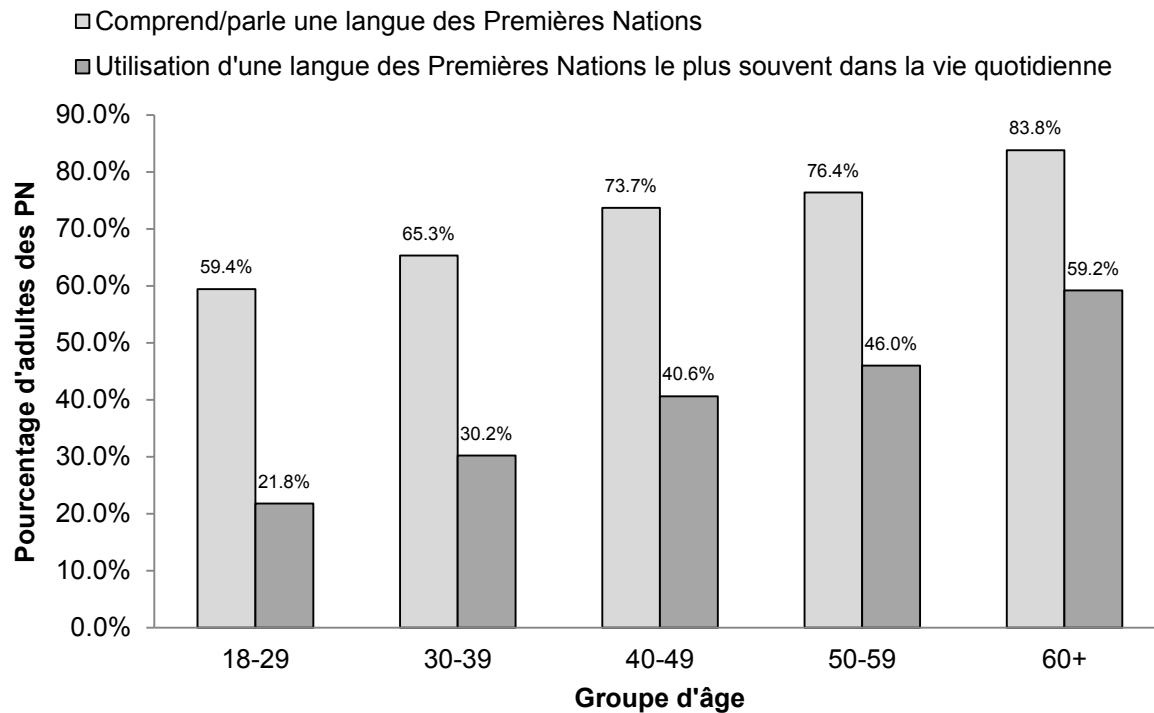
Près de 70 % des adultes des Premières Nations (69,6 %, 95 % IC [66,8, 72,2]) indiquent pouvoir parler ou comprendre une langue des Premières Nations. Des proportions équivalentes d'hommes (69,6 %) et de femmes (69,5 %) peuvent parler ou comprendre une langue des Premières Nations. La capacité de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations croît avec l'âge (voir Figure 3.1), les adultes plus vieux des Premières Nations peuvent plus souvent parler ou comprendre une langue des Premières Nations. Parmi ceux qui indiquent pouvoir parler ou comprendre une langue des Premières Nations, 61,0 % (95 % IC [58,7, 63,3]) indiquent également avoir

un degré de compréhension intermédiaire ou supérieur, et 39,0 % (95 % IC [36,7, 41,3]) indiquent avoir un degré de compréhension élémentaire de la langue ou pouvoir comprendre quelques mots. Parmi les adultes des Premières Nations qui indiquent pouvoir parler ou comprendre une langue des Premières Nations, 56,9 % (95 % IC [54,5, 59,3]) indiquent avoir un degré d'expression orale intermédiaire ou supérieur, et 43,1 % (95 % IC [40,7, 45,5]) indiquent avoir un degré d'expression orale élémentaire ou pouvoir dire quelques mots.

Utilisation d'une langue des Premières Nations dans la vie quotidienne

Environ un tiers (36,2 %, 95 % IC [33,7, 38,8]) des adultes des Premières Nations indiquent que la langue qu'ils utilisent le plus dans leur vie quotidienne est une langue des Premières Nations. Des pourcentages similaires d'hommes (36,7 %) et de femmes (35,7 %) indiquent utiliser une langue des Premières Nations plus souvent. Les comparaisons avec l'ERS 2002-03 révèlent que moins d'adultes des Premières Nations en 2002-03 (22,3 %) avaient indiqué utiliser une langue des Premières Nations plus souvent dans leur vie quotidienne. Il semble que l'utilisation d'une langue des Premières Nations augmente avec l'âge : des proportions plus élevées d'adultes des Premières Nations dans les groupes d'âge plus vieux indiquent que c'est une langue des Premières Nations qu'ils utilisent le plus souvent dans leur vie quotidienne.

Figure 3.1. Pourcentage d'adultes des Premières Nations capables de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations ($n = 10,839$) et Pourcentage qui utilise une langue des Premières Nations plus souvent dans leur vie quotidienne ($n = 11,029$), selon l'âge



Utilisation d'une langue des Premières Nations, selon la taille et l'éloignement de la communauté

L'utilisation d'une langue des Premières Nations dans la vie quotidienne augmente avec la taille de la communauté. Dans les petites communautés (moins de 300 personnes), seuls 15,5 % (95 % IC [10,7, 22,0]) des adultes des Premières Nations indiquent que c'est une langue des Premières Nations qu'ils utilisent le plus souvent dans leur vie quotidienne. C'est un pourcentage significativement plus bas que les 33,6 % (95 % IC [30,5, 36,8]) d'adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté de taille moyenne (300 à 1 499 personnes) qui indiquent que c'est une langue des Premières Nations qu'ils utilisent le plus souvent dans leur vie quotidienne. Dans les grandes communautés (plus de 1 500 personnes), 43,9 % (95 % IC [39,2, 48,7]) des adultes des Premières Nations indiquent que c'est une langue des Premières Nations qu'ils utilisent le plus souvent dans leur vie quotidienne. L'utilisation d'une langue des Premières Nations augmente également avec l'éloignement de la communauté. En milieu urbain, 26,1 % (95 % IC [21,8, 31,0]) des adultes des Premières Nations indiquent que c'est une langue des Premières Nations qu'ils utilisent le plus souvent dans leur vie quotidienne. Il s'agit d'un pourcentage significativement plus bas que les 38,8 % (95 % IC [35,3, 42,4]) d'adultes des Premières Nations

qui vivent dans une communauté rurale, les 62,8 % (95 % IC [48,6, 75,1]) d'adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté éloignée, et les 55,1 % (95 % IC [47,8, 62,2]) d'adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté difficile d'accès qui indiquent que c'est une langue des Premières Nations qu'ils utilisent le plus souvent dans leur vie quotidienne.

Langues des Premières Nations parlées

L'Annexe A montre le pourcentage d'adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté des Premières Nations qui indiquent parler ou comprendre différentes langues des Premières Nations. Une langue algonquienne est la langue rapportée par le plus grand pourcentage d'adultes des Premières Nations qui indiquent pouvoir parler ou comprendre une langue des Premières Nations (59,6 %).

Éducation et langue

Éducation formelle et parler ou comprendre une langue des Premières Nations

Parmi les adultes des Premières Nations qui indiquent pouvoir parler ou comprendre une langue des Premières Nations, ce sont ceux qui n'ont pas terminé

leurs études secondaires qui affichent certains des plus hauts taux d'expression ou de compréhension d'une langue à un niveau intermédiaire ou supérieur. Ceux qui ont un diplôme universitaire, d'études supérieures ou professionnelles affichent également des taux élevés de capacité intermédiaire ou supérieure d'expression ou de compréhension d'une langue des Premières Nations (voir Tableau 3.4).

Tableau 3.4. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui rapportent une capacité intermédiaire ou supérieure d'expression ou de compréhension d'une langue des Premières Nations, selon le plus haut niveau de scolarité complété

	Compréhension intermédiaire/supérieure % [95 % IC]	Expression intermédiaire/supérieure % [95 % IC]
Études secondaires non complétées	68,1 [65,6, 70,5]	64,4 [61,8, 66,9]
Études secondaires	50,8 [44,9, 56,7]	47,0 [41,2, 52,7]
Études collégiales ou universitaires non complétées	54,6 [50,1, 59,1]	51,2 [46,5, 55,8]
Diplôme collégial	55,2 [50,9, 59,5]	49,4 [45,0, 53,7]
Diplôme universitaire	60,5 [49,9, 70,2]	52,4 [42,7, 61,9]
Diplôme d'études supérieures ou professionnelles	71,9 [61,5, 80,4]	70,9 [59,3, 80,3]
Autre (mise à niveau ou formation spécifique)	68,6 [60,3, 75,9]	64,8 [56,8, 72,1]

Éducation et bien-être personnel

Éducation et équilibre

Les adultes des Premières Nations qui indiquent avoir complété leurs études secondaires rapportent des degrés d'équilibre physique, émotionnel, mental et spirituel modérément plus élevés que ceux qui n'ont pas complété leurs études secondaires, le plus grand écart étant observé au plan de l'équilibre mental. Plus précisément, 82,5 % (95 % IC [79,7, 85,3]) de ceux ayant complété leurs études secondaires rapportent un état d'équilibre mental tout le temps ou presque tout le temps, comparativement à 70,4 % (95 % IC [68,1, 72,7]) de ceux n'ayant pas complété leurs études secondaires.

Éducation et détresse psychologique

Les adultes des Premières Nations qui ont un niveau de scolarité plus élevé vivent de la détresse psychologique moins souvent. Parmi les adultes des Premières Nations n'ayant pas complété leurs études secondaires, 65,7 % sont susceptibles d'être bien, 16,1 % sont susceptibles d'avoir un trouble mental léger, 9,8 % sont susceptibles d'avoir un trouble mental modéré, et 8,4 % sont susceptibles d'avoir un trouble mental grave. Parmi les adultes des Premières Nations ayant un diplôme collégial, 72,0 % sont susceptibles d'être bien, 15,8 % sont susceptibles d'avoir un trouble mental léger, 6,8 % sont susceptibles d'avoir un trouble mental modéré, et 5,3 % sont susceptibles d'avoir un trouble mental grave. Les plus hauts degrés de détresse psychologique sont rapportés par ceux ayant un autre type de formation (voir Tableau 3.5).

Tableau 3.5. Détresse psychologique, selon le plus haut niveau de scolarité (n = 10,181)

	Pourcentage [95 % IC] d'adultes des Premières Nations			
	Susceptibles d'être bien	Susceptibles d'avoir un trouble mental léger	Susceptibles d'avoir un trouble mental modéré	Susceptibles d'avoir un trouble mental grave
Études secondaires non complétées	65,7 [63,1, 68,1]	16,1 [14,3, 18,0]	9,8 [8,5, 11,3]	8,4 [7,2, 9,8]
Études secondaires	73,6 [69,7, 77,3]	12,7 [10,2, 15,6]	9,8 [7,4, 13,0]	3,8 ^E [2,5, 5,8]
Études collégiales ou universitaires non complétées	68,0 [64,8, 71,0]	17,5 [15,0, 20,2]	8,0 [6,5, 9,8]	6,6 [5,3, 8,1]
Diplôme collégial	72,0 [68,9, 75,0]	15,8 [13,5, 18,5]	6,8 [5,5, 8,3]	5,3 [4,3, 6,7]
Diplôme universitaire	79,2 [73,2, 84,2]	13,5 [9,7, 18,6]	3,8 ^E [2,0, 7,2]	3,4 ^E [2,0, 5,9]
Autre (mise à niveau ou formation spécifique)	57,0 [50,5, 63,2]	19,2 [15,0, 24,1]	13,1 [10,0, 17,1]	10,7 [8,0, 14,2]

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; interpréter avec prudence.

Éducation et suicide

Une tendance différente se profile lors de l'examen des idées suicidaires selon le plus haut niveau de scolarité complété. Parmi les adultes des Premières Nations qui ont complété leurs études secondaires, 19,1 % (95 % IC [17,3, 21,1]) rapportent avoir eu des idées suicidaires, tandis que parmi ceux ayant un diplôme collégial, 25,1 % (95 % IC [22,6, 27,8]) ont eu des idées suicidaires. Il semble qu'une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui ont un niveau de scolarité plus élevé ont eu des idées suicidaires.

Éducation et confiance en soi

Les adultes des Premières Nations avec davantage de scolarité postsecondaire sont d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé « Je peux réaliser à peu près tout ce que je veux si je me décide vraiment à le faire ». Par exemple, 86,4 % des adultes des Premières Nations sans scolarité postsecondaire sont d'accord ou tout à fait d'accord avec cet énoncé, comparativement à 92,1 % de ceux ayant une scolarité postsecondaire et à 95,8 % de ceux ayant un diplôme universitaire de 1^{er} cycle.

Langue et bien-être personnel*Langue et équilibre*

On n'observe aucune différence de proportions d'adultes qui rapportent se sentir en équilibre « en permanence » entre ceux qui utilisent une langue des Premières Nations le plus souvent et ceux qui utilisent une autre langue (équilibre physique : 27,9 % vs 25,5 %; équilibre affectif : 26,7 % vs 23,2 %; équilibre mental : 28,9% vs 26,9 %), à l'exception de l'équilibre spirituel (32,5 % vs 25,1%, respectivement).

Langue et détresse

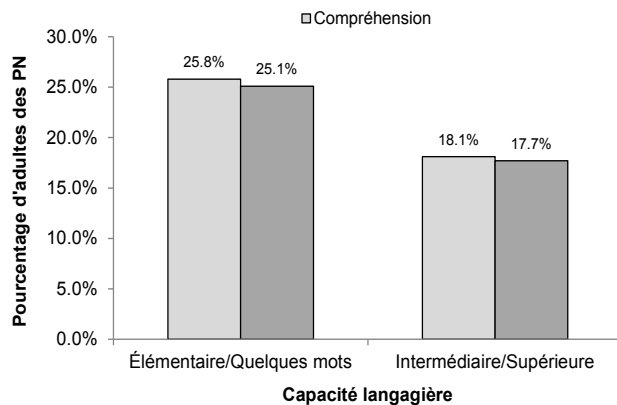
Les adultes des Premières Nations qui indiquent utiliser une langue des Premières Nations le plus souvent dans leur vie quotidienne et ceux qui indiquent ne pas utiliser une langue des Premières Nations le plus souvent dans leur vie quotidienne affichent des degrés de détresse psychologique similaires. Environ deux tiers (67,9 %, 95 % IC [65,5, 70,2]) des adultes des Premières Nations ayant indiqué utiliser une langue des Premières Nations le plus souvent dans leur vie quotidienne sont susceptibles d'être bien selon leurs scores sur l'Échelle d'évaluation de la dépression de Kessler. Il s'agit d'un résultat similaire aux 68,8 % (95 % IC [66,7, 70,8]) d'adultes des Premières Nations qui n'utilisent pas une langue des Premières Nations le plus souvent dans leur vie

quotidienne qui sont susceptibles d'être bien. Le même résultat peut être observé lors de l'examen du degré de détresse psychologique selon la capacité de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations. Parmi les adultes des Premières Nations qui indiquent avoir une compréhension intermédiaire ou supérieure d'une langue des Premières Nations, 68,1 % sont susceptibles d'être bien et 6,7 % sont susceptibles d'avoir un trouble mental grave (95 % IC [65,7, 70,3] et [5,8, 7,7], respectivement). Ces résultats sont similaires à ceux qui rapportent n'avoir qu'une compréhension élémentaire ou ne comprendre que quelques mots d'une langue des Premières Nations, alors que 68,3 % sont susceptibles d'être bien et 6,6 % sont susceptibles d'avoir un trouble mental grave (95 % IC [65,5, 71,0] et [5,4, 8,0], respectivement).

Langue et suicide

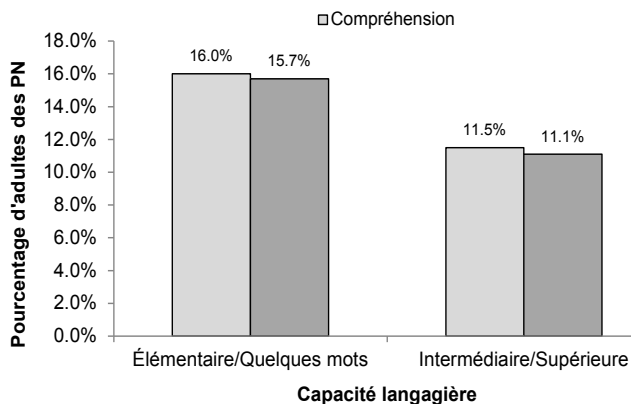
Parmi les adultes des Premières Nations qui indiquent utiliser une langue des Premières Nations le plus souvent dans leur vie quotidienne, 19,9 % (95 % IC [18,3, 21,7]) rapportent avoir eu des idées suicidaires, comparativement à 23,1 % (95 % IC [21,5, 24,8]) de ceux qui n'utilisent pas souvent une langue des Premières Nations dans leur vie quotidienne. Bien que cet écart ne soit pas significatif, il évoque tout de même la possibilité que l'utilisation d'une langue des Premières Nations soit associée à une réduction des idées suicidaires. Cette possibilité est soutenue par un examen de la capacité des adultes des Premières Nations de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations (voir Figure 3.2). Parmi les adultes des Premières Nations qui indiquent avoir une compréhension élémentaire ou ne comprendre que quelques mots d'une langue des Premières Nations, 25,8 % (95 % IC [23,3, 28,5]) rapportent avoir eu des idées suicidaires. Cependant, parmi les adultes des Premières Nations qui ont indiqué avoir une compréhension intermédiaire ou supérieure d'une langue des Premières Nations, 18,1 % (95 % IC [16,6, 19,8]) rapportent avoir eu des idées suicidaires. De même, parmi ceux qui peuvent parler une langue des Premières Nations à un niveau élémentaire ou qui ne peuvent que dire quelques mots, 25,1 % (95 % IC [22,8, 27,5]) ont eu des idées suicidaires, comparativement à 17,7 % (95 % IC [16,0, 19,4]) de ceux dont le degré d'expression orale est intermédiaire ou supérieur.

Figure 3.2. Pourcentage des adultes des Premières Nations qui ont eu des idées suicidaires, selon la capacité de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations



Ces résultats ont mené à une investigation approfondie des tentatives de suicide. Une tendance similaire a pu être observée (voir Figure 3.3). Parmi les adultes des Premières Nations qui indiquent avoir une compréhension élémentaire d'une langue des Premières Nations ou ne pouvoir comprendre que quelques mots, 16,0 % (95 % IC [14,2, 18,1]) rapportent avoir fait une tentative de suicide. Toutefois, parmi ceux qui indiquent avoir une compréhension intermédiaire ou supérieure d'une langue des Premières Nations, 11,5 % (95 % IC [10,2, 12,9]) rapportent avoir fait une tentative de suicide. De même, parmi les adultes des Premières Nations qui peuvent parler une langue des Premières Nations à un niveau élémentaire ou qui ne peuvent dire que quelques mots, 15,7 % (95 % IC [14,0, 17,6]) ont eu des idées suicidaires, comparativement à 11,1 % (95 % IC [9,8, 12,5]) qui peuvent parler à un niveau intermédiaire ou supérieur.

Figure 3.3. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui ont fait une tentative de suicide, selon la capacité de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations



Langue et confiance en soi

Aucun écart significatif n'a été relevé lors de l'examen des réponses à l'énoncé « Je peux réaliser à peu près tout ce que je veux si je me décide vraiment à le faire » et l'utilisation d'une langue des Premières Nations. Près de la moitié (47,2 %) des adultes des Premières Nations qui indiquent utiliser une langue des Premières Nations le plus souvent dans leur vie quotidienne sont d'accord avec cet énoncé, comparativement à 44,4 % des adultes des Premières Nations qui n'utilisent pas une langue des Premières Nations le plus souvent dans leur vie quotidienne. De même, 40,6 % des adultes des Premières Nations qui indiquent utiliser une langue des Premières Nations sont « tout à fait d'accord » avec cet énoncé, comparativement à 45,0 % de ceux qui n'utilisent pas une langue des Premières Nations le plus souvent dans leur vie quotidienne (95 % IC [44,8, 49,6], [42,4, 46,4], [37,9, 43,0], et [43,0, 47,0], respectivement).

DISCUSSION

Près de 40 % des adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté des Premières Nations indiquent ne pas avoir complété leurs études secondaires, une amélioration depuis l'ERS 2002-03. Toutefois, lorsqu'ils sont invités à indiquer s'ils ont un diplôme d'études secondaires, bien plus de la moitié (62,7 %) des adultes de l'ERS 2008-10 répondent par la négative. On peut présumer que plusieurs de ces adultes des Premières Nations ont tout de même poursuivi des études ultérieures malgré le fait qu'ils n'aient pas eu de diplôme d'études secondaires. Quoi qu'il en soit, les faibles taux de diplomation aux études secondaires sont préoccupants, tout comme l'écart considérable entre les Premières Nations et l'ensemble de la population canadienne en ce qui a trait à l'obtention d'un diplôme universitaire. Les travaux futurs devront se pencher davantage sur cet écart et continuer de chercher des moyens d'améliorer les niveaux de scolarité chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté des Premières Nations.

Les femmes des Premières Nations poursuivent une forme ou une autre d'études postsecondaires plus souvent que les hommes des Premières Nations. Les adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté éloignée ou difficile d'accès affichent également des niveaux de scolarité plus bas que ceux qui vivent dans un milieu urbain. Les efforts pour améliorer l'expérience scolaire et le niveau de scolarisation devront peut-être cibler, du moins en partie, les hommes et ceux qui vivent dans une communauté éloignée. Des niveaux plus élevés de scolarité ont également été associés à l'emploi,

accentuant ainsi l'importance des initiatives pour améliorer les niveaux de scolarité chez les Premières Nations.

Près de 70 % des adultes des Premières Nations indiquent pouvoir parler ou comprendre une langue des Premières Nations, et plus de 35 % indiquent utiliser cette langue des Premières Nations le plus souvent dans leur vie quotidienne. On note une hausse de l'utilisation d'une langue des Premières Nations depuis l'ERS 2002-03, alors que 22,3 % indiquaient que leur langue des Premières Nations était celle qu'ils utilisaient le plus souvent dans leur vie quotidienne. Il s'agit d'une tendance encourageante, mais il faut noter que les résultats indiquent que l'utilisation d'une langue des Premières Nations et cette capacité langagière augmentent avec l'âge. Les adultes des générations plus âgées connaissent et utilisent leur langue des Premières Nations plus souvent que les jeunes adultes, un constat qui révèle une incidence négative sur la vigueur des langues des Premières Nations de façon générale. Dans l'ensemble du Canada, les langues des Premières Nations sont menacées de disparition en raison de la pression de la langue répandue et dominante qu'est l'anglais (Norris, 2007). Si les jeunes adultes n'apprennent pas et n'utilisent pas ces langues, alors le risque est accru.

Une des voies les plus prometteuses pour la revitalisation des langues des Premières Nations est leur intégration comme langue d'instruction dans les écoles. Dans le cas d'une langue menacée, la recherche a systématiquement démontré que l'enseignement aux jeunes élèves dans cette langue s'avère un moyen efficace de produire davantage de locuteurs (Baker, 2006; Fishman, 2001), d'instiller un fort sentiment d'identité culturelle (Battiste, 2002; Wright & Taylor, 1995), et de préparer les étudiants à réussir dans la société dominante (Cummins, 1986, 2000). L'intégration des langues des Premières Nations au cursus scolaire a toutes les chances de renforcer ces langues et d'être bénéfique pour les étudiants et les communautés.

Les résultats de l'ERS 2008-10 démontrent que les locuteurs se retrouvent principalement chez les adultes des Premières Nations qui n'ont pas complété leurs études secondaires et ceux ayant un diplôme universitaire. Il s'agit d'un résultat intéressant qui peut être attribué à l'âge. Les répondants dans les catégories d'âge plus élevées ont moins souvent une scolarité élevée et parlent une langue des Premières Nations plus souvent, ce qui pourrait donner l'impression que les résultats indiquent que moins de scolarité est associé à une plus grande capacité par rapport à une langue des Premières Nations. Mais les répondants avec un diplôme universitaire plus élevé sont également de

bons locuteurs. Ces résultats mettent en évidence une importante possibilité : l'éducation supérieure peut aller de pair avec les capacités d'expression et de compréhension d'une langue des Premières Nations.

Conformément aux recherches passées (par ex., Loppie Reading & Wien, 2009; Hallett et al., 2007), l'éducation et la capacité d'expression ou de compréhension d'une langue des Premières Nations sont associées à différents aspects du bien-être personnel. Les résultats actuels révèlent que ceux ayant un niveau de scolarité plus élevé sont plus équilibrés, ont davantage de confiance en eux et vivent moins de détresse. Par ailleurs, ceux ayant un niveau de scolarité plus élevé ont également eu des idées suicidaires plus souvent. Ces résultats contradictoires justifient une investigation approfondie. Étant donné que les résultats actuels révèlent également que ceux ayant une meilleure capacité langagière ont eu des idées suicidaires et fait des tentatives de suicide moins souvent, il serait intéressant d'examiner les liens entre l'éducation, la langue et le suicide. À l'instar de travaux de recherche par Hallett et al. (2007) qui ont révélé des taux de suicide moins élevés dans les communautés où l'utilisation d'une langue des Premières Nations est plus répandue, il semble y avoir un lien important entre les langues des Premières Nations et le suicide. Ici encore, l'intégration de plus de culture et de langue dans l'éducation des Premières Nations peut s'avérer une voie prometteuse pour les chercheurs et les décideurs politiques.

CONCLUSIONS

Malheureusement, l'éducation des Premières Nations a toujours mis de côté et même tenté de détruire les langues et les cultures qui constituent une composante essentielle des modes d'apprentissage des Premières Nations. Les pensionnats et le cursus eurocentrique ont souvent encouragé les Premières Nations à renoncer à leur culture, à leurs langues et à leurs modes de vie traditionnels.

Plus récemment, l'éducation dans les communautés des Premières Nations, ainsi que la recherche sur l'éducation des Premières Nations, a adopté une perspective davantage holistique de l'éducation des Premières Nations (Par ex., Conseil canadien sur l'apprentissage, 2009). L'intégration de la culture et des langues des Premières Nations au cursus scolaire est de plus en plus reconnue comme un facteur essentiel au succès des étudiants des Premières Nations et une composante fondamentale de l'apprentissage tout au long de la vie (Battiste, 2002).

Les résultats de l'ERS 2008-10 démontrent qu'il est nécessaire d'axer davantage les efforts non seulement sur

la réduction de l'écart entre les niveaux de scolarisation des membres des Premières Nations qui vivent dans une réserve ou dans une collectivité nordique et l'ensemble de la population canadienne, mais également sur le rôle positif que les cultures, et en particulier les langues, peuvent jouer dans l'éducation. Peut-être que l'intégration des langues des Premières Nations dans le cursus scolaire permettrait aux étudiants de bénéficier d'une éducation davantage holistique et contribuerait à l'amélioration de la santé et du bien-être des Premières Nations au Canada.

RÉFÉRENCES

- Baker, C. (2006). *Foundations of Bilingual Education and Bilingualism, 4thed.* Clevedon, UK: Multilingual Matters.
- Battiste, M. (2000). Maintaining Aboriginal identity, language and culture in modern society. In M. Battiste (Ed.), *Reclaiming Indigenous voice and vision* (pp. 192–208). Vancouver: UBC Press.
- Battiste, M. (2002). *Indigenous knowledge and pedagogy in First Nations education: A literature review with recommendations.* Paper prepared for the National Working Group on Education and the Minister of Indian Affairs, Indian and Northern Affairs Canada, Ottawa, Ontario.
- Canadian Council on Learning. (2007). *Redefining how success is measured in First Nations, Inuit, and Métis learning.* Ottawa, Ontario.
- Canadian Council on Learning. (2009). *The state of Aboriginal Learning in Canada: A holistic approach to measuring success.* Ottawa, Ontario.
- Cappon, P., & Laughlin, J. (2009). *Redefining how success is measured in Aboriginal learning in Canada.* Paper presented at the third OECD World Forum on Statistics, Knowledge and Policy, Charting Progress, Building Visions, Improving Life. Busan, Korea, October 2009.
- Cummins, J. (1986). Empowering minority students: A framework for intervention. *Harvard Educational Review, 56*, 18–36.
- Cummins, J. (2000). *Language, power and pedagogy: Bilingual children in the crossfire.* Clevedon, UK: Multilingual Matters.
- Fishman, J. A. (2001). *Can threatened languages be saved? Reversing language shift, revisited: A 21st century perspective.* Clevedon, UK: Multilingual Matters.
- Hallett, D., Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (2007). Aboriginal language knowledge and youth suicide. *Cognitive Development, 22*, 392–99.
- Hull, J. (2005). *Post-Secondary Education and Labour Market Outcomes, Canada, 2001.* Ottawa: Indian and Northern Affairs Canada and Statistics Canada.
- Loppie Reading, C., & Wien, F. (2009). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal Peoples' Health.* Ottawa: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- McCarty, T. L. (2002). Bilingual/bicultural schooling and indigenous students: A response to Eugene Garcia. *International Journal of Sociology of Language, 155/156*, 161–74. doi: 10.1515/ijsl.2002.023
- McCarty, T. L. (2003). Revitalising indigenous languages in homogenising times. *Comparative Education, 39*, 147–63.
- Norris, M. J. (2007). Aboriginal languages in Canada: Emerging trends and perspectives on second language acquisition. *Canadian Social Trends, Summer(83)*, 19–27.
- Wright, S. C., & Taylor, D. M. (1995). Identity and the language of the classroom: Investigating the impact of heritage versus second language instruction on personal and collective self-esteem. *Journal of Educational Psychology, 87*, 241–52.
- Wright, S. C., Taylor, D. M., & Macarthur, J. (2000). Subtractive bilingualism and the survival of the Inuit language: Heritage-versus second-language education. *Journal of Educational Psychology, 92(1)*, 63–84.

Chapitre 4

Logement et conditions de vie

SOMMAIRE

L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) constitue une lentille à travers laquelle nous pouvons mieux comprendre l'environnement domestique des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Ce chapitre se penche sur la propriété du logement, l'occupation et le revenu du ménage; l'accès aux besoins et services essentiels; et la présence de moisissure. Les données de l'ERS 2008-10 sont mises en contexte grâce à des comparaisons avec les données de l'Enquête régionale sur la santé précédente (2002-03) et avec des données sur l'ensemble de la population canadienne. De nombreux aspects à améliorer sont notés, dont les réparations requises au logement, la forte présence de moisissure, la surpopulation, et l'accès à de l'eau potable. Les résultats révèlent que ceux qui vivent dans un logement qui est la propriété de la bande et ceux dont le revenu du ménage est faible sont plus susceptibles de rapporter de mauvaises conditions de vie. Peu d'améliorations ont été observées depuis l'ERS 2002-03, sauf en ce qui concerne l'accès à un ordinateur dans le ménage et à Internet. Une discussion des résultats conclut le chapitre.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Plus d'un adulte des Premières Nations sur trois a un revenu du ménage annuel inférieur à 20 000 \$. La proportion d'adultes dont le revenu du ménage est inférieur à 20 000 \$ a augmenté depuis l'ERS précédente en 2002-03 (37 % vs 30,7 %, respectivement) et demeure bien plus élevée que celle de l'ensemble de la population canadienne (6,4 %).
- 16,5 % des adultes des Premières Nations ont des difficultés financières (i.e., omission de paiements ou emprunt d'argent) sur une base mensuelle ou plus fréquemment pour payer leur nourriture.
- Environ un quart des adultes des Premières Nations vivent dans un logement surpeuplé (23,4 %), ce qui représente une augmentation significative depuis la dernière ERS (17,2 %). Dans l'ensemble de la population canadienne, 7 % des adultes vivent dans un logement surpeuplé (SCHL, 2011b).
 - La proportion d'adultes qui vivent dans un logement surpeuplé est plus élevée chez ceux dont le revenu annuel du ménage est inférieur à 25 000 \$ (24,5 %) et chez ceux qui vivent dans un logement qui est la propriété de la bande (28,2 %).
- 37,3 % des adultes des Premières Nations indiquent que leur logement nécessite des réparations majeures.
- Un petit nombre d'adultes des Premières Nations indiquent ne pas avoir certains équipements dans leur logement, tels que l'eau chaude courante (3,4 %), l'eau froide courante (2,1 %), et une toilette à chasse d'eau (2,7 %). Aucune amélioration n'est notée depuis l'ERS précédente (2002-03).
- Plus d'un tiers (35,8 %) des adultes des Premières Nations estiment que l'eau provenant de leur principale source d'approvisionnement n'est pas potable à l'année. Aucune amélioration n'est notée depuis l'ERS précédente (2002-03).
- La moitié des adultes des Premières Nations vivent dans un logement où la présence de moisissure est notée (50,9 %), ce qui représente une hausse depuis l'ERS 2002-03 (44,0 %).
- De nombreux adultes indiquent que leur logement *n'a pas* d'équipement de sécurité de base, tel qu'un détecteur de fumée en état de marche (22,6 %), un extincteur (53,1 %) et un détecteur de monoxyde de carbone (78,1 %).
- La proportion d'adultes des Premières Nations qui indiquent avoir un ordinateur à la maison (60,2 %) et une connexion Internet (51,8 %) a augmenté depuis l'ERS précédente; toutefois, prévalence accusent un retard par rapport à ceux de l'ensemble de la population canadienne.

Et je dis, l’anneau sacré de mon peuple n’est qu’un parmi tous les anneaux qui forment un grand cercle, aussi vaste que la lumière du jour et de la nuit, et au centre se trouve un immense arbre en fleurs pour abriter tous les enfants d’une mère et d’un père.

—[Black Elk](#)

INTRODUCTION

La santé des Premières Nations et de leurs communautés doit être examinée dans le contexte du logement et des conditions de vie dans lesquels les Premières Nations vivent et élèvent leurs familles. Avoir un endroit que l’on peut appeler son chez-soi est associé à des sentiments de sécurité, de sûreté et d’intimité. Mais pour plusieurs personnes qui vivent dans une communauté des Premières Nations, les conditions de logement et de vie sont inférieures aux normes et ne semblent pas s’être améliorées depuis la Commission royale sur les peuples autochtones de 1996 (CRPA).

La Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé de 1986 de l’Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît la qualité du logement comme un important précurseur de la santé et du bien-être des individus et des familles, et rappelle que les améliorations au logement peuvent avoir une incidence positive importante et mesurable sur la santé (OMS, 1986). Avoir un logement inadéquat, insalubre et inabordable est associé à des maladies chroniques telles que l’asthme et une santé mentale précaire (Réseau des bases factuelles en santé, 2005). Des conditions de logement médiocres ont également été associées à la propagation et à l’occurrence chronique de virus et de bactéries (Agence de santé publique du Canada [ASPC], 2003), et à la prévalence accrue de blessures non intentionnelles (Garzon, 2005).

Les améliorations au logement associées à une amélioration de l’état de santé comprennent notamment les travaux de rénovations, la relocalisation, et les projets d’efficacité énergétique. Dans le cas des enfants, les améliorations au logement sont associées à une réduction des maladies respiratoires et à des taux moins élevés d’absentéisme à l’école (Réseau des bases factuelles en santé, 2005). Dans le cas des adultes, ce sont des améliorations durables à l’état de santé mentale qui ont été observées (Réseau des bases factuelles en santé, 2005).

Les conditions de vie et le logement dans les communautés des Premières Nations sont déterminés non seulement par l’économie mais également par les politiques sociales et le paysage politique. La

discussion qui suit présente un contexte pour mieux comprendre la qualité du logement et des conditions de vie dans les communautés des Premières Nations.

La propriété immobilière dans les communautés des Premières est relativement peu répandue, comparativement à l’ensemble de la population canadienne. Les prêts hypothécaires canadiens standards sont problématiques dans le contexte d’une réserve parce que les terres des Premières Nations ne peuvent faire l’objet d’une hypothèque pour quiconque n’est pas un membre inscrit d’une bande; ainsi, un prêteur qui n’est pas membre d’une bande ne pourrait effectuer de saisie en cas de défaut de remboursement du prêt (MAINC, n.d.c). Dans l’ensemble de la population canadienne, on note que la tendance est inversée et que la propriété immobilière rendue possible grâce à des agences de financement privées est le scénario le plus courant, alors que le logement communautaire et social est beaucoup moins répandu. Près de deux tiers (65,1 %) de tous les logements canadiens sont une propriété privée, et seul un faible pourcentage de Canadiens vivent dans un logement communautaire ou social (Statistique Canada, 2009).

La disponibilité actuelle du logement dans les communautés des Premières Nations n’est pas suffisamment grande pour répondre aux besoins de la population. En 2004, Affaires indiennes et du Nord Canada (MAINC) estimait que le manque à gagner au plan du logement dans les réserves était de 20 000 unités (Société canadienne d’hypothèques et de logement [SCHL], 2004). Et cette situation se dégrade avec un manque à gagner annuel additionnel de 2 200 unités (SCHL, 2004). En outre, la durée de vie moyenne d’un logement construit dans une réserve est deux fois moins longue que dans le cas d’un logement construit hors réserve (CRPA, 1996), principalement en raison de pratiques médiocres en construction qui ne tiennent pas compte de l’environnement naturel, du financement limité pour la constructions et la rénovation, des obstacles à la rénovation de sa propre maison en raison des faibles revenus, et du surpeuplement qui entraîne une usure précoce (CMHC, 2004).

En dépit de la demande croissante, les taux de financement pour le logement dans les réserves stagnent depuis 10 ans et se maintiennent à environ 272 millions \$ par année (MAINC, 2010). Étant donné que la population des Premières Nations est beaucoup plus jeune que la population canadienne en général et que le taux de croissance est deux fois plus élevé que le taux canadien (MAINC & SCHL, 2010), la demande pour des logements salubres, abordables et adéquats ne peut qu’augmenter. Si du logement sécuritaire et salubre ne peut être garanti pour

cette population croissante, les problématiques de santé et les problématiques sociales associées aux conditions de logement inférieures à la norme se multiplieront.

Les politiques publiques nationales et l'administration communautaire des politiques jouent un rôle déterminant dans la quantité et la qualité des logements dans les communautés des Premières Nations (Assemblée des Premières Nations [APN], 2010a). L'administration du logement varie beaucoup au sein des communautés des Premières Nations, des provinces et des territoires. De façon générale, la construction et l'entretien des logements dans les communautés des Premières Nations sont rendus possibles grâce à deux principales sources de financement : AADNC et la SCHL. Un certain nombre de Premières Nations considèrent le logement comme un droit issu de traités et maintiennent donc que le gouvernement du Canada doit fournir des logements dans les réserves à tous les Indiens inscrits en vertu de son obligation fiduciaire. Au cours des années 60, le MAINC a mis sur pied un programme de subventions pour aider à la construction de nouveaux logements et pour remettre en état les logements existants dans les communautés des Premières Nations. En 1982, une évaluation de cette politique du MAINC révéla que le logement dans les communautés des Premières Nations était nettement insuffisant (MAINC, 2008). Un des principaux problèmes soulevés dans cet examen était l'octroi de fonds. En effet, certaines bandes n'octroyaient que les fonds limités du MAINC alloués à chaque nouveau logement construit, ce qui entraînait la construction de logements inférieurs à la norme. Les conséquences de ces pratiques prévalent toujours aujourd'hui étant donné que plusieurs logements dans les communautés ont été construits à l'époque de cette politique.

En 1996, une nouvelle politique conjointe du logement fut introduite par le MAINC et la SCHL. Cette politique visait à garantir aux Premières Nations davantage de souplesse et un contrôle accru en matière de politiques et de programmes de logement. Les Premières Nations eurent le choix d'adhérer ou non à la politique. Dans le cas d'une adhésion, elles profitaient d'une certaine souplesse par rapport aux fonds pour le logement du MAINC et pouvaient les utiliser pour soutenir la mise en œuvre de leurs plans de logement communautaire, qui comprenaient des éléments tels que l'entretien et les assurances, les frais de dettes, la formation, la gestion, et le soutien pour mettre en place des autorités en matière de logement pour contrôler ce secteur. Toutes les Premières Nations de la Colombie-Britannique ainsi que quelques unes en Ontario et dans les provinces de

l'Atlantique décidèrent de ne pas adhérer à la politique, et elles sont toujours couvertes en vertu du programme de subvention au logement de 1960 (MAINC, 2008). Les Premières Nations ayant décidé de ne pas adhérer continuent d'affirmer que le gouvernement doit demeurer responsable du financement du logement et que la politique de 1996 était surtout une façon de transférer cette responsabilité aux Premières Nations (APN, 2007).

En 2005, le MAINC a mis en œuvre une nouvelle politique du logement axée sur la propriété du logement, le raccordement aux services publics, et la rénovation. De plus, en 2007, la SCHL a introduit le Fonds d'aide au logement du marché pour les Premières Nations, un fonds de 300 millions \$ qui fonctionnait de pair avec la politique du MAINC de 2005, et qui visait à favoriser l'accès à la propriété. Dans son budget de 2005, le gouvernement fédéral a annoncé un investissement additionnel de 295 millions \$ sur cinq ans par l'entremise du MAINC et de la SCHL pour la construction, la rénovation et le raccordement aux services publics dans les communautés des Premières Nations. La portion du MAINC issue du fonds annoncé dans le budget fédéral de 2005 devait être engagée au 31 mars 2008, tandis que la portion de la SCHL devait être engagée au 31 mars 2007 (MAINC, 2008).

Un rapport d'évaluation du MAINC sur la politique du logement en 2008 (MAINC, 2008) révéla que bien que les conditions de logement dans les communautés des Premières Nations étaient inférieures à celles dans le reste du Canada, on notait une certaine amélioration entre 1996 et 2006. Les améliorations identifiées comprenaient un plus grand nombre d'unités et moins de surpeuplement, bien que ces deux éléments continuent de nécessiter une amélioration considérable. Le rapport soutenait que le maintien du statu quo permettrait une amélioration graduelle du logement. Il est important de noter que le rapport ne tenait pas compte des projections de croissance de la population et des données démographiques (i.e., population jeune et taux de natalité élevé), lesquelles ont une incidence importante sur le taux d'occupation, le caractère adéquat et le peuplement des logements.

Ce chapitre examine le logement et les conditions de vie des adultes des Premières Nations dans les communautés des Premières Nations. Sont analysées les données de l'ERS 2008-10 sur la propriété du logement, le nombre d'occupants, les ressources du ménage, et la capacité de répondre aux besoins essentiels en matière de logement. De plus, les conditions actuelles de logement, le peuplement, la présence d'équipement de sécurité et technique de base, ainsi que la source et la qualité de l'eau potable

sont également examinés. Afin d'évaluer le changement avec le temps, des comparaisons avec les données de l'ERS 2002-03 seront faites lorsque cela est possible (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005). Des comparaisons avec l'ensemble de la population canadienne sont également faites.

MÉTHODOLOGIE

L'ERS 2008-10 comportait différentes questions sur le logement et les conditions de vie.

Revenu du ménage

Les adultes des Premières Nations ont été invités à répondre à des questions sur le revenu annuel total de leur ménage [14 catégories de revenu proposées, allant de « perte de revenu »/« aucun revenu » à « Plus de 80 000 \$ »].

Propriété du logement

Les répondants ont été invités à indiquer si leur résidence principale est louée par un membre du ménage ou la propriété d'un membre du ménage [choix de réponses : « Louée par vous ou un autre membre de votre ménage », « Votre propriété ou celle d'un autre membre de votre ménage », ou « Autre »] et si le logement est la propriété de la bande [choix de réponses : « Non », « Oui »].

Occupation et surpeuplement des logements

Afin de déterminer le taux d'occupation des logements, les répondants ont été invités à indiquer combien d'enfants (0 à 17 ans) et d'adultes (18 à 65 ans et +) vivent dans leur ménage *au moins la moitié du temps*. Une question sur le nombre de pièces a également été posée (y compris cuisine, chambres à coucher, salons et pièces finies au sous-sol, mais excluant la salle de bain, le hall d'entrée, la salle de lavage et les cabanons attenants; les réponses pouvant varier de « 0 » à « 13 ou plus »). L'indice de surpeuplement de l'ERS est adapté des lignes directrices de la SCHL (qui le définit comme plus d'une personne par pièce habitable; Statistique Canada, 2009).

Besoins essentiels

Les répondants ont été invités à indiquer si, au cours des 12 derniers mois, ils avaient eu de la difficulté à satisfaire les besoins essentiels suivants : logement, habillement, nourriture, services (chauffage, électricité), transport, et services de garde [choix de réponses : « Non », « Quelques fois dans l'année », « Tous les mois », et « Plus d'une fois par mois »].

Approvisionnement en eau

Les répondants ont été invités à indiquer la principale source d'approvisionnement en eau de leur ménage [i.e., d'où provient la majeure partie de l'eau qu'utilisent les douches, les toilettes, etc. Pas nécessairement la même que pour l'eau potable] (choix de réponses : « Par canalisation (réseau d'approvisionnement en eau local ou de la communauté) », « Par camion », « Puits (privé ou partagé) », « Eau que vous puisez vous-même d'une rivière, d'un lac ou d'un étang », « Eau que vous allez chercher vous-même à l'usine de traitement », « Maison d'un voisin », et « Autre »). Ensuite, les répondants devaient indiquer s'ils estiment leur principale source d'eau comme étant potable à l'année (Oui, Non). Finalement, les répondants devaient indiquer s'ils utilisent d'autres sources d'eau potable (choix de réponses : « Aucune autre source », « Eau embouteillée », « Eau d'une autre maison », « Eau du robinet bouillie », « Rivière, lac ou ruisseau », et « Autre »).

Équipements et services, réparations, et moisissure

Les répondants devaient indiquer si leur logement possède les équipements suivants (Oui, Non) : un détecteur de fumée en état de marche, un détecteur de monoxyde de carbone, un extincteur, un téléphone en service, un ordinateur, une connexion Internet, un réfrigérateur, une cuisinière, de l'électricité, de l'eau froide courante, de l'eau chaude courante, une toilette à chasse d'eau, une fosse septique ou un raccordement à un réseau d'égoûts, et le service de ramassage des ordures ménagères.

Les répondants devaient également indiquer si leur logement nécessite des réparations [choix de réponses : « Oui, des réparations majeures » (y compris, la plomberie, l'installation électrique, la structure, dont les murs, les planchers, les plafonds, etc.), « Oui, des réparations mineures (y compris des tuiles manquantes ou détachées, des briques, les bardeaux, les marches d'escalier, les rampes, les revêtements muraux, etc.), et « Non, uniquement des travaux d'entretien » (y compris la peinture et la fournaise).] Finalement, les répondants devaient indiquer s'ils avaient observé la présence de moisissure dans leur logement au cours des 12 mois précédents (Oui, Non).

RÉSULTATS

Propriété du logement

Les deux tiers (65,7 % [$\pm 2,7$]) des adultes des Premières Nations vivent dans un logement qui est la propriété de la bande; on n'observe aucun changement à la

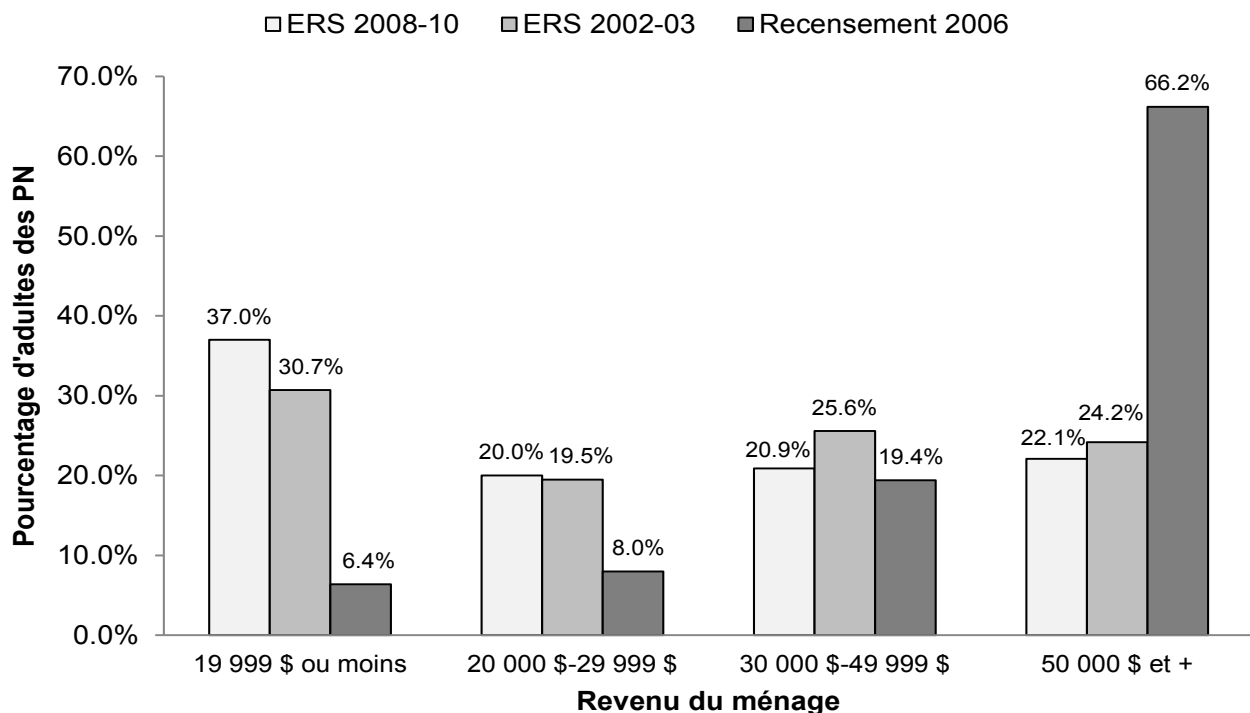
proportion d'adultes qui vivent dans un logement qui est la propriété de la bande depuis l'ERS précédente.

Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations dont le revenu du ménage est inférieur à 25 000 \$ rapportent vivre dans un logement qui est la propriété de la bande (72,3 % [$\pm 2,4$]), comparativement à ceux dont le revenu du ménage est plus élevé (25 000 \$+; 59,0 % [$\pm 4,3$]).

Ressources du ménage et capacité à satisfaire les besoins essentiels

Plus d'un adulte des Premières Nations sur trois a un revenu annuel *du ménage* inférieur à 20 000 \$ (Figure 4.1). La proportion d'adultes dont le revenu du ménage est inférieur à 20 000 \$ a augmenté depuis l'ERS 2002-03 (37 % [$\pm 2,3$] vs 30,7 % [$\pm 3,5$], respectivement) et demeure beaucoup plus élevée que dans l'ensemble de la population canadienne (6,4 %). Par ailleurs, les adultes dans l'ensemble de la population canadienne sont beaucoup plus susceptibles d'avoir un revenu total du ménage de 50 000 \$ ou plus comparativement aux adultes des Premières Nations (66,2 % vs 22,1 %).

Figure 4.1. Niveaux de revenu du ménage, ERS 2008-10 ($n = 7,431$), ERS 2002-03, et ménages du Recensement de 2006*

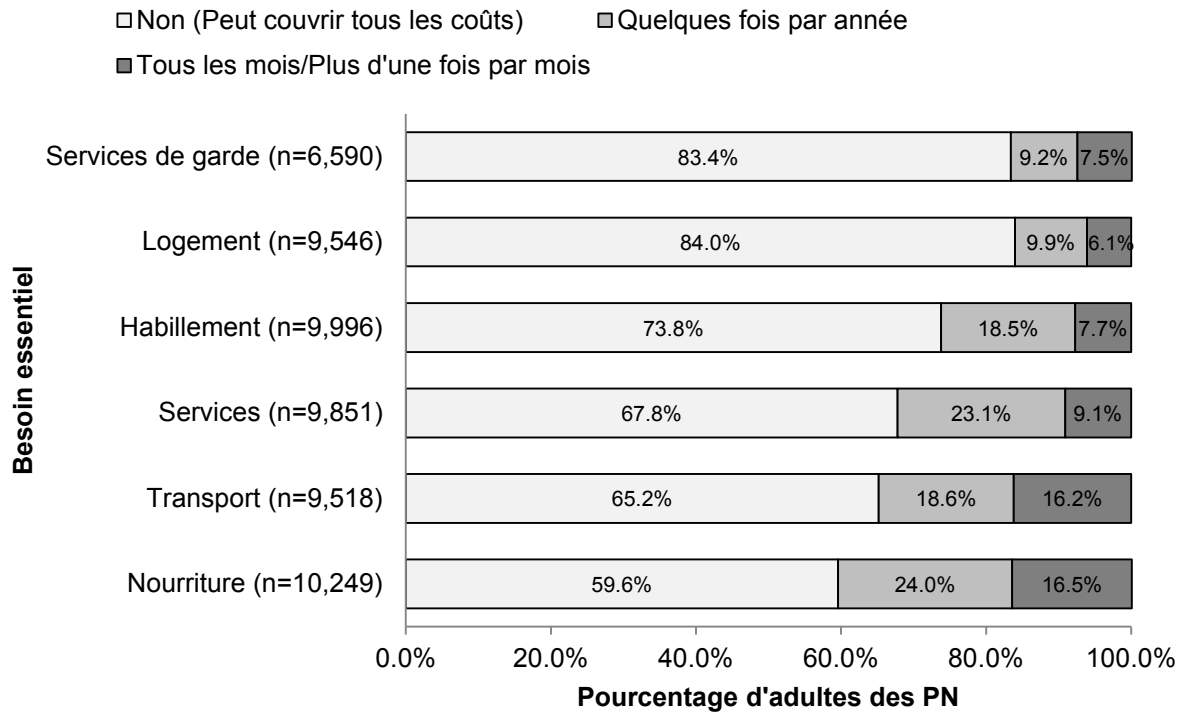


*Revenus en 2005 tirés du Recensement 2006 (Statistique Canada, 2011).

Les adultes des Premières Nations ont été invités à indiquer s'ils ont eu des difficultés (i.e., omission de paiements ou nécessité d'emprunter de l'argent) à satisfaire leurs besoins essentiels au cours des 12 mois précédents. Selon la Figure 4.2, la majorité des adultes des Premières Nations indiquent être capables de satisfaire leurs besoins essentiels. Bien que les services de garde et le logement soient des besoins essentiels difficiles à satisfaire pour certains (voir Figure 4.2), ce sont les deux besoins les moins susceptibles d'être difficiles à satisfaire. Les besoins les plus susceptibles d'être difficiles à satisfaire sont la nourriture, le transport, et les services; par exemple, 16,5 % ont des difficultés au moins une fois par

mois à satisfaire leurs besoins en nourriture, 16,2 % ont des difficultés à satisfaire leurs besoins en transport, et 9,1 % ont des difficultés à satisfaire leurs besoins en services.

Figure 4.2. Fréquence de l'incapacité à satisfaire les besoins essentiels



Taille du ménage et caractéristiques des membres

Une tendance générale à la baisse est observée au Canada depuis des années en ce qui a trait à la taille des ménages, avec un plateau qui se maintient à 2,5 membres par ménage depuis 1996 (Roberts, Clifton, Ferguson, Kampen, & Langlois, 2005). En revanche, les adultes des Premières Nations rapportent 4,2 membres par ménage, y compris eux-mêmes (i.e., ceux qui vivent dans le ménage au moins la moitié du temps). En moyenne, les adultes des Premières Nations rapportent un ménage de 2,6 [± 0.06] adultes (y compris eux-mêmes) et 1,8 [± 0.08] enfant ou adolescent. On n'observe aucun changement du nombre de membres par ménage depuis l'ERS précédente (2002-03).

Dans l'ensemble de la population canadienne, les ménages de deux personnes sont les plus courants avec un taux de 33,5 %. En revanche, dans les communautés des Premières Nations, les ménages de six personnes ou plus sont les plus courants, avec un taux de 25,7 %. En ce qui a trait aux ménages qui ne comptent qu'une personne, 26,7 % des adultes dans l'ensemble de la population canadienne vivent dans un ménage qui ne compte qu'une personne (SCHL, 2011a), comparativement à 11,3 % (95 % CI [$\pm 0,8$]) des adultes des Premières Nations.

Peuplement

Environ un quart (23,4 %) des adultes des Premières Nations vivent dans un logement surpeuplé. Cela représente une augmentation significative du surpeuplement depuis l'ERS précédente (17,2 % [$\pm 0,8$]). Dans l'ensemble de la population canadienne, 7 % des adultes vivent dans un logement surpeuplé (CMHC, 2011b).¹

La proportion d'adultes qui vivent dans un logement surpeuplé est plus élevée chez ceux dont le revenu du ménage est inférieur à 25 000 \$ (vs ceux dont le revenu du ménage est plus élevé, 24,5 % [$\pm 2,1$], vs 18,1 % [$\pm 2,1$]) et chez ceux dont le logement est la propriété de la bande (vs ceux qui ne vivent pas dans un logement qui est la propriété de la bande, 28,2 % [$\pm 2,1$], vs 13,1 % [$\pm 2,0$]), (95 % IC respectivement).

État physique des logements

La majorité des adultes des Premières Nations indiquent que leur logement nécessite des réparations [réparations

¹ Il est important de noter que la SCHL estime le surpeuplement en calculant le nombre d'occupants par rapport au nombre de pièces habitables dans le ménage. Dans le cas de l'ERS, le surpeuplement est calculé en utilisant le « nombre de personnes qui vivent dans le ménage au moins la moitié du temps » par rapport au nombre de pièces habitables dans le ménage. En raison de cette différence, les comparaisons d'estimations de surpeuplement entre l'ERS et la SCHL devraient être interprétées avec prudence.

majeures (37,3 %), réparations mineures (33,5 %). Moins d'un tiers des adultes (29,2 %) estiment que leur logement ne nécessite qu'un entretien régulier ou aucun entretien, 95 % IC [$\pm 2,0$], [$\pm 1,3$], et [$\pm 1,8$], respectivement (voir Figure 4.3). On n'observe aucun changement significatif entre 2002-03 et 2008-10 de la proportion d'adultes qui estiment que leur logement nécessite des réparations majeures (37,3 % [$\pm 2,0$] vs 33,6 % [$\pm 2,5$]).

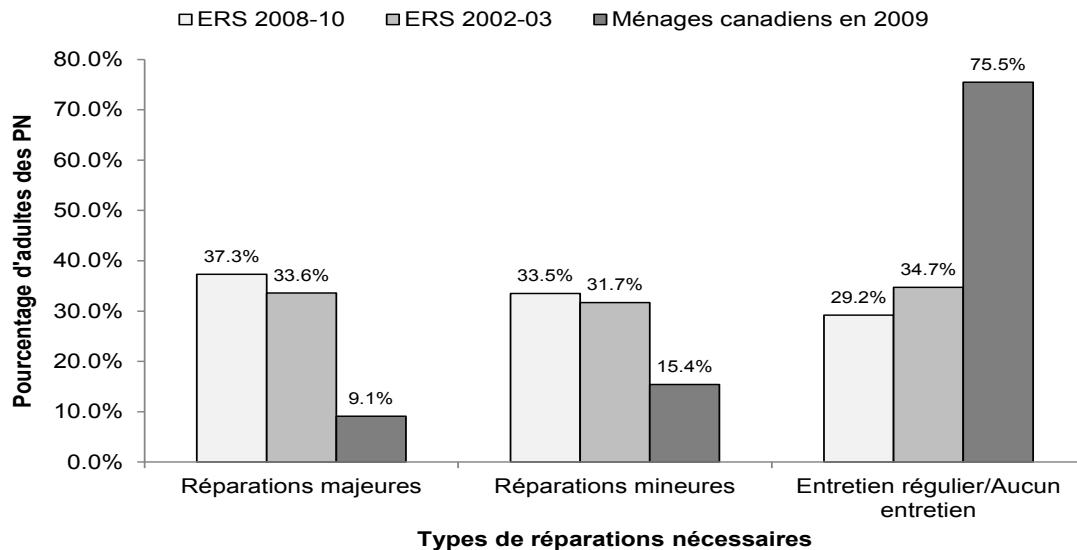
Une bien plus grande proportion de logements des Premières Nations semble nécessiter des réparations majeures comparativement aux logements des adultes dans l'ensemble de la population canadienne. Tandis que 9,1 % des logements dans l'ensemble de la population canadienne nécessitent des réparations majeures, 37,3 % des adultes des Premières Nations indiquent que leur logement nécessite des réparations majeures (Statistique Canada, 2010).²

Une proportion plus élevée d'adultes des Premières Nations qui vivent dans un logement qui est la propriété de la bande indique que leur logement nécessite des réparations majeures (41,8 % [$\pm 2,3$]), comparativement aux adultes qui vivent dans un logement qui n'est pas la propriété de la bande (29,5 % [$\pm 3,0$]).

En outre, une plus grande proportion d'adultes dont le revenu du ménage est inférieur à 25 000 \$ indiquent que leur logement nécessite des réparations majeures (41,3 % [$\pm 2,4$]), comparativement à ceux dont le revenu du ménage est plus élevé (33,3 % [$\pm 2,7$]).

² Les données de la population canadienne sont fondées sur les ménages, tandis que celles de l'ERS réfèrent aux individus; les comparaisons devraient donc être interprétées avec prudence.

Figure 4.3. État des logements et nécessité de réparations, ERS 2008-10 (n = 10,428), ERS 2002-03 (n = 10,603), et Enquête sur les dépenses des ménages (EDM) 2009



*Ménages canadiens en 2009, tiré de l'Enquête sur les dépenses des ménages (EDM) 2009 (Statistique Canada, 2010).

Besoins essentiels des ménages

Pratiquement tous les adultes des Premières Nations indiquent que leur logement possède de l'électricité, une cuisinière et un réfrigérateur (voir Tableau 4.1). Une minorité d'adultes des Premières Nations indique *ne pas* avoir les équipements ou services de base suivants : eau chaude courante (3,4 % [$\pm 0,4$]), au froide courante (2,1 % [$\pm 0,4$]), ou une toilette à chasse d'eau (2,7% [$\pm 0,4$]). Aucun changement aux équipements et services des logements n'est observé depuis l'ERS précédente (2002-03; voir Tableau 4.1).

Les services municipaux tels que le ramassage des ordures ménagères et les réseaux d'égoûts – qui sont la norme dans l'ensemble des communautés canadiennes – manquent toujours chez une minorité d'adultes qui vivent dans une communauté des Premières Nations. Environ un adulte des Premières Nations sur dix (8,0[$\pm 0,1$]), (%) rapporte *ne pas* avoir accès à une fosse septique ou à un réseau d'égoûts (voir Tableau 4.1). Le ramassage des ordures ménagères n'est pas toujours disponible dans les communautés des Premières Nations; près d'un adulte des Premières Nations sur cinq (18,5 %[$\pm 3,0$]) indique ne pas avoir accès à un

service de ramassage des ordures ménagères. On n'observe aucun changement significatif depuis l'ERS 2002-03 à la disponibilité d'un service de ramassage des ordures ou à la présence d'une fosse septique ou d'un réseau d'égoûts (voir Tableau 4.1).

Tableau 4.1. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui vivent dans un logement sans équipement et services de ramassage des ordures ou de réseau d'égoûts

	ERS 2008-10 % [95 % CI]	ERS 2002-03 % [95 % CI]
Équipement du logement		
Réfrigérateur	1,0 % [$\pm 0,2$]	1,3 % [$\pm 0,8$]
Cuisinière	0,8 % [$\pm 0,2$]	0,7 % [$\pm 0,4$]
Électricité	0,6 % [$\pm 0,2$]	0,5 % [$\pm 0,4$]
Eau froide courante	2,1 % [$\pm 0,4$]	3,5 % [$\pm 1,3$]
Eau chaude courante	3,4 % [$\pm 0,4$]	3,7 % [$\pm 1,5$]
Toilette à chasse d'eau	2,7 % [$\pm 0,4$]	3,5 % [$\pm 1,3$]
Services communautaires		
Fosse septique ou réseau d'égoûts	8,0 % [$\pm 1,0$]	9,1 % [$\pm 1,7$]
Service de ramassage des ordures	18,5 % [$\pm 3,0$]	21,0 % [$\pm 5,9$]

Note. IC = intervalle de confiance

Équipement de sécurité du logement

De nombreux adultes indiquent que leur logement ne possède pas d'équipement de sécurité de base tel qu'un détecteur de fumée en état de marche (22,6 % [$\pm 1,8$]), un extincteur (53,1 % [$\pm 2,4$]), et un détecteur de monoxyde de carbone (78,1 % [$\pm 2,6$]). On n'observe aucun changement

à l'équipement de sécurité depuis l'ERS précédente.

Téléphone, ordinateur et connexion Internet

On observe une hausse significative de l'accès à un ordinateur et à Internet dans le ménage depuis l'ERS 2002-03 (voir Tableau 4.2). Malgré cette hausse, la prévalence demeure bien en-deçà de celle observée dans l'ensemble de la population canadienne.

Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui indiquent avoir un revenu annuel du ménage de 25 000 \$ ou plus indiquent avoir un ordinateur, une connexion Internet, et un téléphone en service, comparativement aux adultes dont le revenu du ménage est moins élevé (voir Tableau 4.3).

Tableau 4.2. Pourcentage d'adultes ayant un téléphone, un ordinateur ou Internet dans leur ménage

	ERS 2008-10 [95 % CI]	ERS 2002-03	Ménages canadiens 2009
Possède un ordinateur (n = 7,339)	60,2[±2,0]	40,8[±2,7]	81,7
Connexion Internet (n = 7,310)	51,8[±2,2]	29,3[±2,3]	77,8
Téléphone en service (n = 7,384)	82,5[±1,6]	81,7[±2,7]	89,3

Note. IC = intervalle de confiance. Les données canadiennes concernent les ménages, tandis que les données de l'ERS concernent les individus; les données ne sont donc pas directement comparables mais elles donnent un aperçu de la différence relative. Les données pour les ménages canadiens proviennent de Statistique Canada (2005).

Tableau 4.3. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui rapportent de l'équipement de télécommunication de base, selon le niveau de revenu annuel du ménage, dans l'ERS 2008-10

	Moins de 25 000 \$ % [95 % CI]	25 000 \$ et + % [95 % CI]
Ordinateur (n = 7,339)	44,7 [±2,4]	75,0 [±2,4]
Connexion Internet (n = 7,310)	35,6 [±2,2]	67,3 [±2,6]
Téléphone en service (n = 7,384)	75,5 [±2,2]	89,0 [±2,0]

Note. IC = intervalle de confiance

Approvisionnement en eau et qualité de l'eau

La majorité des adultes des Premières Nations indiquent

que leur principal approvisionnement en eau arrive par canalisation à partir du réseau d'approvisionnement local (68,8 % [±2,9]). Une minorité d'adultes indiquent que l'eau de leur ménage arrive par camion (14,8 % [±2,4]), ou est tirée d'un puits (13,3 % [±2,4]; voir Tableau 4.4). On n'observe aucun changement significatif à la source d'approvisionnement entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10.

Plus d'un tiers (35,8 % [±2,4]) des adultes des Premières Nations estiment que l'eau provenant de la principale source d'approvisionnement de leur logement n'est pas potable à l'année. On n'observe aucun changement à cette perception depuis l'ERS précédente (2002-03).

Parmi les adultes des Premières Nations qui ne perçoivent pas l'eau de leur ménage comme potable à l'année, 86,1% [±2,0] indiquent utiliser de l'eau embouteillée, 14,4% [±2,2] indiquent faire bouillir l'eau du robinet, 4,2% [±1,2] indiquent utiliser l'eau d'une autre maison, et 4,1% [±0,6] indiquent puiser l'eau eux-mêmes d'une rivière, d'un lac ou d'un ruisseau.

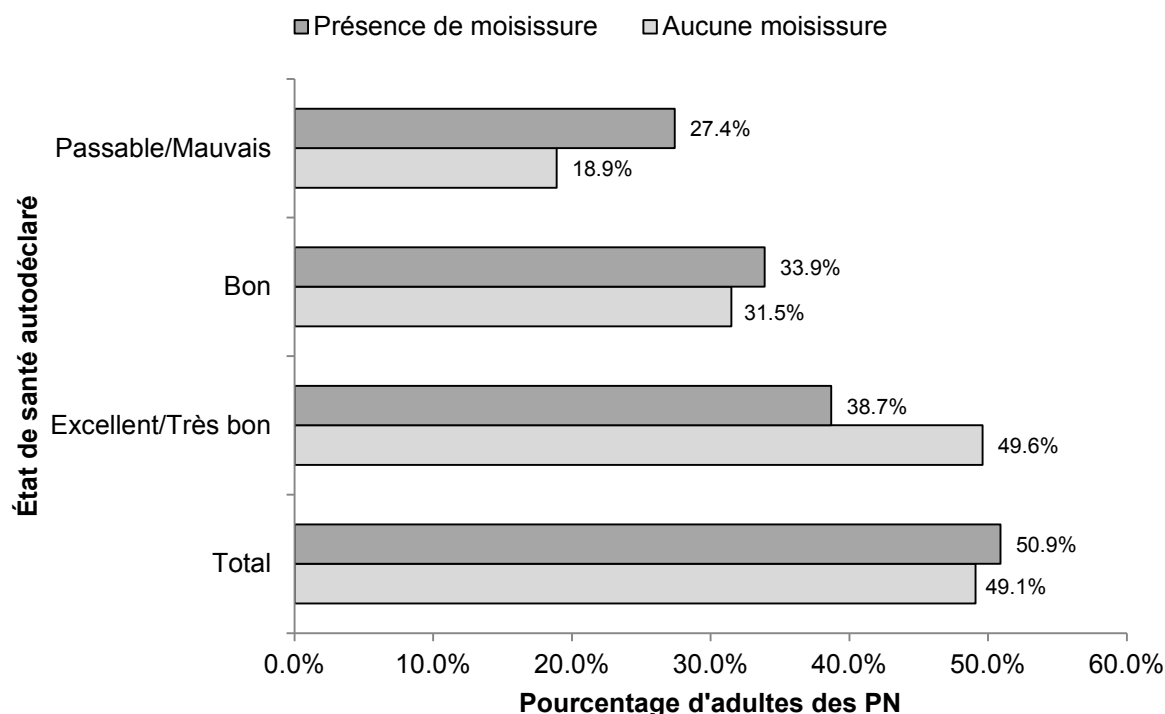
Tableau 4.4. Principales source d'approvisionnement en eau

Principale source d'eau potable	ERS 2008-10 % [95 % CI]
Par canalisation (réseau d'approvisionnement local)	68,8 [±2,9]
Par camion	14,8 [±2,4]
Puits (individuel ou partagé)	13,3 [±2,0]
Puisée par soi-même d'une rivière, d'un lac ou d'un étang	0,3 [±0,2]
Cherchée directement à l'usine de traitement	0,9 [±0,5]
Maison d'un voisin	0,8 [±0,4]
Autre	1,1 [±0,4]

Moisissure

La moitié des adultes des Premières Nations vivent dans un logement où la présence de moisissure a été notée (50,9 %, CI [±2,0]), ce qui représente une hausse depuis l'ERS 2002-03 (44,0 % [±2,3]).

Figure 4.4. Présence de moisissure dans le logement, selon l'état de santé autodéclaré



Une plus grande proportion d'adultes dont le logement présente de la moisissure rapportent que leur état de santé est « mauvais ou passable », comparativement à ceux dont le logement ne présente pas de moisissure (27,4 % [$\pm 2,0$ vs 18,9 % [$\pm 1,6$], respectivement). À l'inverse, une plus grande proportion d'adultes dont le logement ne présente pas de moisissure rapportent que leur état de santé est « très bon ou excellent », comparativement à ceux dont le logement présente de la moisissure (49,6 % [$\pm 2,2$] vs 38,7 % [$\pm 2,4$], respectivement; voir Figure 4.4).

DISCUSSION

Le statut socioéconomique, tel que mesuré en partie par le revenu du ménage, est un déterminant non médical de la santé important et largement reconnu (OMS, n.d.). Vivre dans la pauvreté est associé à de moins bons résultats pour un certain nombre d'indicateurs clés de la santé, dont des taux plus élevés de maladies chroniques et de mortalité infantile, une espérance de vie moins élevée, et des taux plus élevés de troubles de santé mentale (Statistique Canada & Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Il y a une relation cyclique entre la pauvreté et la santé, en ce sens que ceux qui sont pauvres sont plus exposés aux risques et ont peut-être moins d'accès aux soins de santé, et ceux qui ne sont pas en bonne santé peuvent trouver plus

difficile de participer pleinement au marché du travail.

Les niveaux de revenu sont beaucoup plus bas chez les ménages des Premières Nations que chez les ménages dans l'ensemble de la population canadienne. Les seuils de faible revenu (SFR) du Canada sont habituellement utilisés pour désigner les familles qui vivent dans la pauvreté. Les SFR désignent les niveaux de revenu auxquels les familles consacrent une plus grande proportion de leur revenu aux besoins essentiels, tels que le logement et la nourriture. Pour une famille de quatre — et la taille moyenne d'une famille des Premières Nations est de 4,2 personnes — qui vit dans un milieu rural ou un petit milieu urbain, les SFR sont de 26 579 \$ et 30 328 \$, respectivement. Tout comme le démontrent les données existantes qui révèlent un degré élevé de dépendance à l'aide sociale et un taux de chômage élevé dans les réserves, de nombreux adultes des Premières Nations vivent dans la pauvreté (SCHL, 2011b). Une comparaison entre les revenus des ménages dans l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 ne révèle aucune amélioration, mais plutôt une hausse des faibles niveaux de revenu. En outre, il subsiste d'importants écarts de revenus des ménages entre les communautés des Premières Nations et l'ensemble de la population.

Tel que les données de l'ERS le révèlent, l'occupation des logements est relativement élevée dans les

communautés des Premières Nations. Il est difficile d'analyser pourquoi le problème existe en se fondant uniquement sur les données de l'ERS; mais l'examen des données démographiques et des politiques en matière de logement dans les communautés des Premières Nations peut contribuer à une meilleure compréhension :

- *Défis économiques.* Avec environ un adulte des Premières Nations sur trois qui vit dans un ménage dont le revenu total annuel est inférieur à 20 000 \$, une grande proportion de la population est peu susceptible de bénéficier de la politique actuelle d'accès à la propriété, laquelle nécessite une contribution financière du résident. Un taux de chômage élevé (27,7 %) et le recours à l'aide sociale sont probablement des facteurs à l'origine des ménages nombreux (Statistique Canada, n.d.).
- *Données démographiques de la population.* Un taux de croissance rapide et une population relativement plus jeune jumelés à un financement stagnant pour le logement et le manque à gagner de logements annuels (SCHL, 2004) entraînent des situations où des familles multiples doivent vivre dans une seule maison.
- *Relocalisation temporaire.* Les relocalisations en raison de rénovations majeures, dont l'élimination de la moisissure, qui peut être omniprésente dans certaines communautés, peuvent nécessiter que des personnes habitent avec des membres de leur famille pendant que leur logement subit des rénovations (SCHL, 2011a).
- *Importance de la famille élargie dans la culture des Premières Nations.* Les Premières Nations ont une plus grande propension que l'ensemble de la population canadienne à inclure la famille élargie dans leur ménage.

Un grand nombre de membres dans le ménage - ou surpeuplement - est associé à différentes conséquences négatives. Le surpeuplement a été associé à la moisissure; aux blessures non intentionnelles (Garzon, 2005); à la transmission de maladies infectieuses (ASPC, 2003); aux problèmes de santé mentale; aux tensions familiales; à l'usure précoce des logements; et à la violence (Statistique Canada, 2003).

Plus d'un tiers des adultes rapportent que leur logement nécessite des réparations majeures. En outre, les comparaisons avec l'ERS précédente indiquent que l'état des logements dans les communautés des Premières Nations s'est dégradé au cours des cinq dernières années. Les faibles revenus et l'absence de propriété des logements sont tous deux des obstacles à l'entretien des logements (CRPA, 1996). Par ailleurs, la

politique sur le logement et les pratiques de construction n'ont pas toujours garanti que les constructions soient conformes aux normes de l'industrie (APN, 2010b).

Aucun progrès significatif n'a été enregistré depuis l'ERS 2002-03 en ce qui concerne l'accès à une fosse septique ou à un réseau d'égoûts. Les litiges concernant la compétence ou la responsabilité peuvent jouer un rôle dans l'accès à ces services. Par exemple, le traitement des eaux usées relève généralement de la compétence d'une municipalité au Canada. Dans les réserves, le traitement des eaux et la qualité de l'eau sont des responsabilités qui relèvent de la communauté, avec du soutien financier et politique du MAINC et de l'Agence de santé publique du Canada (MAINC, 2007c). Cette façon de faire peut entraîner de la confusion lorsqu'il s'agit de déterminer qui est responsable des coûts des services municipaux, ce qui entraîne un manque d'accès aux services.

Les incendies domestiques sont une préoccupation dans les communautés des Premières Nations; le taux d'incidents est 2,4 fois plus élevé que la moyenne nationale (SCHL, 2005). Les recherches semblent indiquer qu'un détecteur de fumée en état de marche et un extincteur sont des précurseurs pour prévenir les blessures résultant des incendies, mais de nombreux ménages des Premières Nations n'ont pas l'équipement pour aider à prévenir les blessures dues aux incendies.

Le clivage numérique entre l'ensemble de la population canadienne et les Premières Nations demeure important. Comparativement à la moyenne des ménages au Canada, les ménages des Premières Nations rapportent moins souvent avoir un ordinateur ou Internet. Plus de quatre cinquièmes (81,7 %) de tous les ménages canadiens ont un ordinateur, et presque la même proportion a une connexion Internet (77,8 %), comparativement à 60,2 % et 51,8 % des ménages des Premières Nations.

Dans les communautés des Premières Nations, c'est à la bande qu'incombe principalement la responsabilité de maintenir et d'améliorer le traitement de l'eau, par l'entremise de fonds, de lignes directrices et de stratégies fournis par le MAINC et Santé Canada (MAINC, 2007b). La qualité de l'eau est un enjeu majeur dans plusieurs communautés des Premières Nations. Par exemple, dans l'ERS 2002-03, un réseau d'eau potable sur trois et un réseau d'égoûts sur six dans les communautés des Premières Nations était rapporté comme représentant un risque élevé pour la qualité de l'eau et la santé humaine (MAINC, 2007b). Des améliorations ont été apportées dans le cadre de la Stratégie de gestion de l'eau des Premières Nations en 2002-03, par laquelle des fonds

additionnels de 600 million \$ furent injectés sur cinq ans pour traiter la qualité de l'eau dans les communautés des Premières Nations. Malgré les améliorations rapportées (MAINC, 2007b), en date de 2006, 79 des 633 communautés des Premières Nations sont visées par un avis concernant la qualité de l'eau potable.

La présence de moisissure dans les logements dans les communautés des Premières Nations est un problème de santé bien documenté (MAINC, 2007b; MAINC, n.d.a). Les incidences sur la santé causées par le fait de vivre dans un logement avec de la moisissure toxique ou « noire » comprennent : irritation des yeux, du nez et de la gorge; écoulement nasal; congestion des sinus; symptômes de rhume fréquents; crises d'asthme accrues; et réactions allergiques (Redd, 2002). La présence de moisissure à l'intérieur est un problème grave surtout pour les aînés, les jeunes enfants, les gens dont le système immunitaire est déficient, et ceux qui ont des antécédents d'asthme (OMS, 2009).

CONCLUSIONS

L'offre de logements de qualité et l'amélioration des conditions de vie dans les communautés des Premières Nations sont un enjeu complexe qui a fait l'objet de nombreuses politiques et stratégies au cours des années. Les résultats de l'ERS 2008-10 montrent qu'il y a eu bien peu de changements depuis l'ERS 2002-03 sur des questions clés telles que le peuplement, la moisissure, la perception de la qualité de l'eau, et le revenu du ménage. En fait, tandis que certains indicateurs sont demeurés inchangés, d'autres se sont dégradés. Par exemple, on n'observe aucun changement positif dans la perception de la qualité de l'eau, la présence d'équipement de sécurité de base, et l'accès à de l'eau chaude courante. Entre temps, les ménages sont devenus plus peuplés, le revenu des ménages a baissé, et la moisissure est davantage prévalente que ce qui avait été rapporté dans l'ERS 2002-03. Ces facteurs sont susceptibles d'avoir une incidence importante sur l'état de santé général des adultes des Premières Nations.

RÉFÉRENCES

- Affaires indiennes et du Nord Canada. (2007a). *Evaluation of the Income Assistance Program*. Retrieved from <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/arp/aev/pubs/ev/eiap07/eiap07-eng.asp#chp42>
- Affaires indiennes et du Nord Canada. (2007b). *Fact sheet: National strategy to address mould in First Nations communities*. Retrieved from <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/is/fn-ml-d-eng.asp>
- Affaires indiennes et du Nord Canada. (2007c). *Summative evaluation of the First Nations water management strategy*. Retrieved from <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/arp/aev/pubs/ev/efnw08/efnw08-eng.asp#ch>
- Affaires indiennes et du Nord Canada. (2008). *Evaluation of the 1996 On-Reserve Housing Policy*. Retrieved from <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/arp/aev/pubs/ev/ohp96/ohp96-eng.pdf>
- Affaires indiennes et du Nord Canada. (2010). *Audit of on-reserve housing*. Retrieved from <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/arp/aev/pubs/au/orh/orh-eng.pdf>
- Affaires indiennes et du Nord Canada. (n.d.a). *A Cowichan Tribe large-scale mould remediation project helps other First Nations*. Retrieved from <http://www.ainc-inac.gc.ca/ih/fnh/hss/coi-eng.asp>
- Affaires indiennes et du Nord Canada. (n.d.b). *Benefits & Rights, Matrimonial Real-Property, Family Homes on Reserves and Matrimonial Interests or Rights Act, Lands and Housing*. Retrieved from <http://www.ainc-inac.gc.ca/br/mrp/ip/ipn7-eng.asp>
- Affaires indiennes et du Nord Canada. (n.d.c). *Frequently Asked Questions—Additions to Reserves*. Retrieved from: http://www.ainc-inac.gc.ca/enr/lds/faq_ar-eng.asp
- Affaires indiennes et du Nord Canada, Strategic Research and Analysis Directorate, & Canada Mortgage and Housing Corporation Policy and Research Division. (2010). *Registered Indian demography—Population, household and family projections, 2004-2029*. Retrieved from <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/rs/pubs/re/rgd/rgd-eng.asp>
- Assemblée des Premières Nations. (2007). *AFN Discussion Paper on Renovating the '96 Indian Housing Programs and Policies of INAC and CMHC: Moving from Challenges to a Collaborative Framework for Housing* Réseau des bases factuelles en santé. (2005). *Is housing improvement a potential health improvement strategy? Program and Policy Changes with First Nations*. Retrieved from http://www.afn.ca/uploads/files/policy_forum/afn_discussion_paper_on_renovating_the_1996_indian_housing_programs_&_policies_of_inac_&_cmhc.pdf
- Assemblée des Premières Nations. (2010a). *First Nations guide to housing policy*. Retrieved from http://64.26.129.156/cmslib/general/10-05-11%20Housing%20Policy%20Guide_FINAL%20ToC.pdf
- Assemblée des Premières Nations. (2010b). *Housing as a social determinant of health increases risks for tuberculosis infection in First Nations and Inuit peoples*. Retrieved from http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:eGPUyVFJS4IJ:www.itk.ca/sites/default/files/Fact%2520sheet.doc+Housing+as+a+Social+Determinant+of+Health+Increases+Risks+for+Tuberculosis+Infection+in+First+Nations+and+Inuit+Peoples&hl=en&gl=ca&pid=bl&srcid=ADGEE5i1iKiHia9Y3JLsyZKHTwh_5v7obXB9TILVUons3Ikt-5vxWx9bMwKG-w_ym787GB3_w0FvUfQYxJSe5Fh95pBig33SehnPKZGxauDlPE3VzPWjmXVUMrz8CydlkViSuPdiI2z&sig=AHIEtbQ8hSDE71OMeJ M6BNEsRuitFK-o9g
- Assemblée des Premières Nations. (2011). *2009-2010 Annual Report on Housing*. Retrieved from <http://64.26.129.156/article.asp?id=105#A1>
- Bureau du vérificateur général. (2003). April Report of the Auditor

- General of Canada. Retrieved from http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/parl_oag_200304_06_e_12912.html; section 6.34, page 9.
- Bonnefoy, X. (2007). Inadequate housing and health: An overview. *International Journal of the Environment and Pollution*, 30(3/4), 411–29.
- Commission royale sur les peuples autochtones. (1996). *Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples, Section 4*. Ottawa: Canada Communication Group. Retrieved from http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071115053257/http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/sgmm_e.html
- First Nations Social Development Society. (2011). *Accountability: SD Shelter; Resource Centre—Field Communiqué, March 2011*. Retrieved from [http://www.fnsds.org/files/Field %20 Communiques/March2011.pdf](http://www.fnsds.org/files/Field%20Communiques/March2011.pdf)
- Garzon, D. L. (2005). Contributing factors to preschool unintentional injury. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(6), 441–47.
- Organisation mondiale de la santé, European Division. Retrieved from [http://www.sphsu.mrc.ac.uk/Evidence/Research/Review %2001/WHOHousing.pdf](http://www.sphsu.mrc.ac.uk/Evidence/Research/Review%2001/WHOHousing.pdf)
- Organisation mondiale de la santé. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Retrieved from http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2009). *WHO guidelines for indoor air quality: Dampness and mould*. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/43325/E92645.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (n.d.). Social determinants of health backgrounder: Key concepts. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_en.pdf
- Power, E. (2008). Conceptualizing food security for aboriginal people in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 99(2), 95–97.
- Public Health Agency of Canada. (2003). *Tuberculosis in Canada*. Ottawa: Author. Retrieved from <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/p7-eng.cfm>
- Redd, S. (2002). *State of the science on moulds and human health* (Statement for the Record Before the Subcommittees on Oversight and Investigations and Housing and Community Opportunity and the Committee on Financial Services, United States House of Representatives). Retrieved from <http://www.cdc.gov/mould/pdfs/mouldsci.pdf>
- Roberts, L., W., Clifton, R. A., Ferguson, B., Kampen, K., & Langlois, S. (Eds.). (2005). *Recent Social Trends in Canada 1960-2000*. McGill-Queen's University Press.
- Société d'hypothèques et de logement du Canada. (2004). *Aboriginal housing background paper*. Prepared in partnership with Indian and Northern Affairs Canada, the National Secretariat on Homelessness, and the Federal Interlocutor for Métis and Non-Status Indians. Retrieved from http://www.aboriginalroundtable.ca/sect/hsng/bckpr/INAC_BgPaper_e.pdf
- Société d'hypothèques et de logement du Canada. (2005). *Fire experience, smoke alarms and sprinklers in Canadian houses: CMHC research to 2005*. Retrieved from <http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/63945.pdf?lang=en>
- Société d'hypothèques et de logement du Canada. (2008). *Settling in: Newcomers in the Canadian housing market 2001-2005*. Retrieved from [ftp://ftp.cmhc-schl.gc.ca/chic-ccd/Research_Reports-Rapports_de_recherche/eng_unilingual/Setting %20 In %20\(w\)_feb19.pdf](ftp://ftp.cmhc-schl.gc.ca/chic-ccd/Research_Reports-Rapports_de_recherche/eng_unilingual/Setting%20In%20(w)_feb19.pdf)
- Société d'hypothèques et de logement du Canada. (2011a). *First Nation Mould Remediation Case Study: Membertou First Nation*. Retrieved from <http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/67294.pdf?fr=1308150887187>
- Société d'hypothèques et de logement du Canada. (2011b). *History—CMHC milestones*. Retrieved from http://www.cmhc-schl.gc.ca/en/corp/about/hi/hi_001.cfm
- Statistique Canada, & Canadian Institute for Health Information. (2011). *Health indicators 2011*. Retrieved from http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/health_indicators_2011_en.pdf
- Statistique Canada. (2003). *Aboriginal Peoples Survey 2001 – Initial Findings: Well-Being of the Non Reserve Aboriginal Population*. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=89-589-X&CHROPG=1&lang=eng>
- Statistique Canada. (2005). *Spending Patterns in Canada 2003*. Catalogue no. 62-202-XIE2003000.
- Statistique Canada. (2009). *Selected dwelling characteristics and household equipment, 2005-2009*. Retrieved from <http://www40.statcan.ca/l01/cst01/famil09a-eng.htm>
- Statistique Canada (2010). *Spending Patterns in Canada 2009*. Catalogue no. 62-202-XWE. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/62-202-x/2008000/t009-eng.htm>
- Statistique Canada. (2011). *Household income groups (24)*. Retrieved from <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-eng.cfm?LANG=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=96271&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=81&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>
- Statistique Canada. (n.d.). *Structural Type of Dwelling and Household Size for Occupied Private Dwellings of Canada. Provinces, Territories, Census Metropolitan Areas and Census Conglomerations, 2006 Census*. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=97-554-X&CHROPG=1&lang=eng>

Chapitres 5

Accès aux soins de santé

SOMMAIRE

Ce chapitre traite de l'accès aux soins de santé, un déterminant important de la santé, chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Les résultats de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) 2008-10 révèlent qu'un peu moins de 40 % (38,6 %) des adultes des Premières Nations estiment avoir un niveau d'accessibilité aux services de santé inférieur à celui de l'ensemble de la population canadienne; soit une légère hausse comparativement aux 35,6 % dans l'ERS 2002-03. Le pourcentage d'adultes des Premières Nations qui estiment avoir le même niveau d'accessibilité aux services de santé que l'ensemble de la population canadienne est passé de 40,8 % dans l'ERS 2002-03 à 49,0 % dans l'ERS 2008-10. Toutefois, le pourcentage qui estiment que leur niveau d'accessibilité aux services de santé est supérieur à celui de l'ensemble de la population canadienne a chuté de 23,6 % des adultes des Premières Nations dans l'ERS 2002-03 à 12,4 % dans l'ERS 2008-10. De plus, 60,4 % des adultes des Premières Nations n'ont pas recours à la médecine traditionnelle sur une base régulière, et un plus grand nombre de femmes que d'hommes rapportent avoir des difficultés à se procurer des remèdes traditionnels. Un plus grand nombre de femmes des Premières Nations que d'hommes rapportent avoir dû surmonter des obstacles pour obtenir des Services de santé non assurés (SSNA).

En ce qui a trait aux comportements de promotion de la santé, les femmes des Premières Nations sont engagées de façon plus active que les hommes dans le dépistage; mais les données révèlent de faibles taux d'auto-examen des seins et de mammographies. Chez les femmes des Premières Nations, 40 % n'ont jamais procédé à un auto-examen des seins, 59 % n'ont jamais passé de mammographie, et 5,0 % ont eu une mammographie plus de 5 ans avant l'Enquête. Contrairement aux mammographies, le test de Pap est subi sur une base plus régulière : seules 9,7 % des femmes indiquent ne jamais avoir passé de test de Pap, et seules 16,4 % ont passé un test de Pap plus de trois ans avant l'Enquête. Chez les hommes des Premières Nations, 48,3 % indiquent avoir eu un test de glycémie, et 23,4 % indiquent avoir passé un examen de la prostate au cours de l'année précédant l'Enquête. Par ailleurs, 38,1 % des adultes des Premières Nations ont eu un test de cholestérol.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Chez les adultes des Premières Nations, 38,6 % indiquent avoir un niveau d'accessibilité aux services de santé inférieur à celui de l'ensemble de la population canadienne. Près de la moitié (49,0 %) de tous les adultes des Premières Nations indiquent avoir le même niveau d'accessibilité aux services de santé que l'ensemble de la population canadienne. Un faible pourcentage (12,4 %) évalue leur niveau d'accessibilité aux services de santé comme supérieur à celui de l'ensemble de la population canadienne.
- Un peu plus du tiers (34,8 %) des adultes des Premières Nations rapporte devoir surmonter des obstacles pour obtenir des services de santé des SSNA. Un nombre significativement plus grand de femmes des Premières Nations (37,6 %) que d'hommes (32,1 %) rapportent devoir surmonter des obstacles.
- La majorité (60,4 %) des adultes des Premières Nations rapportent ne pas avoir recours à la médecine traditionnelle.
- Un nombre significativement plus grand de femmes des Premières Nations (27,7 %) que d'hommes (19,4 %) rapportent avoir de la difficulté à se procurer des remèdes traditionnels.
- En ce qui a trait aux comportements de promotion de la santé, les femmes des Premières Nations rapportent davantage d'activités de dépistage que les hommes. Par exemple, moins de la moitié (48,3 %) des hommes rapportent avoir eu un test de glycémie, comparativement à 60,4% des femmes.
- 40 % des femmes n'ont jamais procédé à un auto-examen des seins et que 59 % n'ont jamais passé de mammographie.

INTRODUCTION

L'accès aux soins de santé est un déterminant important de la santé chez les Canadiens (Conseil canadien de la santé, 2005; Agence de santé publique du Canada, 2010). Dans ce chapitre, l'accès aux soins de santé chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans une réserve ou une collectivité nordique est examiné selon quatre perspectives : la médecine traditionnelle, les services de santé, les soins de santé, et la promotion de la santé.

Selon le comité consultatif pour le développement d'un cadre de santé publique des Premières Nations, la promotion et la protection de la santé, ainsi que la prévention des maladies comprennent les guérisseurs traditionnels et leurs remèdes (Assemblée des Premières Nations [AFN], 2006). Dans le rapport de recherche communautaire déposé par le *Saskatoon Aboriginal Women's Health Research Committee* (2004), les femmes des Premières Nations indiquaient que l'accès à la médecine traditionnelle est important pour leur santé holistique¹ et leur bien-être. Skye (2006) a constaté que la disponibilité de la médecine traditionnelle et le recours à celle-ci affirme l'identité culturelle, laquelle, à son tour, a une incidence positive sur la santé globale et le bien-être des clients. Un certain nombre de preuves donnent à penser que plus un individu apprend sur sa culture traditionnelle et approfondit son lien à celle-ci, plus grande sera sa capacité à composer avec des rencontres et des événements négatifs (Jackson & Reimer, 2005; Walters & Simoni, 2002). L'importance de la médecine traditionnelle comme façon d'améliorer la santé et la qualité de la vie des Premières Nations est de plus en plus reconnue (Conseil de la santé des Premières Nations, 2010).

Depuis l'ERS 2002-03, des questions additionnelles concernant la médecine traditionnelle ont été ajoutées à l'Enquête afin d'explorer la façon dont les Premières Nations peuvent compléter les services de santé occidentaux avec la médecine traditionnelle, et vice versa. Il est donc essentiel de comprendre l'accès aux soins de santé chez les Premières Nations tant du point de vue de la médecine traditionnelle que de la médecine occidentale. Des services de santé de qualité sont un déterminant social de la santé ainsi qu'un droit fondamental de la personne (Mikkonen & Raphael, 2010). Selon la *Loi canadienne sur la santé*, l'« accessibilité » réfère à la prestation d'un accès uniforme à la santé sans barrières financières. En fait, lorsqu'il est question de soins de

santé, personne ne devrait vivre de la discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé, ou le revenu.

À la lumière de l'importance fondamentale de l'accès aux services de santé pour la santé globale, le présent chapitre explore la mesure dans laquelle les adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté des Premières Nations sont capables d'accéder tant aux services et soins de santé traditionnels que non traditionnels. Est également exploré leur participation aux activités de promotion de la santé, telles que le dépistage pour certaines maladies.

MÉTHODOLOGIE

Dans l'ERS 2008-10, les adultes des Premières Nations (âgés de 18 ans et plus) qui vivent dans une réserve ou une collectivité nordique étaient invités à indiquer s'ils ont recours à la médecine traditionnelle. De plus, ils devaient répondre à une série de questions sur les caractéristiques de leur accès aux soins de santé :

- Avez-vous rencontré l'une des difficultés suivantes en essayant de vous procurer des remèdes traditionnels?
- Comment considérez-vous votre niveau d'accessibilité aux services de santé par rapport à celui de la population canadienne en général?
- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû surmonter l'un des obstacles suivants afin d'obtenir des soins de santé?
- Avez-vous eu de la difficulté à accéder à l'un des services de santé offerts par Santé Canada aux membres inscrits par le biais du Programme des Services de santé non assurés (SSNA)?
- Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous changé de prestataire de soins de santé primaires (médecin de famille, infirmière autorisée, infirmière praticien)?

Des liens potentiels entre l'accès aux soins de santé et d'autres variables comprises dans l'ERS 2008-10 ont également été évalués, dont le niveau de scolarité, l'emploi et les soins de santé préventifs.

RÉSULTATS

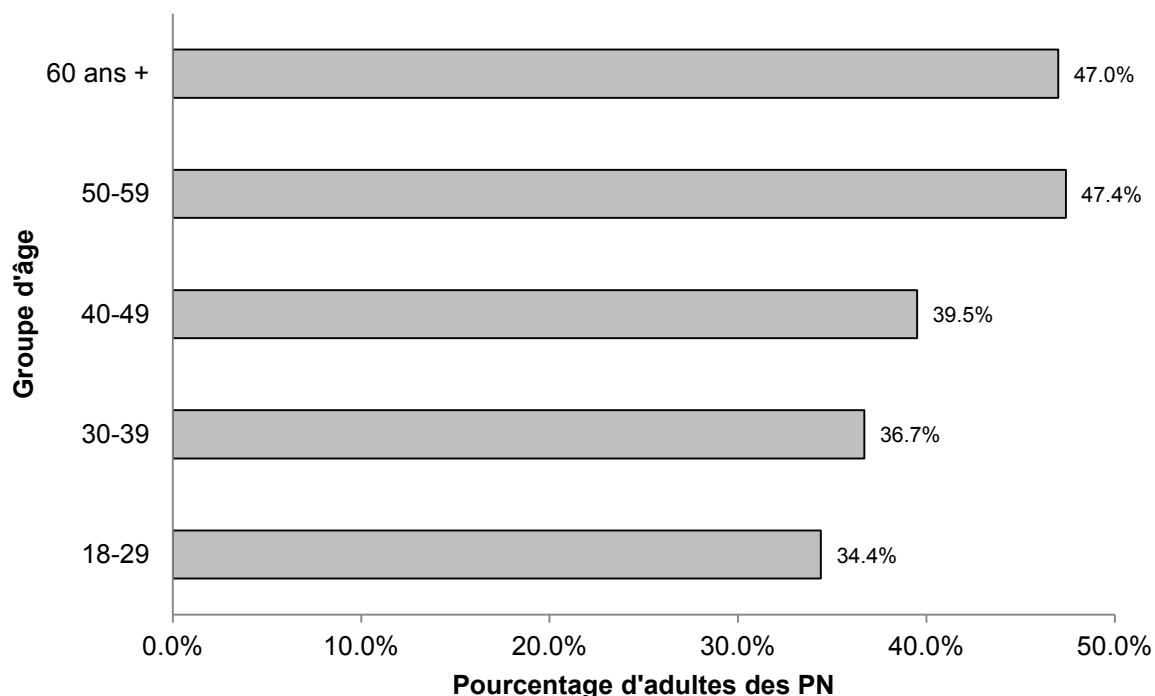
Recours à la médecine traditionnelle

La majorité (60,4 %) des adultes des Premières Nations rapportent ne pas avoir recours à la médecine traditionnelle. On n'observe aucune différence entre les hommes et les femmes au chapitre du recours à la médecine traditionnelle (39,2 % des hommes vs 40,1 % des femmes, 95 % IC [36,9, 41,5] et [37,9, 42,4], respectivement). Les adultes plus âgés des Premières

1 En anglais, le mot « holism » [globalisme] s'écrit « wholism » afin d'être fidèle aux enseignements d'un Aîné des Premières Nations de mettre en opposition « whole » [total] et « hole » [trou].

Nations rapportent avoir recours à la médecine traditionnelle plus souvent que les adultes plus jeunes (voir Figure 5.1). Par exemple, chez les 18 à 29 ans, 34,4 % rapportent avoir recours à la médecine traditionnelle, comparativement à 47 % de ceux âgés de 60 ans et plus (95 % IC [31,6, 37,4] et [44,1, 49,9], respectivement).

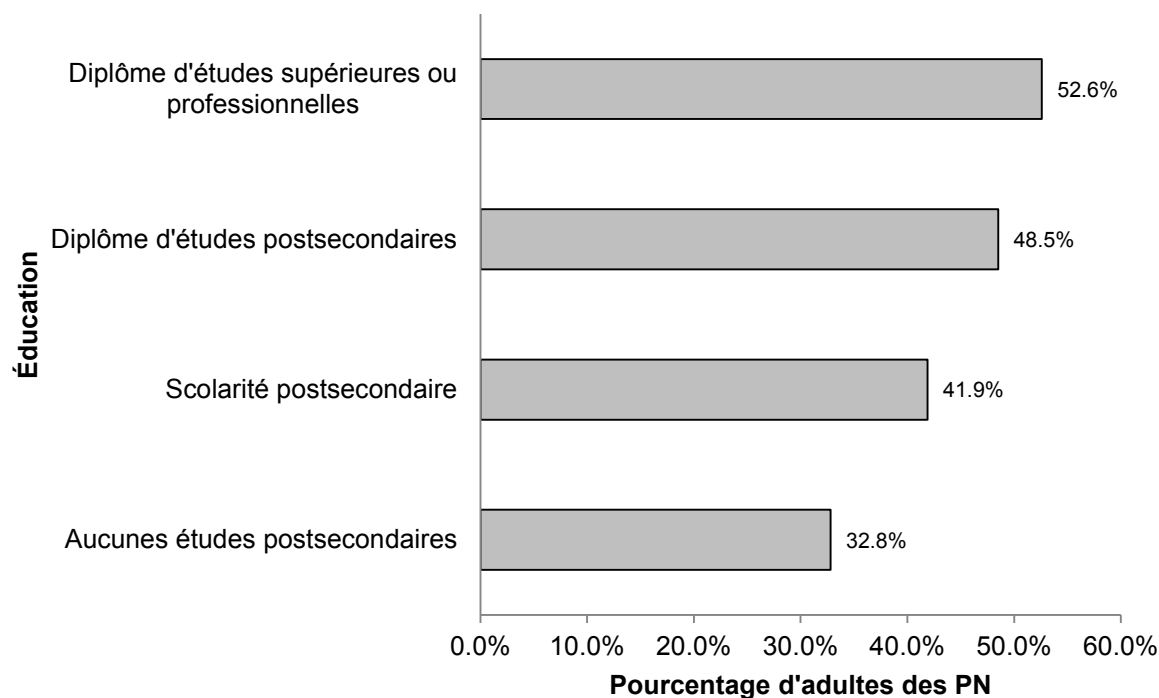
Figure 5.1. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui rapportent avoir recours à la médecine traditionnelle, selon le groupe d'âge (n = 10,703).



Éducation et recours à la médecine traditionnelle

Le recours à la médecine traditionnelle est plus élevé chez ceux qui ont un niveau de scolarité plus élevé : 33,6 % de ceux qui n'ont pas complété leurs études secondaires et 51,6 % de ceux qui ont un diplôme d'études supérieures ou professionnelles ont recours à la médecine traditionnelle (95 % IC [31,3, 36,0] et [42,1, 61,0], respectivement; voir Figure 5.2).

Figure 5.2. Pourcentage des adultes des Premières Nations qui rapportent avoir recours à la médecine traditionnelle, selon le niveau de scolarité (n = 10,481).



Emploi et recours à la médecine traditionnelle

Un pourcentage légèrement plus élevé d'adultes des Premières Nations ayant un emploi que ceux sans emploi ont recours à la médecine traditionnelle (42,1 % vs 37,4 %, 95 % IC [39,7, 44,3] et [35,3, 39,6], respectivement). Bien que statistiquement non significatif, le recours à la médecine traditionnelle a augmenté chez les adultes des Premières Nations qui ont un revenu plus élevé.

Accès à des remèdes traditionnels

Près d'un quart (23,5 %) des adultes des Premières Nations qui ont recours à la médecine traditionnelle rapportent rencontrer des difficultés pour se procurer des remèdes traditionnels. Un nombre significativement plus grand de femmes que d'hommes rapportent rencontrer des difficultés à se procurer des remèdes traditionnels (27,7 % vs 19,4 %, 95 % IC [25,1, 30,5] et [16,9, 22,1], respectivement), et davantage de femmes que d'hommes rapportent des difficultés pour chacun des obstacles à l'accès. Un pourcentage significativement plus élevé de femmes des Premières Nations que d'hommes rapportent des difficultés à assumer le coût des remèdes traditionnels (5,5 % vs 1,9 %, 95 % IC [4,3, 7,0] et [1,3, 2,9], respectivement). De même, un pourcentage significativement plus élevé de femmes indiquent ignorer où se procurer des remèdes traditionnels (11,7 % vs 6,5

%, 95 % IC [9,8, 13,8] [5,0, 8,2]). Finalement, bien que ces résultats ne soient pas significatifs au point de vue statistique, davantage de femmes que d'hommes (8,0 % vs 6,6 %, 95 % IC [6,7, 9,6] et [5,3, 8,3]) indiquent devoir se déplacer trop loin pour se procurer des remèdes traditionnels, et davantage de femmes que d'hommes (7,1 % vs 4,4 %, 95 % IC [5,7, 8,7] et [3,2, 6,0]) indiquent ne pas connaître suffisamment les remèdes traditionnels pour se les procurer.

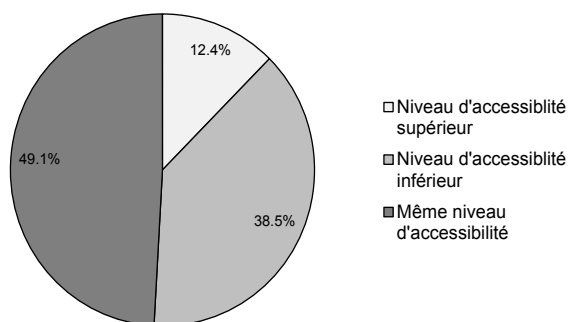
Accessibilité aux services de santé

Près de 40 % (38,6 %) de tous les adultes des Premières Nations indiquent considérer leur niveau d'accessibilité aux services de santé comme inférieur à celui des adultes dans l'ensemble de la population canadienne, soit une légère augmentation par rapport aux 35,6 % dans l'ERS 2002-03 qui ont répondu de même (voir Figure 5.3). Le pourcentage d'adultes des Premières Nations qui considèrent avoir le même niveau d'accessibilité aux services de santé que l'ensemble de la population canadienne a augmenté depuis l'ERS 2002-03 (40,8 % dans l'ERS 2002-03 vs 49,0 % dans l'ERS 2008-10). Seuls 12,4 % ont évalué leur niveau d'accessibilité aux services de santé comme supérieur à celui de l'ensemble de la population canadienne. Il s'agit là d'un résultat qui peut être préoccupant étant

donné que ce sont 23,6 % des adultes des Premières Nations dans l'ERS 2002-03 qui ont évalué leur niveau d'accessibilité aux services de santé comme supérieur à celui de l'ensemble de la population canadienne.

% de ceux ayant complété des études postsecondaires (95 % IC [16,4, 20,1] et [10,6, 14,4], respectivement).

Figure 5.3. Pourcentage des adultes des Premières Nations qui évaluent leur niveau d'accessibilité aux services de santé comme supérieur, inférieur ou équivalent à celui des autres Canadiens (n = 9,073)



Emploi et obstacles à l'accès aux soins de santé

Il y a très peu de différences entre les réponses des adultes des Premières Nations qui ont un emploi et ceux qui sont sans emploi en ce qui a trait à l'accès aux soins de santé, à l'exception des obstacles relatifs aux frais de garde et au transport. Parmi les adultes des Premières Nations qui sont sans emploi, 7,4 % ne peuvent assumer les frais de garde, 20,9 % ne peuvent assumer le coût du transport, et 22,4 % ne peuvent trouver un moyen de transport. En revanche, parmi les adultes des Premières Nations qui ont un emploi, seuls 4,9 % ne peuvent assumer les frais de garde, 12 % ne peuvent assumer le coût du transport, et 12,3 % ne peuvent trouver un moyen de transport (95 % IC [6,4, 8,6], [19,1, 22,9], [20,5, 24,5], [4,1, 5,9], [10,5, 13,5], et [10,8, 13,9], respectivement.)

Éducation et obstacles à l'accès aux soins de santé

Les adultes des Premières Nations qui ont complété des études postsecondaires rapportent les obstacles suivants à l'accès aux soins de santé plus souvent que ceux qui n'ont pas complété d'études postsecondaires : services de santé non adaptés à la culture; difficultés à recevoir des soins traditionnels; liste d'attente trop longue; impossibilité d'assumer les frais directement liés à la prestation des soins; non pris en charge par les SSNA; et autorisation préalable de prise en charge par le Programme des SSNA rejetée (voir Tableau 5.1). Par ailleurs, 18,2 % des adultes des Premières Nations n'ayant pas complété d'études postsecondaires rapportent être dans l'impossibilité de trouver un moyen de transport, comparativement à 12,4

Tableau 5.1. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui rapportent des obstacles à l'accès aux soins de santé, selon le niveau de scolarité

	Aucunes études postsecondaires	Scolarité postsecondaire	Diplôme d'études postsecondaires	Diplôme d'études supérieures ou professionnelles
Obstacles liés à des besoins spécifiques aux Premières Nations				
Impression que les services n'étaient pas adaptés à la culture	12,7	17,5	18,2	20,9
Impression que les services offerts n'étaient pas adéquats	16,1	22,9	24,1	19,0
Obstacles liés à la géographie et à la disponibilité des services				
Médecin ou infirmière non disponibles dans ma région	20,4	23,9	25,3	13,1
Pas d'établissement de santé (par ex. poste infirmier ou hôpital)	10,7	11,3	12,6	4,8
Difficulté à recevoir des soins traditionnels (par ex., guérisseur, homme de médecine, aîné)	11,1	13,1	16,4	14,4
Service non disponible dans ma région	14,3	16,0	18,1	12,4
Liste d'attente trop longue	35,3	37,1	43,5	31,6
Obstacles économiques				
Impossibilité d'assumer les frais directement liés à la prestation de soins/services	12,3	17,3	25,3	12,1
Impossibilité d'assumer les frais de garde	5,7	7,4	5,8	2,6
Impossibilité d'assumer les frais de transport	15,9	17,6	16,7	8,3
Obstacles systémiques				
Impossibilité de trouver un moyen de transport	18,1	21,4	12,8	4,0
Non couvert par les SSNA	13,1	23,2	32,9	23,1
Autorisation préalable de prise en charge par les SSNA rejetée	10,4	17,4	23,9	21,3
Choix de ne pas consulter un professionnel de la santé	10,8	13,5	14,3	15,2

Services de santé

Un peu plus du tiers (34,8 %) des adultes des Premières Nations rapportent avoir de la difficulté à accéder aux services de santé des SSNA. Pour ces individus, les médicaments (12,9 %), les soins dentaires (12,4 %), et les soins ophtalmologiques (par ex., lunettes) (8,6 %) sont les services rapportés comme étant les plus difficiles auxquels accéder. Davantage de femmes que d'hommes rapportent avoir de la difficulté à accéder à ces services (37,6 % [$\pm 2,3$], vs 32,1% [$\pm 2,2$], respectivement). Plus précisément, 15,9 % des femmes et 10,0 % des hommes indiquent avoir de la difficulté à accéder à des médicaments; 15,2 % des femmes et 9,7 % des hommes indiquent avoir de la difficulté à accéder à des soins dentaires; et 10,4 % des femmes et 6,8 % des hommes indiquent avoir de la difficulté à accéder à des soins ophtalmologiques (95 % IC [35,3, 40,0], [29,9, 34,4], [14,4, 17,6], [8,7, 11,6], [13,4, 17,2], [8,4, 11,2], [9,2,

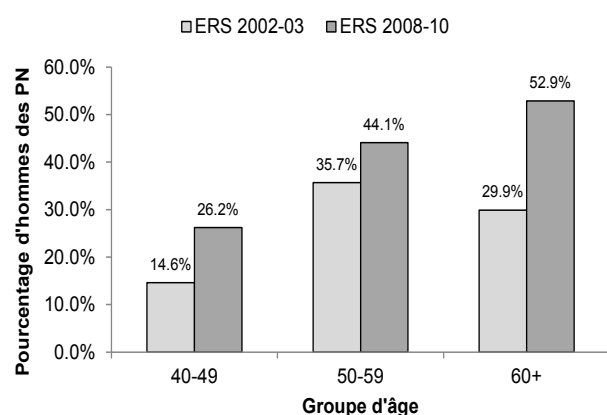
11,8], et [5,8, 7,9], respectivement). Ces résultats sont similaires à ceux de l'ERS 2002-03. En ce qui concerne l'emploi et l'accès aux soins de santé, les adultes des Premières Nations qui ont un emploi rapportent avoir davantage de difficultés à accéder à des soins dentaires que ceux qui sont sans emploi (14,9 % vs 10,2 %, 95 % IC [13,1, 16,7]) et [8,8, 11,8], respectivement).

Promotion de la santé : Dépistage de maladies et de troubles de la santé

Davantage de femmes que d'hommes rapportent subir des tests de dépistage, y compris un examen physique complet, un examen régulier de la vue, un test de glycémie et un test de pression artérielle (voir Tableau 5.2). Seuls 48,3 % (95 % IC [46,0, 50,7]) des hommes, comparativement à 60,4 % (95 % IC [58,6, 62,2]) des femmes rapportent avoir subi un test de glycémie. En ce qui concerne la santé

de la prostate, 23,4 % des hommes des Premières Nations rapportent avoir subi un examen de la prostate au cours de l'année précédant l'Enquête. La Figure 5.4 illustre la hausse du pourcentage d'hommes des Premières Nations qui ont subi un examen de la prostate ou un toucher rectal depuis l'ERS 2002-03. Finalement, 38,1 % des adultes des Premières Nations indiquent avoir fait vérifier leur taux de cholestérol, comparativement à 35,1 % en 2002-03.

Figure 5.4. Pourcentage d'hommes des Premières Nations qui rapportent avoir subi un examen de la prostate, selon le groupe d'âge



Bien que les femmes des Premières Nations rapportent être plus activement engagées dans le dépistage, certaines données révèlent de faibles taux d'auto-examens des seins et de mammographies. Quarante pour cent des femmes des Premières Nations indiquent ne jamais avoir procédé à un auto-examen des seins, tandis que 30 % procèdent à cet examen sur une base mensuelle. Près de 60 % (59 %) de toutes les femmes des Premières Nations rapportent ne jamais avoir subi de mammographie, et près de 10 % (9,7 %) des femmes des Premières Nations rapportent ne jamais avoir subi de test de Pap, un résultat similaire à celui rapporté en 2002-03 (10,6 %). Par ailleurs, 16,4 % des femmes rapportent avoir subi ce test plus de trois avant l'Enquête, comparativement à 13,8 % en 2002-03.

Tableau 5.2. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui rapportent subir différents tests de dépistage

	Hommes % [95% CI]	Femmes % [95% CI]
Examen physique complet	35,4 [32,9, 37,9]	45,8 [43,7, 48,0]
Examen de la vue régulier	48,8 [46,5, 51,2]	59,3 [57,5, 61,2]
Test de glycémie	48,3 [46,0, 50,7]	60,4 [58,6, 62,2]
Test de pression artérielle	59,5 [57,0, 61,9]	68,3 [66,6, 69,9]

DISCUSSION

Les résultats de l'Enquête permettent de dégager quatre axes pour discussion : le recours à la médecine traditionnelle, un changement de perspective par rapport à l'accès aux services de santé, l'adoption d'une approche différenciée selon le sexe pour mieux comprendre l'accès aux soins de santé chez les femmes et les hommes, et la nécessité de la promotion de la santé chez les Premières Nations.

La médecine traditionnelle est considérée comme bénéfique à la santé et au bien-être des Premières Nations. Les Premières Nations ont recours à la médecine traditionnelle (Organisation nationale de la santé autochtone, 2008) et veulent avoir accès à des remèdes traditionnels (Réseau canadien autochtone du sida, 2005). Lorsque la médecine traditionnelle a été rendue disponible dans le cadre des services de santé communautaires, les Premières Nations y ont eu recours de façon régulière (*First Nations Health Society*, 2010). Toutefois, la majorité des adultes des Premières Nations dans l'ERS 2008-10 rapportent ne pas avoir recours à la médecine traditionnelle. Il se peut que l'expression « médecine traditionnelle » dans l'Enquête ait une définition trop limitée par rapport à « guérison traditionnelle ». De plus, il est probablement nécessaire de prendre en considération la complexité de la guérison traditionnelle en ce qui a trait aux dimensions individuelle, familiale et communautaire.

Les résultats relatifs à l'accessibilité aux services de santé révèlent des différences entre les résultats de l'ERS 2002-03 et ceux de l'ERS 2008-10. À l'heure actuelle, davantage d'adultes des Premières Nations rapportent avoir le même niveau d'accessibilité que l'ensemble de la population canadienne, et moins d'adultes des Premières Nations rapportent avoir un niveau d'accessibilité supérieur à celui de l'ensemble de la population canadienne. Toutefois, ces résultats devraient être interprétés avec prudence car ils sont fondés sur de l'information auto-déclarée sur l'accessibilité aux services de santé. À ce titre, les résultats ne peuvent servir d'indicateurs par rapport à l'accessibilité réelle aux services de santé. Il pourrait s'avérer utile d'approfondir les raisons pour lesquelles ces changements de perspectives surviennent chez les Premières Nations.

Le sexe joue un rôle en matière de santé et de soins de santé et se révèle un déterminant de l'état de santé (Mikkonen & Raphael, 2010). Les résultats de l'ERS 2008-10 indiquent que les femmes des Premières Nations sont plus susceptibles que les hommes de rapporter des difficultés à se procurer des remèdes traditionnels et à obtenir des services des SSNA. Il est important de

comprendre si ces écarts d'efficacité sont tributaires de différents modes d'utilisation de ces services entre les hommes et les femmes ou s'ils résultent de la façon dont les services sont structurés, ou une combinaison des deux (Wilkins, Payne, Granville, & Branney, 2008). Il est bien connu qu'il existe des différences entre les hommes et les femmes dans l'incidence et la prévalence de la plupart des troubles de la santé. Une recherche approfondie sur le sexe et la recherche d'aide, et le sexe et l'expérience des services, est nécessaire pour mieux adapter les programmes de santé à l'intention des adultes des Premières Nations (Wilkins et al., 2008; Organisation mondiale de la santé, 2009).

Bien que davantage de femmes des Premières Nations que d'hommes soient engagées dans des mesures de dépistage préventives, telles qu'un examen physique complet ou des tests de glycémie et de cholestérol, des préoccupations subsistent quant à l'auto-examen des seins, aux mammographies et aux tests de Pap. Une recherche approfondie est nécessaire concernant les hommes des Premières Nations et leur participation aux activités de promotion de la santé, telles qu'un examen physique complet, un examen de la vue régulier, un test de glycémie, un test de cholestérol et un examen de la prostate. La promotion de la santé est nécessaire, dont le dépistage chez les Premières Nations, particulièrement en ce qui concerne l'obésité, les comorbidités liées à l'obésité, le diabète, l'hypertension, et les maladies cardiovasculaires (Bruce, Riediger, Zacharias, & Young, 2010).

CONCLUSIONS

L'ERS est un outil précieux car il fournit les plus récentes données sur les adultes des Premières Nations et leur accès aux soins de santé quant à quatre secteurs : la médecine traditionnelle, les soins de santé, les services de santé, et la promotion de la santé. Ces quatre secteurs contribuent à une compréhension générale de l'accès aux soins de santé. À l'avenir, il serait utile d'élargir la notion de médecine traditionnelle à la notion plus inclusive de guérison traditionnelle. Cela favoriserait une compréhension plus holistique de l'accès aux soins de santé des Premières Nations.

En ce qui a trait aux services de santé, un certain nombre de tendances émergentes justifient une investigation approfondie. Par exemple, pourquoi un nombre croissant de membres des Premières Nations considèrent-ils leur niveau d'accessibilité aux services de santé comme équivalent à celui des autres Canadiens, alors qu'un nombre moins élevé de Premières Nations rapportent avoir un niveau d'accessibilité aux services

de santé supérieur à celui des autres Canadiens?

La vie est fondamentalement différente selon notre sexe, il est donc important d'approfondir comment l'accès aux soins de santé diffère selon que l'on est un homme ou une femme. Pourquoi les hommes des Premières Nations se situent-ils en marge de la promotion de la santé et, en particulier, du dépistage en santé? Comment le dépistage en santé peut-il mieux desservir les hommes et les femmes des Premières Nations? Une recherche approfondie des questions relatives à l'accès aux soins de santé soulevées par l'ERS 2008-10 s'avère maintenant nécessaire.

RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada. (2010). *What determines health?* Date Modified May 18, 2010. Consulté à partir de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php>
- Assemblée des Premières Nations. (2006). *First Nations public health: A framework for improving the health of our people and our communities*. Ottawa: Author.
- Bruce, S., Riediger, N., Zacharias, J., & Young, T. (2010). Obesity and obesity-related comorbidities in a Canadian First Nation population. *Chronic Diseases in Canada* 31(1). Consulté à partir de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/31-1/ar-05-eng.php>
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002-03: Results for adults, youth, and children living in First Nations communities*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Conseil canadien de la santé. (2005). *The health status of Canada's First Nations, Métis and Inuit peoples. A background paper to accompany Health Care Renewal in Canada: Accelerating Change*. Consulté à partir de <http://healthcouncilcanada.ca/c9.previewyoursite.com/docs/papers/2005/BkgrdHealthyCdnsENG.pdf>
- First Nations Health Council. (2010). *Traditional models of wellness. [Traditional MEDICINES and practices]. Environmental scan summary*. First Nations Health Society. Consulté à partir de http://www.fnhc.ca/pdf/Traditional_Medicines_Scan_Executive_Summary.pdf
- First Nations Health Society. (2010). *First Nations traditional models of wellness [traditional medicines and practices]. Environmental scan in British Columbia*. Vancouver, British Columbia: First Nations Health Society.
- Jackson, R., & Reimer, G. (2005). *Canadian aboriginal people living with HIV/AIDS. Care, treatment and support issues*. Vancouver, BC: Canadian Aboriginal AIDS Network. Retrieved from http://caan.ca/new/wp-content/uploads/2010/03/CAAN_CTS_report.pdf
- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management. Consulté à partir de <http://>

www.thecanadianfacts.org/

- Organisation mondiale de la santé. (2009). *Women and health. Today's evidence. Tomorrow's agenda*. Geneva: Author.
- Organisation nationale autochtone de la santé. (2008). *An overview of traditional knowledge and medicine and public health in Canada*. Ottawa: Author.
- Réseau canadien autochtone du sida. (2005). *Traditional healing practices and services: Needs of aboriginal people living with HIV/AIDS*. Ottawa: Author.
- Saskatoon Aboriginal Women's Health Research Committee. (2004). *Naspici Miyomahcihowin. Continuous good health. Final report: A community-based research project examining the health needs of aboriginal women in Saskatoon*. Winnipeg, MB: Author, with support from The Prairie Women's Health Centre of Excellence. Consulté à partir de <http://www.pwhce.ca/pdf/ContinuousGoodHealth.pdf>
- Skye, J. (2006). *An orchid in the swamp: Traditional medicine, healing, and identity at an urban aboriginal community health centre*. Hamilton: McMaster University. Consulté à partir de http://www.aht.ca/webfm_send40
- Walters, K. L., & Simoni, J. M. (2002). Reconceptualizing Native Women's Health: An "Indigenist" Stress-Coping Model. *American Journal of Public Health* 92(4), 520–24. Consulté à partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447108/pdf/0920520.pdf>
- Wilkins, D., Payne, S., Granville, G., & Branney, P. (2008). *The gender and access to health services study. Final report*. Consulté à partir de http://www.dh.gov.uk/prod_consus_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_092041.pdf

Chapitre 6

Activité physique et nutrition

SOMMAIRE

Au cours des 25 dernières années, la proportion de Canadiens qui sont en surpoids ou obèses a connu une hausse. Ce chapitre présente les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 en matière d'activité physique et de nutrition dans une perspective culturelle plus vaste. Les résultats révèlent qu'une grande proportion d'adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques sont en surpoids ou obèses. De plus, environ un quart (25,2 %) des adultes des Premières Nations sont inactifs physiquement et seul un tiers des adultes (30,6 %) a « toujours ou presque toujours » un régime alimentaire nutritif et équilibré. Une association est démontrée entre un mode de vie sain et divers facteurs, mettant ainsi en évidence l'importance d'adopter des stratégies visant un mode de vie sain qui sont pertinentes au point de vue culturel et qui intègrent l'activité physique et un régime alimentaire nutritif et équilibré.

PRINCIPAUX CONSTATS

- 1,4 % des adultes des Premières Nations sont en insuffisance pondérale, 24,2 % ont un poids normal, 34,2 % sont en surpoids, 34,8 % sont obèses, et 5,4 % souffrent d'obésité morbide. Ces résultats ne représentent pas de changement significatif depuis l'ERS 2002-03.
- 46,4 % des adultes des Premières Nations sont inactifs, 28,3 % sont modérément actifs, et 25,2 % sont actifs. Une plus grande proportion d'hommes rapportent être actifs comparativement aux femmes (32,8 % vs 17,4 %).
- 30,6 % des adultes des Premières Nations ont « toujours ou presque toujours » un régime alimentaire nutritif et équilibré, tandis que c'est « parfois » le cas pour 51,8 %, « rarement » le cas pour 14,5 %, et « jamais » le cas pour 3,1 %.
- La proportion d'adultes qui sont actifs physiquement diminue avec l'âge, tandis que la proportion de ceux qui ont « toujours/presque toujours » et « parfois » un régime alimentaire nutritif et équilibré augmente avec l'âge.
- Le fait d'être actif physiquement et d'avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré est associé au fait de se percevoir comme étant en santé, d'avoir un indice de masse corporelle moins élevé, de consommer des aliments traditionnels, de se sentir en harmonie, d'avoir un sentiment de maîtrise sur sa propre vie et de percevoir plusieurs forces dans sa propre communauté.

INTRODUCTION

La proportion de Canadiens qui sont en surpoids ou obèses a augmenté au cours des 25 dernières années (Tjepkema, 2006), une tendance qui a également été observée dans les pays développés et en voie de développement (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2000). La proportion d'adultes qui sont en surpoids ou obèses est toujours plus grande chez les Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne (Katzmarzyk & Malina, 1998; Tjepkema, 2002). De plus, les femmes des Premières Nations rapportent des maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaire et les accidents cérébrovasculaires plus souvent que les femmes dans l'ensemble de la population canadienne (Dion Stout, 2005).

Naturellement, certaines maladies chroniques sont associées à l'obésité, et les maladies chroniques non transmissibles sont une importante cause de décès (OMS, n.d.). Trois facteurs préventifs – régime alimentaire nutritif et équilibré, activité physique et évitement du tabagisme – jouent un rôle significatif dans la réduction des maladies chroniques (OMS, n.d.). Bien que certains facteurs, dont l'apport énergétique par le régime alimentaire et la dépense énergétique par l'activité, soient associés à l'obésité, il en va de même pour divers facteurs environnementaux et génétiques (Beamer, 2003; Gauthier, 2008).

L'inactivité physique est un important problème de santé publique dans la mesure où il s'agit d'un facteur de risque modifiable de diverses maladies chroniques, dont les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'ostéoporose, l'hypertension artérielle, le cancer (en particulier le cancer du côlon et le cancer du sein), l'obésité, et les limitations fonctionnelles qui viennent avec le vieillissement (Warburton, Whitney, & Bredin, 2006). Par ailleurs, il a été démontré que l'activité physique a une incidence positive sur la santé mentale en réduisant l'anxiété, la dépression et la tension. Au Canada, les données sur les tendances en matière d'activité physique indiquent une augmentation au cours des 20 dernières années des taux de participation à des loisirs dans la population adulte en général (Craig, Russell, Cameron, & Bauman, 2004); mais les taux de participation au cours des plus récentes années semblent s'être stabilisés. Les niveaux d'activité physique moins élevés chez certains sous-groupes continuent d'être préoccupants, en particulier chez les femmes, les adultes plus âgés et les groupes à faible revenu (U.S. *Department of Health and Human Services*, 1996). Des données récentes de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007–2008, indiquent que moins de la moitié (48 %) des Canadiens âgés de 20 ans et plus sont

au moins modérément actifs, ce qui équivaut à au moins 30 minutes d'activité modérée à vigoureuse tous les jours (Institut canadien de recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2009). Plus spécifiquement, les résultats indiquent que les hommes sont plus susceptibles d'être au moins modérément actifs et que les niveaux d'activité augmentent avec la scolarité et le revenu mais diminuent avec l'âge (Institut canadien de recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2009).

Plus récemment, la Société canadienne de physiologie de l'exercice a publié un ensemble de lignes directrices révisées pour les niveaux d'activité physique chez les adultes (Tremblay et al., 2011). Selon ces lignes directrices, les adultes âgés de 18 à 64 ans devraient avoir comme objectif de cumuler 150 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse par semaine. De plus, les adultes devraient incorporer des activités visant à renforcer les muscles deux fois par semaine (Tremblay et al., 2011). À ce jour, la plupart de l'information sur les niveaux d'activité physique est principalement issue de données autodéclarées. Toutefois, une récente enquête canadienne qui utilise des accéléromètres pour mesurer l'activité physique a révélé que la proportion d'adultes qui pratiquent 150 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse par semaine est très faible (Colley et al., 2011).

Le concept d'équilibre énergétique est fondé sur la notion que la dépense énergétique devrait équivaloir à l'apport énergétique. Mais les Canadiens semblent avoir un bilan énergétique net positif, lequel survient lorsque l'apport énergétique provenant de l'alimentation d'un individu est plus élevé que la dépense énergétique par l'activité, ce qui contribue à la tendance à l'obésité (Tjepkema, 2005). Une enquête nationale sur les habitudes alimentaires au Canada indique que l'ensemble de la population canadienne n'a pas un régime alimentaire nutritif et équilibré (Statistique Canada, 2006). Cette enquête nutritionnelle révèle que chez plus d'un quart des Canadiens âgés de 31 à 50 ans, le gras représente plus de 35 % de leur apport calorique total, ce qui représente un risque accru pour la santé. Environ la moitié de tous les adultes ne consomment pas les cinq portions minimales de fruits et de légumes recommandées; plus de deux tiers des Canadiens âgés de 30 ans et plus ne consomment pas les portions minimales de produits laitiers recommandées; et les aliments en dehors des quatre grands groupes alimentaires représentent environ un cinquième de l'apport calorique total (Statistique Canada, 2006). Selon cette même source de données, les femmes des Premières Nations âgées de 19 à 30 ans qui vivent en dehors des communautés des Premières Nations ont un apport calorique quotidien moyen plus élevé que les femmes

dans l'ensemble de la population canadienne (Statistique Canada, 2006). Au plan de la consommation de certains groupes d'aliments, il y a également des différences selon le groupe d'âge et le sexe chez les Autochtones et les non-Autochtones : par exemple, les hommes autochtones consomment moins de portions de produits laitiers, et les femmes autochtones consomment moins de portions de fruits, de légumes, et de produits céréaliers, et davantage de portions d'aliments en dehors des quatre grands groupes alimentaires (Statistique Canada, 2006).

Bien que les facteurs de risque pour certaines maladies chroniques soient présents au niveau de la population, on observe des écarts selon le sexe, le groupe d'âge, le revenu, l'éducation, et l'ethnicité. Par exemple, les adultes des Premières Nations, en particulier les femmes, sont toujours davantage en surpoids et obèses comparativement à l'ensemble de la population canadienne (Katzmarzyk & Malina, 1998; Tjepkema, 2002). Le présent chapitre se penche sur l'activité physique et certains aspects de la nutrition, ainsi que sur leur association à l'indice de masse corporelle dans la population des Premières Nations, et formule des recommandations pour contribuer à l'élaboration de stratégies personnelles et nationales visant un mode de vie sain.

MÉTHODOLOGIE

Les résultats décrits dans ce chapitre sont issus des sections sur les aliments et la nutrition et l'activité physique de l'ERS 2008-10. L'analyse est centrée sur les associations avec l'activité physique et la nutrition, dans une perspective culturelle élargie qui intègre des aspects du bien-être spirituel, affectif, psychologique et physique des Premières Nations, du soutien social, et de la communauté des Premières Nations.

Les mesures utilisées qui ont été calculées dans les analyses de ce chapitre ou qui en sont issues sont résumées ci-dessous. Pour chacune de ces analyses, des pondérations d'échantillons ont été appliquées et la signification statistique a été testée à l'aide d'intervalles de confiance de 95 %.

L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé selon la formule suivante :

$$\text{IMC} = \frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m)}^2}$$

Pour cette analyse, le classement de l'IMC est fondé sur les lignes directrices canadiennes standard (Santé Canada, 2003). Les individus ayant un IMC inférieur à 18,5 kg/m² sont considérés comme ayant une insuffisance pondérale, 18,5 à 24,9 kg/m² comme ayant un poids normal, 25 kg/m² à 29,9 kg/m² comme étant en surpoids, 30 kg/m² à 39,9 kg/m² comme étant obèses, et 40 kg/m² et plus comme souffrant d'obésité morbide.

Le niveau d'activité physique est fondé sur la dépense d'énergie totale (EE), calculée selon la formule suivante :

$$EE = \sum (N_i * D_i * MET_i / 365 \text{ jours})$$

N_i = nombre d'occasions d'activité i dans une année,

D_i = durée moyenne en heures de l'activité i , et

MET_i = valeur constante représentant le coût énergétique métabolique de l'activité i .

La fréquence et la durée des activités physiques ont été rapportées pour les 12 mois précédant l'Enquête, et la valeur métabolique équivalente (valeur MET) de chaque activité a été établie de façon distincte (Ainsworth et al., 2000).

Dans le cadre de cette analyse, les adultes ayant une dépense énergétique inférieure à 1,5 kcal/kg/jour sont considérés comme inactifs; ceux ayant une dépense énergétique entre 1,5 kcal/kg/jour et 2,9 kcal/kg/jour sont considérés comme modérément actifs; et ceux ayant une dépense énergétique égale ou supérieure à 3 kcal/kg/jour sont considérés comme actifs.

RÉSULTATS

Dans l'ERS 2008-10, 1,4 % des adultes des Premières Nations présentent une insuffisance pondérale et 24,2 % ont un poids normal. Environ un tiers (34,2 %) des adultes des Premières Nations sont en surpoids, 34,8 % sont obèses, et 5,4 % souffrent d'obésité morbide. Il s'agit de résultats assez semblables à ceux de l'ERS 2002-03 (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005). En comparaison, 38,9 % des Canadiens âgés de 20 à 64 ans ont un poids normal, 36,1 % sont en surpoids, 20,3 % sont obèses, et 2,7 % souffrent d'obésité morbide (Tjepkema, 2006). Un pourcentage plus élevé d'hommes des Premières Nations que de femmes sont en surpoids (36,8 % vs 31,6 %, respectivement), tandis qu'un pourcentage moins élevé d'hommes des Premières Nations que de femmes souffrent d'obésité morbide (4,3 % vs 6,6 %, respectivement). Un pourcentage plus élevé d'adultes des Premières Nations âgés de 18 à 29 ans sont obèses comparativement aux adultes plus âgés des Premières Nations.

Activité physique

Prévalence

Un peu moins de la moitié des adultes des Premières Nations sont inactifs (46,5 %); 28,2 % sont considérés comme modérément actifs, et 25,2 % sont considérés comme actifs. Une plus grande proportion d'hommes des Premières Nations sont inactifs comparativement aux femmes (32,8 % vs 17,4 %). Les taux d'activité décroissent généralement avec l'âge : 33,2 % des adultes de 18 à 34 ans sont actifs, comparativement à 23,6 % des adultes de 35 à 54 ans, et 11,9 % des adultes de 55 ans et plus.

Type d'activité

La marche est l'activité physique la plus fréquemment rapportée pour l'année précédant l'ERS 2008-10, soit par 82,1 % des adultes des Premières Nations. Elle est suivie du jardinage ou travaux extérieurs (35,0 %), de la pêche (32,2 %), de la cueillette de baies ou d'autres aliments (28,3 %), et de la natation (27,1 %). Moins d'un quart des adultes des Premières Nations rapportent utiliser des poids et haltères, et appareils de conditionnement physique (24,6 %); pratiquer la danse, dont aérobique, traditionnelle, moderne (22,7 %); la course à pied ou le jogging (22,6 %); la chasse ou le piégeage (22,1 %); la randonnée (19,2 %); la bicyclette ou le vélo de montagne (18,0 %); ou des sports d'équipe ou de compétition, tels que le hockey, le basketball, le baseball, la crosse, et le tennis (17,5 %). Moins d'un sixième des adultes des Premières Nations rapportent pratiquer le golf (14,9 %), le patin (11,8 %), les quilles (11,2 %), le canot ou le kayak (8,3 %), des cours d'aérobie ou de conditionnement physique (6,3 %), la raquette (4,8 %), le ski ou la planche à neige (4,2 %), ou les arts martiaux (2,4 %). Comparativement à l'ERS 2002-03, les taux de participation à la plupart des activités ont baissé, à l'exception de la raquette, de l'utilisation de poids et haltères et d'appareils de conditionnement physique, du golf, du ski et des arts martiaux.

Le Tableau 6.1 présente une synthèse des différences entre les sexes par rapport à la participation à différentes activités physiques. Selon ces résultats, une proportion significativement plus élevée d'hommes des Premières Nations rapportent pratiquer la chasse ou le piégeage, la pêche, la course à pied ou le jogging, la randonnée, la bicyclette ou le vélo de montagne, le patin, le ski ou la planche à neige, des sports d'équipe ou de compétition, l'utilisation de poids et haltères et d'appareils de conditionnement physique, le canot ou le kayak, le golf, la raquette ou les arts martiaux. En revanche, une proportion significativement plus élevée de femmes

des Premières Nations rapportent pratiquer la marche, la danse, la cueillette de baies et d'autres aliments, et les cours d'aérobie ou de conditionnement physique.

La marche est l'activité physique la plus fréquemment rapportée dans tous les groupes d'âge. De façon générale, la pratique d'une activité physique décroît avec l'âge, à l'exception du jardinage et des travaux extérieurs, lesquels augmentent avec l'âge jusqu'à 60 ans, pour ensuite diminuer.

Tableau 6.1. Pratique d'une activité physique, selon le sexe

	Pratique d'une activité physique au cours des 12 mois précédant l'enquête		
	Total %	Hommes %	Femmes %
Marche	82,1	80,4	83,8*
Jardinage, travaux extérieurs	35,0	37,1	32,9
Pêche	32,2	44,1*	20,0
Cueillette de baies ou d'autres aliments	28,3	25,4	31,4*
Natation	27,1	26,0	28,3
Poids et haltères, appareils de conditionnement physique	24,6	30,9*	18,1
Danse (aérobique, traditionnelle, moderne, etc.)	22,7	16,9	28,7*
Course à pied ou jogging	22,6	26,5*	18,6
Chasse, piégeage	22,1	35,6*	8,1
Randonnée	19,2	24,4*	13,8
Bicyclette ou vélo de montagne	18,0	22,7*	13,2
Sports d'équipe ou de compétition (par ex., hockey, basketball, baseball, crosse)	17,5	23,5*	11,2
Golf	14,9	19,7*	9,9
Patin	11,8	16,9*	6,6
Quilles	11,2	10,4	12,1
Canot/kayak	8,3	11,7*	4,8
Cours d'aérobic ou de conditionnement physique	6,3	3,8	9,0*
Raquette	4,8	6,8*	2,7
Ski/Planche à neige	4,2	5,2*	3,2
Arts martiaux	2,4	3,5*	1,3

* Indique une proportion significativement plus élevée

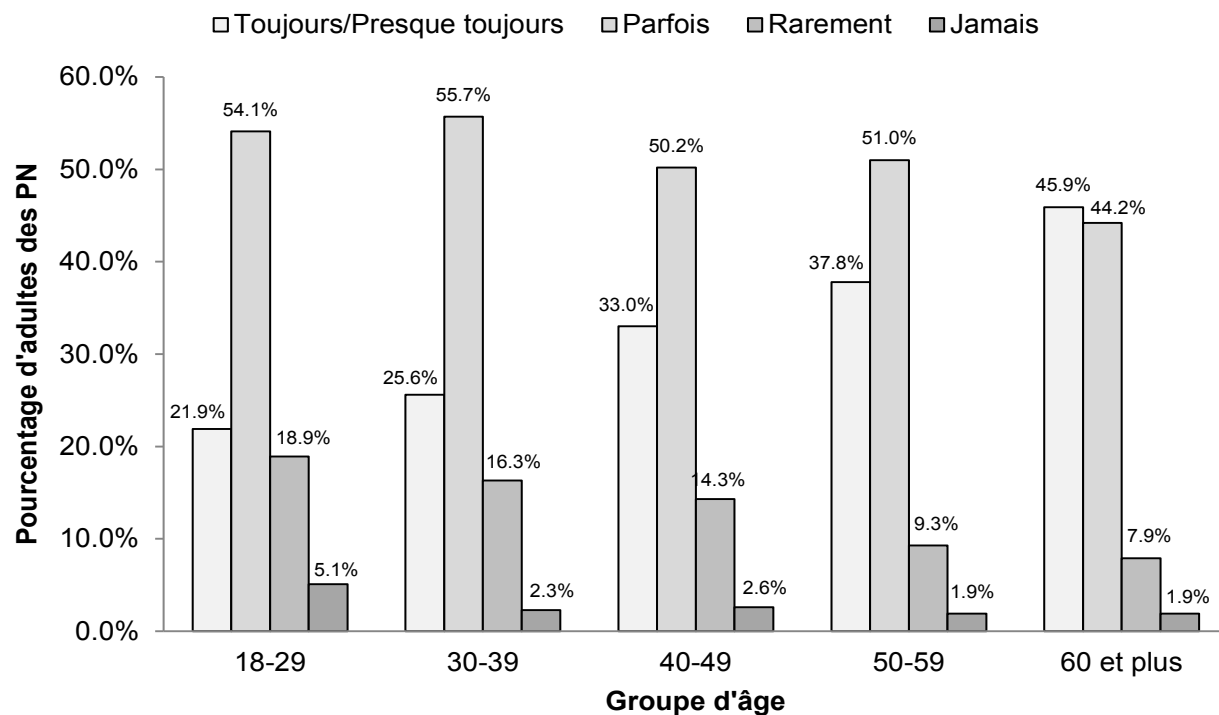
Nutrition

Fréquence d'une alimentation saine

Moins d'un tiers (30,6 %) des adultes des Premières Nations rapportent « toujours » ou « presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, tandis que pour 51,8 % c'est « parfois » le cas. Le reste des adultes des Premières Nations ont « rarement » (14,5 %) ou n'ont « jamais » (3,1 %) un régime alimentaire nutritif et équilibré. La proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent « toujours » ou « presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré est légèrement moins élevée dans l'ERS 2008-10 comparativement à l'ERS 2002-03, tandis que la proportion pour laquelle c'est le cas « rarement » a légèrement augmenté entre l'ERS 2002/03 et l'ERS 2008-10.

La proportion d'adultes qui rapportent « toujours » ou « presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré augmente habituellement avec l'âge (voir Figure 6.1).

Figure 6.1. Proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, selon l'âge



Types d'aliments consommés

Le Tableau 6.2 présente un résumé de la fréquence de consommation de certains aliments.

Une proportion plus élevée d'hommes des Premières Nations que de femmes consomme des boissons gazeuses ou des repas minute tels que des burgers, de la pizza, des hot-dogs, ou des frites au moins une fois par jour. La consommation fréquente (au moins une fois par jour) de boissons gazeuses et de repas minute diminue avec l'âge

Tableau 6.2. Proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent consommer certains aliments, selon la fréquence de consommation

	Plusieurs fois par jour %	Une fois par jour %	Quelques fois par semaine %	Une fois par semaine %	Jamais/presque jamais %
Lait et produits laitiers (par ex., yogourt, fromage)	23,5	34,9	24,4	7,7	9,5
Protéines (bœuf, poulet, porc, poisson, œufs, fèves, tofu)	32,1	42,0	21,6	3,5	0,8
Légumes	26,8	36,1	26,7	6,2	4,2
Fruits (sauf les jus de fruit)	27,9	28,7	29,1	9,2	5,1
Pain, pâtes, riz et autres produits céréaliers	45,3	33,3	17,4	3,2	0,9
Jus	33,8	24,4	21,2	7,9	12,7
Boissons gazeuses	20,9	18,4	25,7	13,7	21,4
Repas minute (par ex., burgers, pizza, hot-dogs, frites)	4,9	6,2	29,3	33,6	26,0

Partage d'aliments traditionnels

Plus d'un quart (27,9 %) des adultes des Premières Nations rapportent qu'une personne dans leur ménage a « souvent » partagé des aliments traditionnels avec eux au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Par ailleurs, 57,6 % rapportent que cela s'est « parfois » produit,

et 14,4 % rapportent que cela ne s'est « jamais » produit.

Le Tableau 6.3 présente un résumé de la fréquence de consommation de certains aliments traditionnels.

Tableau 6.3. Proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent consommer des aliments traditionnels, selon la fréquence de consommation

	Jamais %	Parfois %	Souvent %
Mammifères terrestres (orignal, caribou, ours, cerf, bison, etc.)	22,3	51,3	26,4
Petit gibier (lapin, rat musqué, etc.)	68,2	24,6	7,2
Poisson d'eau douce	28,9	48,8	22,3
Poisson de mer	69,7	23,8	6,4
Autres produits de la mer ou d'eau douce (crustacés, anguilles, palourdes, algues, etc.)	77,2	19,4	3,5
Mammifères marins (baleine, phoque, etc.)	97,1	2,6	0,3
Gibier à plumes (oie, canard, etc.)	58,6	32,6	8,7
Baies ou autres végétaux sauvages	23,0	58,4	18,6
Bannique/pain frit	8,0	54,7	37,3
Riz sauvage	62,2	31,8	6,0
Soupe de maïs	72,1	22,2	5,7

Activité physique et nutrition : Une perspective culturelle

Activité physique

Étant donné la prévalence élevée de l'inactivité ou de l'activité modérée (74,7 % de la population adulte des Premières Nations), il est important d'approfondir notre compréhension des principaux facteurs individuels, sociaux et communautaires associés à une plus grande activité physique. Aux fins de cette analyse, les facteurs liés à l'individu ont été divisés en deux catégories : les facteurs relatifs à l'état de santé en général et les facteurs relatifs à la santé mentale.

Selon l'ERS 2008-10, une plus grande proportion d'adultes actifs :

- sont en excellente santé (37,7 % sont actifs), comparativement à ceux dont l'état de santé est très bon (28,9 %), bon (22,5 %), passable (19,9 %) ou mauvais (4,8 %);
- ont un indice de masse corporelle moins élevé : insuffisance pondérale (28,1 % sont actifs), poids normal (28,9 %), surpoids (26,6 %), obèses (22,7 %), et obésité morbide (18,6 %);
- n'ont pas de maladies chroniques (30,4 % sont actifs), comparativement à ceux qui ont au moins une maladie chronique (22,3 %);

- consomment des fruits et des légumes au moins une fois par jour, comparativement à ceux qui en consomment une fois par semaine ou moins;
- profitent d'aliments traditionnels partagés avec leur ménage plus souvent : ceux qui partagent souvent ces aliments (29,3 % sont actifs), parfois partagent ces aliments (24,4 % sont actifs), et ne partagent jamais ces aliments (21,7 %);
- consomment des mammifères terrestres traditionnels, du gibier à plumes, des baies ou autres végétaux sauvages souvent ou à quelques occasions au cours de l'année précédente, comparativement à ceux pour qui ce n'est pas le cas.

Une analyse plus poussée des facteurs liés à la santé mentale a également été réalisée par rapport au niveau d'activité. Une plus grande proportion d'adultes actifs physiquement :

- rapportent un plus grand sentiment de maîtrise sur leur propre vie (c.-à-d. des scores de maîtrise plus élevés), comparativement à ceux ayant moins de maîtrise;
- rapportent se sentir en harmonie sur les plans physique, spirituel, affectif et psychologique « en permanence », comparativement à ceux qui se sentent moins souvent en harmonie.
- De plus, l'Enquête sondait les répondants sur leur perception des forces de leur communauté. Une

plus grande proportion d'adultes actifs physiquement:

- perçoivent comme forces de leur communauté : le tissu social (interaction des membres de la communauté), les activités et cérémonies traditionnelles (par ex., pow-wow), les bonnes infrastructures de loisirs, l'environnement naturel, le leadership fort, la connaissance de la culture des Premières Nations, les faibles taux de suicide, de criminalité et de toxicomanie, et les possibilités en matière d'éducation et de formation.

Nutrition

Tel qu'indiqué précédemment, 30,6 % des adultes des Premières Nations rapportent qu'ils ont « toujours » ou « presque toujours » un régime alimentaire nutritif et équilibré, tandis que c'est « parfois » le cas pour 51,8 % des répondants adultes. Les facteurs relatifs aux individus ont de nouveau été classés selon qu'ils se rapportent à l'état de santé en général ou à la santé mentale.

Les facteurs se rapportant à la santé en général ont été évalués par rapport au fait de « toujours » ou « presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré. Une plus grande proportion d'adultes ayant un régime alimentaire sain :

- ont un meilleur état de santé général: excellent état de santé (44,5 % ont un régime alimentaire sain), très bon état de santé (33,1 %), bon état de santé (26,0 %), état de santé passable (24,6 %) et mauvais état de santé (27,7 %);
- sont davantage actifs physiquement: actifs physiquement (34,7 % ont un régime alimentaire sain), modérément actifs physiquement (32,0 %), et inactifs physiquement (28,3 %);
- ont une insuffisance pondérale ou un poids normal (31,0 % ont un régime alimentaire sain) ou sont en surpoids (34,0 %), comparativement à ceux qui sont obèses ou souffrent d'obésité morbide (27,5 %);
- ne fument pas (35,2 % ont un régime alimentaire sain), comparativement à ceux qui fument sur une base quotidienne (26,8 %) ou occasionnelle (28,8 %);
- profitent souvent d'aliments traditionnels partagés avec leur ménage (43,0 % ont un régime alimentaire sain), comparativement à ceux pour qui c'est le cas parfois (26,3 %) ou jamais (26,6 %);
- consomment des aliments traditionnels tels que les mammifères terrestres, les poissons d'eau douce ou de mer, d'autres produits de la mer (par ex., crustacés), les mammifères marins, le gibier à plumes, le

petit gibier, les baies ou autres végétaux sauvages, et le riz sauvage plus souvent, comparativement à ceux pour qui c'est le cas moins souvent.

Différents facteurs de santé mentale ont été examinés par rapport au fait de « toujours » ou « presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré. Une plus grande proportion d'adultes ayant un régime alimentaire sain :

- n'ont jamais eu de pensées suicidaires (33,9 % ont un régime alimentaire sain), comparativement à ceux pour qui c'est le cas (22,2 %);
- rapportent un plus grand sentiment de maîtrise sur leur propre vie (c.-à-d. des scores de maîtrise plus élevés), comparativement à ceux ayant moins de maîtrise;
- rapportent se sentir en harmonie sur les plans physique, spirituel, affectif et psychologique « en permanence », comparativement à ceux qui se sentent moins souvent en harmonie (la plupart du temps, parfois, et presque jamais).

Par ailleurs, la perception des forces de la communauté a également été examinée. Une plus grande proportion d'adultes ayant un régime alimentaire sain:

- perçoivent l'environnement naturel, la connaissance de la culture des Premières Nations, et l'existence de programmes communautaires et en santé comme des forces de leur communauté, comparativement à ceux qui ne les perçoivent pas comme des forces de leur communauté.

Le Tableau 6.4 présente un aperçu de ces associations.

Tableau 6.4. Principales associations avec l'activité physique et le régime alimentaire

	Activité physique	Régime alimentaire
Facteurs liés à l'individu		
Âge	✓	✓
Sexe	✓	X
Facteurs liés à la santé		
État de santé général	✓	✓
Indice de masse corporelle (IMC)	✓	✓
Activité physique	n/a	✓
Régime alimentaire nutritif	✓	n/a
Tabagisme	x	✓
Consommation d'aliments traditionnels	✓	✓
Au moins une maladie chronique	✓	X
Facteurs liés à la santé mentale		
Harmonie	✓	✓
Pensées suicidaires	x	✓
Maitrise (maitrise sur sa propre vie)	✓	✓
Facteurs sociétaux		
Forces de la communauté	✓	✓

Note.a = Association significative (valeur $p=,05$); x = aucune association observée; n/a = non applicable.

DISCUSSION

Une prévalence croissante de l'obésité est observée à l'échelle mondiale (OMS, 2000) et au Canada (Tjepkema, 2006). Les résultats du présent chapitre indiquent que la prévalence de l'obésité demeure élevée dans les communautés des Premières Nations; les jeunes adultes et les hommes semblent particulièrement à risque. Les résultats mettent en lumière des facteurs qui peuvent mener à une plus grande pratique d'activité physique et à une consommation accrue d'aliments nutritifs; ces deux éléments (activité physique et régime alimentaire sain) sont d'ailleurs associés à de plus faibles taux d'obésité.

Selon les résultats de l'ERS 2008-10, l'inactivité physique est un phénomène qui se propage non seulement dans la population nationale mais également dans les communautés des Premières Nations. À l'instar de résultats obtenus à l'échelle nationale, l'inactivité est davantage répandue chez les femmes, les personnes âgées et les moins nantis. Il est donc important de bien comprendre les types d'activité physique qui sont plus populaires chez des groupes donnés afin de mieux cibler les stratégies de promotion de l'activité physique.

Les résultats de ce chapitre indiquent que la marche est l'activité la plus fréquemment citée, quel que soit le groupe d'âge ou le sexe, ce qui va dans le même sens que les enquêtes dans l'ensemble de la population canadienne (Cameron, Wolfe, & Craig, 2007). La marche est une activité bon marché, relativement facile et pratique pour tous les groupes d'âge. Il s'agit donc d'une activité importante pour ceux qui sont moins actifs et qui veulent augmenter leur niveau d'activité. Les résultats de ce chapitre révèlent que certaines activités physiques traditionnelles sont particulièrement populaires chez les adultes des Premières Nations, et que les activités plus intenses sont populaires chez les hommes et les jeunes adultes. De tels résultats devraient être pris en compte dans les stratégies de promotion de l'activité physique.

Une stratégie de vie saine qui intègre l'activité physique et un régime alimentaire nutritif et équilibré pour les adultes des Premières Nations devrait prévoir des interventions conçues pour aider les individus à adopter et à maintenir de saines habitudes de vie. Bien que des stratégies distinctes d'activité physique et de nutrition soient utiles, un cadre commun réunissant les comportements en matière d'activité physique, de nutrition et d'autres aspects de la santé permettrait d'augmenter la synergie pour l'élaboration d'interventions ciblant certains segments de la population, tels que les femmes, les enfants et les adolescents, ainsi que les adultes plus âgés (OMS, 2004). L'association entre l'activité physique et la nutrition (y compris la consommation d'aliments traditionnels) dans ce chapitre suggère que la promotion de comportements sains dans un domaine peut mener à l'adoption d'habitudes de vie plus saines de façon générale. Les résultats du présent chapitre indiquent que les adultes des Premières Nations qui consomment souvent des aliments traditionnels sont également plus susceptibles d'être actifs. Cela suggère que les stratégies relatives au régime alimentaire doivent tenir compte des aliments traditionnels et les stratégies relatives à l'activité physique doivent tenir compte de différents types et formes d'activité physique, dont les activités traditionnelles. En outre, la compréhension de la multitude de facteurs associés à l'activité physique et à la nutrition s'avère essentielle pour l'élaboration d'une stratégie holistique.

CONCLUSIONS

Ce chapitre a examiné une série de facteurs individuels, sociaux et communautaires qui influencent les comportements relatifs à la santé. En plus d'être associés l'un à l'autre, l'activité physique et la nutrition sont également associés à la présence de maladies chroniques, aux comportements liés à la santé comme la

consommation d'alcool et le tabagisme, aux sentiments de maîtrise et d'harmonie, et à la perception de forces dans la communauté. L'environnement individuel, social, physique et communautaire sont également des composantes importantes des cadres socio-écologique et culturel, qui intègrent tous deux les quatre aspects de « personne globale » et d'« environnement global ». Cette approche holistique est importante dans la compréhension des barrières internes et externes pouvant limiter les comportements sains ainsi que des facteurs qui peuvent faciliter ou motiver la population des Premières Nations.

RECOMMANDATIONS

Les données de ce chapitre permettent de brosser un portrait des tendances actuelles en matière d'activité physique et de nutrition chez les adultes des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités nordiques, et elles fournissent de l'information significative pour guider les stratégies sur les principaux enjeux de santé publique, tels que l'obésité et le diabète. Pour bonifier les futurs travaux de recherche, il serait important d'intégrer de l'information de base fiable qui fournirait des détails sur l'apport en aliments et la qualité du régime alimentaire. De même, la surveillance des niveaux d'activité physique devrait se poursuivre afin de pouvoir évaluer le temps passé en mouvement et en activités sédentaires. Étant donné les taux croissants d'obésité et le déclin de la force et de la souplesse musculaires sur la même période, les plus récentes recherches ont tenté de compléter les données autodéclarées sur l'activité physique par de l'information intégrant une mesure objective de l'activité à partir d'accéléromètres et de pedomètres, par exemple. Ces données objectives ont permis d'examiner la proportion de participants à l'enquête qui se conforment aux recommandations prédéterminées en matière d'activité physique, telles que la proportion d'adultes canadiens qui pratiquent les 150 minutes d'activité physique par semaine recommandées par la Société canadienne de physiologie de l'exercice (Colley et al., 2011). Les données sur le régime alimentaire et l'activité physique sont essentielles si l'on veut élaborer des stratégies ciblées adéquates, et la surveillance sur une base régulière fournit de l'information vitale pour traiter cet important enjeu de santé publique chez les adultes des Premières Nations.

RÉFÉRENCES

- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S.J., O'Brien W.L., Bassett D.R., Jr., Schmitz K.H., Emplaincourt P.O., Jacobs, D.R., Jr., Leon, A. S. (2000). Compendium of physical activities: An update of activity codes and MET intensities. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(9 Suppl), S498–504.
- Beamer, B. A. (2003). Genetic influences on obesity. In R. E. Andersen (Ed.), *Obesity: Etiology, assessment, treatment and prevention*. (pp. 43–56). Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Cameron, C., Wolfé, R., & Craig, C. L. (2007). *Physical activity and sport: Encouraging children to be active*. Ottawa, ON: Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, youth and children living in communautés des Premières Nations. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Colley, R. C., Garrigué, D., Janssen, I., Craig, C. L., Clarke, J., & Tremblay, M. S. (2011). *Physical activity of Canadian adults: Accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey* (Catalogue 82-003-X), 22(1).
- Craig, C. L., Russell, S. J., Cameron, C., & Bauman, A. (2004). Twenty-year trends of physical activity among Canadian adults. *Canadian Journal of Public Health*, 95(1), 59–63.
- Dion Stout, M. (2005). Health living and aboriginal women: The tension between hard evidence and soft logic. *Centres of Excellence for Women's Health Research Bulletin*, 4(2), 16–20.
- Gauthier, D. (2008). Obesity and the eating habits of the aboriginal population (Catalogue no. 82-003-X). *Health Reports*, 19(1), 21–36.
- Health Canada. (2003). Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults [en ligne]. Consulté à partir de http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/cg_bwc_introduction-eng.php
- Institut canadien de recherche sur la condition physique et le mode de vie. (2009). *Bulletin 2: Physical activity levels of Canadians*. Ottawa, ON: Author.
- Katzmarzyk, P. T., & Malina, R. M. (1998). Obesity and relative subcutaneous fat distribution among Canadians of First Nation and European ancestry. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 22(11), 1127–31.
- Merchant, A. T, Anand, S. S., Vuksan, V., Jacobs, R., Davis, B., Teo, K., Yusuf, S. (2004). Protein intake is inversely associated with abdominal obesity in a multi-ethnic population. *Journal of Nutrition*, 135(5), 1196–201.
- Organisation mondiale de la santé. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic* (WHO Technical Report Series, No. 894). Geneva: World Health Organization.
- Organisation mondiale de la santé. (2004). Communiqué de presse : WHO World Health Assembly adopts global strategy on diet, physical activity and health. [en ligne]. Consulté à partir de <http://www.who.int/mediacentre/releases/2004/wha3/en/>
- Organisation mondiale de la santé.(n.d.) The Global Strategy on diet, physical activity and health. [en ligne]. Consulté à partir de http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf_general.pdf
- Shields, M., Tremblay, M. S., Laviolette, M., Craig, C. L., Janssen, I., & Gorber, S. C. (2010). Fitness of Canadian adults: Results

- from the 2007-2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Reports* (Catalogue no. 82-003-X), 21(1).
- Starkey, L. J., Johnson-Down, L., & Gray-Donald, K. (2001). Food habits of Canadians: Comparison of intakes in adults and adolescents to Canada's Food Guide to Healthy Eating. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 62(2), 61–69.
- Statistique Canada. (2006). Canadian Community Health Survey: Overview of Canadians' eating habits. The Daily, Thursday July 6, 2006. Consulté à partir de <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/060706/dq060706b-eng.htm>
- Tjepkema, M. (2002). The health of off-reserve aboriginal population. *Health Reports* (Statistique Canada, Catalogue 82-003), 13, supplement.
- Tjepkema, M. (2005). Nutrition findings from the Canadian Community Health Survey (Statistique Canada Catalogue no. 82-620-MWE2005001).
- Tjepkema, M. (2006). Adult obesity. *Health Report* (Statistique Canada, Catalogue 82-003), 17(3), 9–25.
- Tremblay, M. S., Warburton, D. E., Janssen, I., Paterson, D. H., Latimer, A. E., Rhodes, R. E., Kho, M.E., Hicks, A., Leblanc, A.G., Zehr, K., Murumets, K., Duggan, M. (2011). New Canadian Physical Activity Guidelines. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 36(1), 36–46.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1996). *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.
- Warburton, D., Whitney, C., & Bredin, S. (2006). Health benefits of physical activity: The evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801–9.

Chapitre 7

Nutrition et sécurité alimentaire

SOMMAIRE

La nourriture est une partie importante de l'identité des Premières Nations, et la nutrition obtenue par l'entremise de la nourriture est essentielle à la santé et au bien-être. Les Premières Nations qui vivent dans une réserve ou une collectivité nordique au Canada font face à des défis uniques en matière de sécurité alimentaire. Ce chapitre se penche sur la nourriture, la nutrition, et la sécurité alimentaire chez la population adulte des Premières Nations dans les communautés des Premières Nations. Les analyses dans ce chapitre sont fondées sur deux modules de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 : quatre questions traitaient de la fréquence à laquelle des aliments achetés en magasin et des aliments traditionnels ont été consommés, ainsi que de la consommation auto-déclarée d'un régime alimentaire nutritif et équilibré, tandis que neuf questions abordaient la sécurité alimentaire. Parmi les neuf questions sur la sécurité alimentaire, six visaient les adultes et trois visaient les enfants étant donné que des enfants vivaient dans les ménages des répondants adultes. La proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent toujours ou presque toujours avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré augmente avec l'âge (21,9 % chez les 18 à 29 ans, jusqu'à 45,9 % chez les 60 ans et plus). Un adulte sur cinq rapporte avoir réduit la taille de ses repas ou avoir sauté des repas par manque d'argent, et pour plus du tiers d'entre eux, cette situation s'est produite presque tous les mois au cours de l'année précédant l'Enquête. Près de trois quarts des adultes des Premières Nations rapportent consommer des protéines (tels que bœuf, poulet, porc, poisson, œufs, fèves, tofu), du pain, des pâtes, et d'autres céréales au moins une fois par jour. Près d'un adulte sur 10 rapporte ne jamais ou presque jamais consommer de lait ou de produits laitiers. Plus d'un tiers rapporte consommer des boissons gazeuses une ou plusieurs fois par jour. Pour près de neuf adultes des Premières Nations sur 10, quelqu'un a partagé des aliments traditionnels avec les membres de leur ménage au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Les grands mammifères terrestres sont l'aliment traditionnel protéiné qui a été consommé le plus souvent. Les résultats de l'ERS 2008-10 révèlent que plus de la moitié des ménages sont en état d'insécurité alimentaire. La proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent toujours ou presque toujours avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré est plus élevée chez les ménages qui ne sont pas en état d'insécurité alimentaire que chez ceux qui le sont. La compréhension au fil du temps des tendances en matière de sécurité alimentaire chez les Premières Nations qui vivent dans une communauté des Premières Nations se révélera essentielle à l'élaboration et à l'évaluation des politiques et programmes nationaux relatifs à la santé publique.

PRINCIPAUX CONSTATS

- La proportion d'adultes des Premières Nations qui ont « toujours ou presque toujours » un régime alimentaire nutritif et équilibré augmente avec l'âge. Près de la moitié (45,9 %) de ceux âgés de 60 ans et plus rapportent « toujours ou presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, comparativement à un cinquième (21,9 %) de ceux âgés de 18 à 29 ans.
- Près d'un adulte sur dix (9,5 %) rapporte ne « jamais ou presque jamais » consommer de lait ou de produits laitiers.
- Plus d'un tiers (39,3 %) rapportent consommer des boissons gazeuses une ou plusieurs fois par jour.
- Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de rapporter qu'ils consomment des repas minute une ou plusieurs fois par jour (13,4 % vs 8,8 %, respectivement).
- La proportion d'adultes des Premières Nations qui pratiquent la chasse, le piégeage et la cueillette de baies et d'autres aliments a diminué depuis l'ERS 2002-03 (22,1 % vs 31,9 %).
- Environ un quart des adultes ont « souvent » consommé de grands mammifères terrestres (26,4 %) et du poisson d'eau douce (22,3 %) au cours des 12 mois précédents. Plus d'un tiers des adultes ont « souvent » consommé de la bannique ou du pain frit (37,3 %) au cours des 12 mois précédents.
- Pour près de neuf adultes des Premières Nations sur dix (85,5 %) quelqu'un a partagé des aliments traditionnels avec les membres de leur ménage au cours des 12 mois précédant l'Enquête.
- Un adulte sur cinq rapporte avoir réduit la taille de ses repas ou avoir sauté des repas par manque d'argent (19,8%), et 36,5 % d'entre eux ont dû le faire presque tous les mois au cours de l'année précédant l'Enquête.
- La proportion d'adultes qui ont « souvent » consommé des aliments traditionnels au cours des 12 mois précédents (y compris des protéines, des baies, et autres végétaux sauvages) est plus élevée dans les communautés éloignées et isolées que dans les communautés urbaines et rurales.
- Plus de la moitié (54,2 %) des ménages des Premières Nations sont classés comme étant en état d'insécurité alimentaire « modérée » à « grave ».
- La proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent « toujours ou presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré est plus grande chez les ménages en état de sécurité alimentaire (41,4 %), comparativement à ceux en état d'insécurité alimentaire modérée (24,2 %) ou grave (17,3 %).

INTRODUCTION

La nourriture est une partie importante de l'identité des Premières Nations, et la nutrition obtenue par l'entremise de la nourriture est essentielle à la santé et au bien-être. De plus, la nourriture obtenue des systèmes alimentaires traditionnels lie les gens au territoire, une relation qui se révèle spirituelle, physique et au cœur de l'identité culturelle et de la santé holistique (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996). En 2007, Santé Canada a publié *Bien manger avec le guide alimentaire canadien - Premières Nations, Inuit et Métis*. Ce guide alimentaire est axé sur les aliments traditionnels et ceux achetés en magasin qui sont habituellement disponibles, abordables et accessibles d'un bout à l'autre du Canada (Santé Canada, 2007). Un tiers des Premières Nations dans l'ERS 2002-03 ont rapporté toujours ou presque toujours avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, et la moitié d'entre eux ont rapporté souvent consommer des aliments traditionnels protéinés (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005).

Les études sur les peuples autochtones montrent qu'à chaque génération, la consommation d'aliments traditionnels diminue, et que la qualité nutritionnelle est réduite en raison de la faible consommation d'aliments traditionnels riches en nutriments et de la consommation croissante d'aliments provenant du marché dont la qualité nutritionnelle est habituellement inférieure (Willows, 2004). De façon générale, plus une communauté est rurale, moins les aliments commerciaux sont disponibles, ce qui entraîne une plus grande dépendance aux sources d'aliments traditionnels. L'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations (EANEPN) de la Colombie-Britannique indique que plus de 200 types d'aliments différents sont récoltés; le saumon, l'original et les baies étant les plus courants. Plus de 91 % de tous les participants (n = 1,103) dans cette enquête ont indiqué qu'ils pourraient récolter davantage si ce n'était de leur manque d'équipement, de transport et de temps (Chan et al., 2011).

Les systèmes alimentaires traditionnels tels que la chasse, la pêche, la récolte et la cueillette de fruits contribuent maintenant à la valeur nutritionnelle et à l'acceptabilité culturelle des aliments achetés dans les commerces (Kuhnlein, Receveur, & Chan et al., 2001). On peut accéder aux aliments de trois façons principalement : les systèmes alimentaires traditionnels, l'achat auprès de fournisseurs, et l'obtention de nourriture auprès d'organismes de charité.

Selon le Plan d'action du Sommet mondial sur l'alimentation, « la sécurité alimentaire existe lorsque

tous les gens ont en tout temps un accès physique et économique à suffisamment d'aliments salubres et nutritifs pour répondre à leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires afin d'avoir une vie saine et active » (Organisation pour l'alimentation et l'agriculture, 1996). Le revenu est l'un des principaux indicateurs de la sécurité alimentaire. L'accessibilité aux aliments est un autre indicateur; étant donné l'emplacement géographique de plusieurs communautés des Premières Nations, l'absence d'accès aux aliments entraîne une moins bonne qualité et moins de choix nutritifs (Affaires indiennes et du Nord Canada [MAINC], 2003, 2004a, 2004b). Le lien entre la sécurité alimentaire et la santé est à ce point évident que Santé Canada a reconnu que « l'insécurité alimentaire liée au revenu est un enjeu de santé publique important au Canada et un déterminant social clé de la santé » (Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, 2007).

Les recherches indiquent que les Premières Nations au Canada font face à des défis uniques en matière de sécurité alimentaire (Chan et al., 2011; INAC, 2004b). Les taux d'insécurité alimentaire individuels et pour les ménages sont beaucoup plus élevés dans la population des Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne. Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.2) en 2004, on estime qu'un ménage autochtone hors réserve sur trois (33,3 %) vit de l'insécurité alimentaire, comparativement à 8,8 % des ménages non autochtones. Parmi ces ménages autochtones qui vivent de l'insécurité alimentaire, près de la moitié sont en état d'insécurité alimentaire grave, comparativement à seulement un tiers des ménages non autochtones (Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, 2007). Les enquêtes nationales sur la santé ont généralement exclus les Premières Nations qui vivent dans une réserve ou une collectivité nordique, ce qui a résulté en un nombre limité de données sur la sécurité alimentaire. L'ERS 2008-10 est la première enquête nationale à mesurer la sécurité alimentaire des ménages en lien avec le revenu dans les communautés des Premières Nations.

La compréhension de l'insécurité alimentaire liée au revenu est limitée aux travaux de recherche dans quelques communautés données au Canada. L'analyse, réalisée à l'aide d'un outil similaire à celui de l'ESCC 2.2, démontre une très grande prévalence de l'insécurité alimentaire, mesurée à 70 % dans les communautés des Premières Nations et à 40 % et 83 % dans deux villages inuit (MAINC, 2003, 2004a, 2004b). En Colombie-Britannique, une étude plus vaste comprenant les

Premières Nations de 21 communautés des Premières Nations choisies de façon aléatoire a révélé que l'insécurité alimentaire touche 41 % des ménages des Premières Nations, dont 25 % de ménages avec des enfants (Chan et al., 2011). L'étude en Colombie-Britannique comprenait des questions semblables à celles de l'ESCC 2.2 et aux travaux de recherche de Santé Canada dans un certain nombre de communautés (MAINC, 2003, 2004a, 2004b).

Ce chapitre aborde les tendances en nutrition et mesure la sécurité alimentaire chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté des Premières Nations en analysant les données recueillies dans le cadre de l'ERS 2008-10. La compréhension au fil du temps des tendances en matière de sécurité alimentaire chez les Premières Nations qui vivent dans une communauté des Premières Nations se révélera essentielle à l'élaboration et à l'évaluation des politiques et programmes nationaux relatifs à la santé publique.

Outre la sécurité alimentaire liée au revenu, les Premières Nations cherchent à se réapproprier les systèmes alimentaires traditionnels comme moyen d'améliorer la sécurité alimentaire des individus, des ménages et des communautés d'aujourd'hui et de demain, tel que le démontre le mouvement de souveraineté alimentaire autochtone (*People's Food Policy Indigenous Circle, 2011*). Comme le dit Winona Laduke (2005) :

Le rétablissement des gens est étroitement lié au rétablissement des aliments, car la nourriture est un remède : non seulement pour le corps, mais aussi pour l'âme, pour la connexion spirituelle à l'histoire, aux ancêtres, et au territoire. La viabilité de la vie terrestre repose sur la biodiversité de l'agriculture traditionnelle, qui favorise la diversité des pollinisateurs, et le réseau de la vie elle-même.

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre traite des questions relatives aux aliments, à la nutrition, et à la sécurité alimentaire des adultes des Premières Nations qui vivent dans une réserve ou une collectivité nordique des Premières Nations. Les questions sur les aliments et la nutrition explorent la fréquence à laquelle les aliments achetés dans un commerce et les aliments traditionnels sont consommés. Neuf questions étaient posées pour investiguer la sécurité

alimentaire : six d'entre elles visaient à recueillir de l'information sur les comportements et les conditions de vie des adultes des Premières Nations qui caractérisent les ménages lorsqu'ils ont de la difficulté à satisfaire leurs besoins en nourriture, et les trois autres visaient à collecter de l'information sur les enfants lorsqu'il y avait des enfants dans le ménage. Les réponses données à ces questions par un répondant par ménage comprennent une mesure de la sécurité alimentaire liée au revenu du ménage. Chaque ménage a été classé selon qu'il était en état de sécurité alimentaire, d'insécurité alimentaire modérée, ou d'insécurité alimentaire grave pour les adultes, ou de sécurité ou insécurité alimentaire pour les enfants, dépendant du nombre de conditions d'insécurité alimentaire rapporté. Ces questions relatives à la sécurité alimentaire étaient semblables à certaines des questions du Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages en 18 items utilisé par le cycle ESCC 2.2 de la SCHL en 2004. Les indices de sécurité alimentaire ont été classés conformément à ceux de Santé Canada et de l'ESCC. Les statistiques sur la sécurité alimentaire présentées dans ce chapitre sont fondées sur cette mesure.

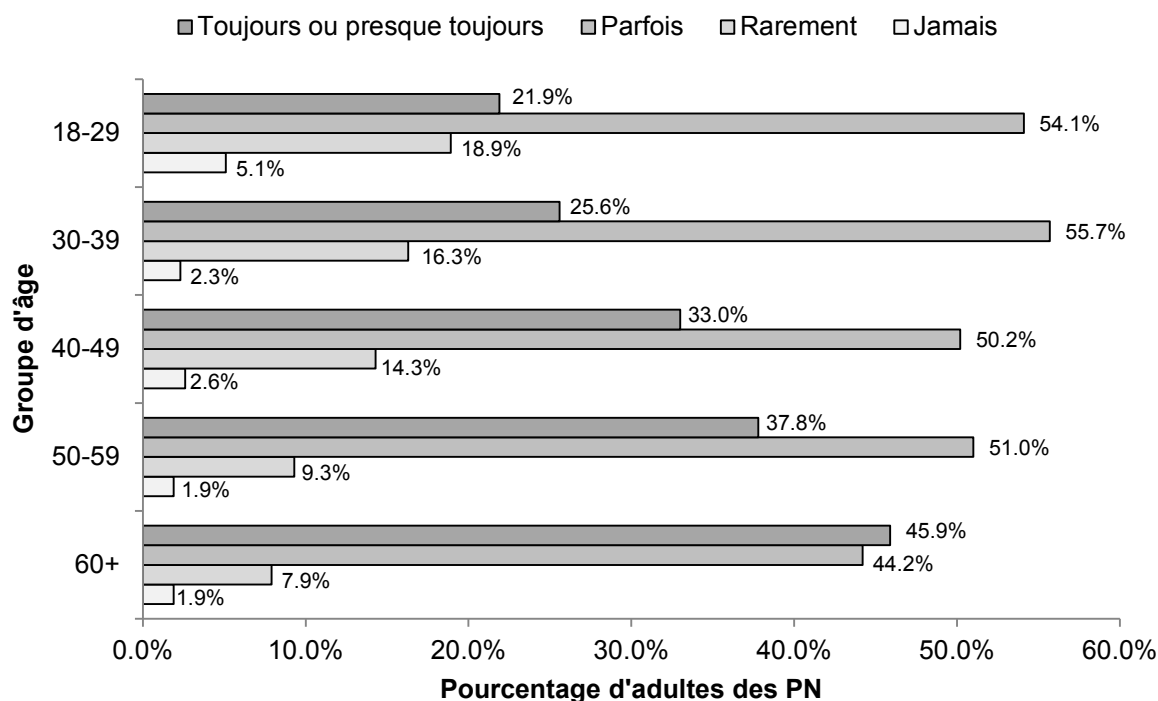
RÉSULTATS

Nutrition

Presque tous les adultes des Premières Nations rapportent avoir un réfrigérateur (99,0 %) et une cuisinière (99,2 %) dans leur foyer. Plus du tiers (35,8 %) ne considèrent pas l'eau de leur principale source d'approvisionnement comme potable à l'année, avec 70,7 % qui rapportent l'eau embouteillée comme source d'eau potable (95 % IC [$\pm 0,3$], [$\pm 0,3$], [$\pm 2,3$], et [$\pm 1,9$], respectivement).

Moins d'un tiers (30,6 %) des adultes des Premières Nations rapportent « toujours ou presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, et la majorité (51,8 %) rapportent que c'est « parfois » le cas. Les autres adultes des Premières Nations (17,6 %) rapportent « rarement » (14,5 %) ou ne « jamais » (3,1 %) avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré (95 % IC [$\pm 1,5$], [$\pm 1,6$], [$\pm 1,1$], et [$\pm 0,5$], respectivement). La proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent « toujours ou presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré augmente avec l'âge (voir Figure 7.1).

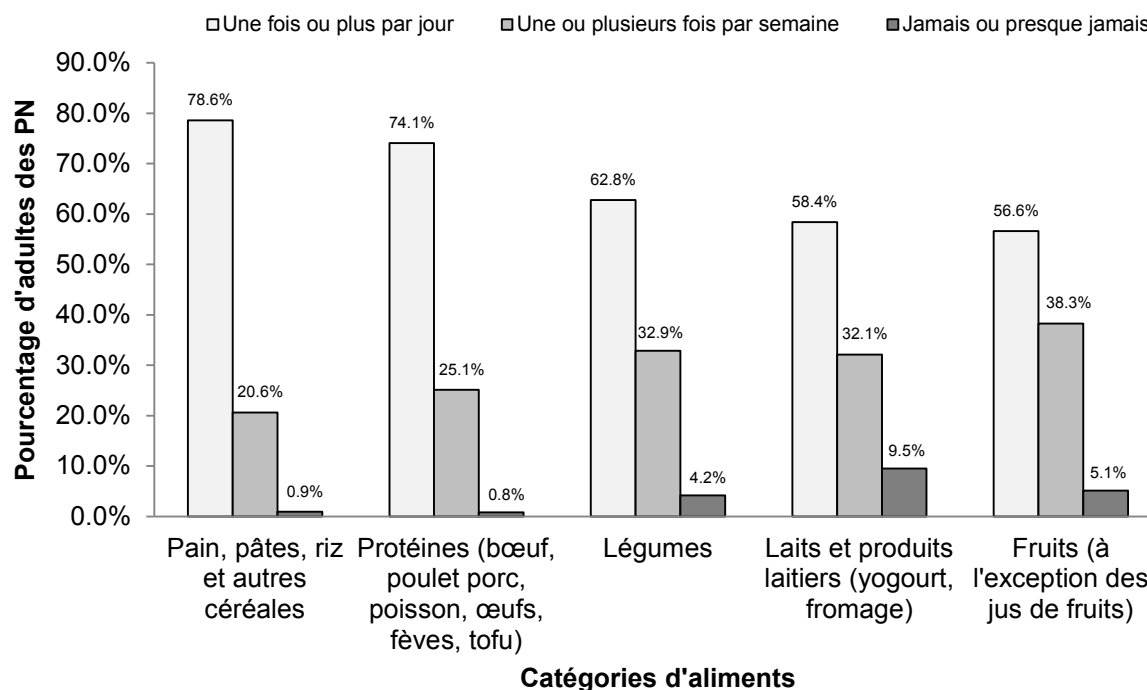
Figure 7.1. Proportion d'adultes qui rapportent un régime alimentaire sain, selon le groupe d'âge (n = 10,727)



Bien que les tendances des indications de régime alimentaire sain selon le groupe d'âge soient semblables entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10, davantage d'adultes ont rapporté « rarement ou ne jamais » avoir de régime alimentaire nutritif et équilibré dans l'ERS 2008-10 que dans l'ERS 2002-03 (17,6 % vs 11,9 %, respectivement), tandis que moins d'adultes ont rapporté « toujours ou presque toujours » avoir un régime alimentaire sain dans l'ERS 2008-10 que dans l'ERS 2002-03 (30,6 % vs 35,4 %, respectivement).

Le pain, les pâtes, le riz et autres céréales sont les aliments les plus souvent rapportés comme consommés au moins une fois par jour (78,6 %), suivis des protéines, telles que le bœuf, le poulet, le porc, le poisson, les œufs, les fèves, et le tofu (74,1 %), les légumes (62,8 %), le lait et les produits laitiers, tels que le yogourt et le fromage (58,4 %), et les fruits (56,6 %). Près d'un adulte sur 10 (9,5 %) rapporte ne jamais ou presque jamais consommer de lait ou de produits laitiers (95 % IC [$\pm 1,7$], [$\pm 1,5$], [$\pm 1,45$], [$\pm 1,5$], [$\pm 1,6$], et [$\pm 0,9$], respectivement; voir Figure 7.2).

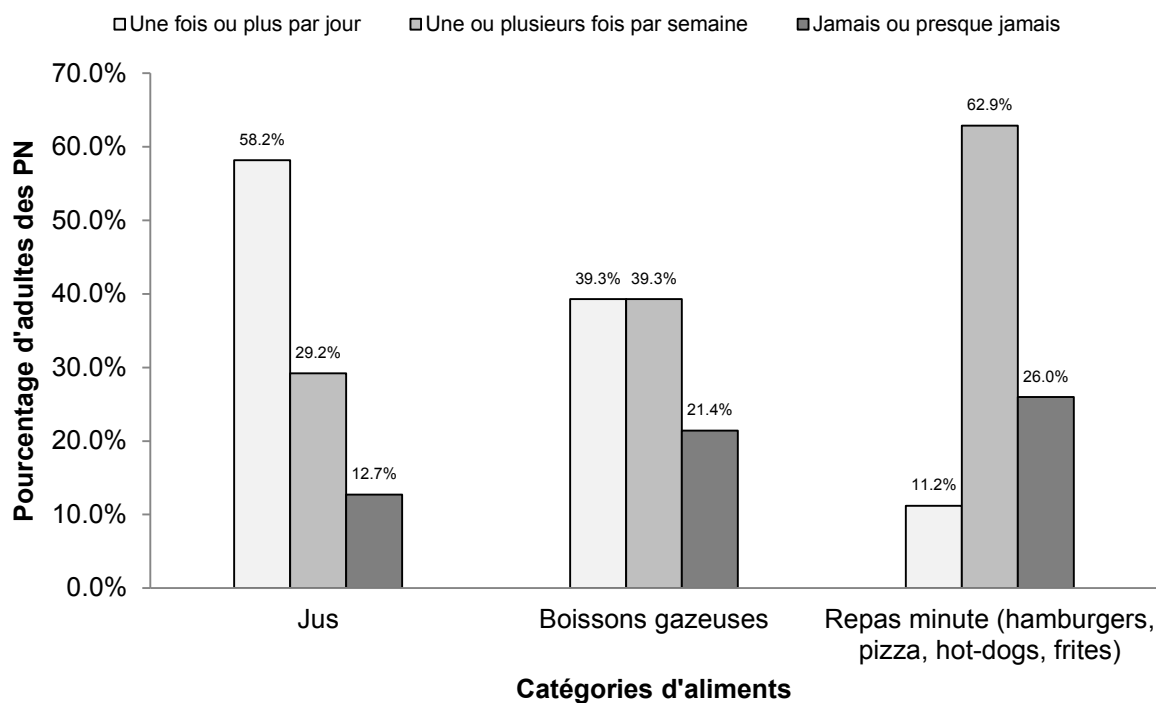
Figure 7.2. Proportion d'adultes qui rapportent la fréquence de consommation de catégories de groupes alimentaires (n = 10,846)



La Figure 7.3 montre la fréquence de consommation de jus, de boissons gazeuses et de repas minute. Plus de la moitié (58,2 %) de tous les adultes des Premières Nations rapportent consommer des jus une ou plusieurs fois par jour, tandis que 29,2 % rapportent consommer des jus une ou plusieurs fois par semaine. De plus, 39,3 % des adultes des Premières Nations rapportent consommer des boissons gazeuses une ou plusieurs fois par jour, et 39,3 % en consomment une ou plusieurs fois par semaine. Environ un quart (26,0 %) de tous les adultes des Premières Nations rapportent ne « jamais ou presque jamais » consommer des repas minute, tels que

des hamburgers, de la pizza, des hot-dogs, et des frites, tandis que 62,9 % en consomment une ou plusieurs fois par semaine, et 11,2 % en consomment au moins une fois par jour (95 % IC [$\pm 1,9$], [$\pm 1,5$], [$\pm 1,9$], [$\pm 1,45$], [$\pm 1,5$], [$\pm 1,6$], [$\pm 1,0$], respectivement). Une plus grande proportion d'hommes que de femmes consomment des repas minute au moins une fois par jour (13,5 % vs 8,8 %, 95 % IC [$\pm 1,5$] et [$\pm 1,1$], respectivement).

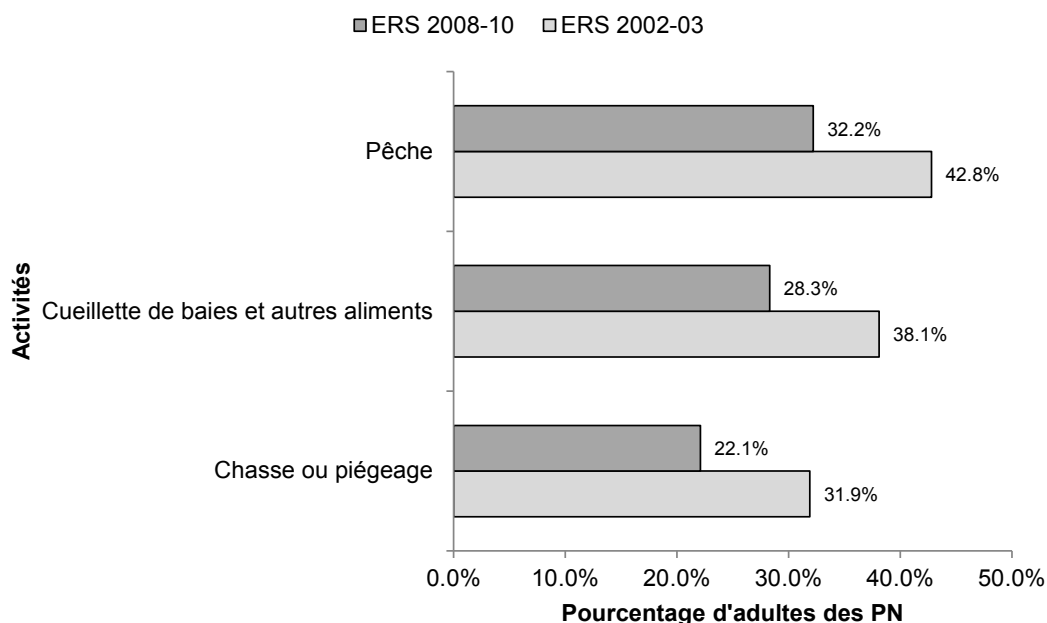
Figure 7.3. Proportion d'adultes qui rapportent la fréquence de consommation de catégories de groupes alimentaires (n = 10,726)



Environ un cinquième (22,1 %, 95 % IC [$\pm 1,3$]) des adultes des Premières Nations rapportent avoir pratiqué la chasse ou le piégeage au cours des 12 mois

précédant l'Enquête; et plus d'un quart (28,3 %, 95 % IC [$\pm 1,7$]) rapportent avoir pratiqué la cueillette de baies ou autres aliments. Ces proportions sont plus faibles dans l'ERS 2008-10 que dans l'ERS 2002-03 (voir Figure 7.4).

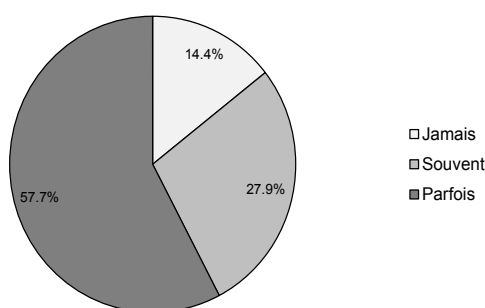
Figure 7.4. Comparaison de l'ERS 2002-03 et de l'ERS 2008-10 en ce qui a trait à la prévalence de la pratique de la chasse ou du piégeage, de la cueillette de baies ou autres aliments, et de la pêche au cours des 12 mois précédant l'Enquête (n = 11,019)



Les grands mammifères terrestres sont l'aliment traditionnel le plus souvent rapporté comme « souvent consommé » (26,4 %), suivis des poissons d'eau douce (22,3 %), du gibier à plumes (8,7 %), du petit gibier (7,2 %), et des poissons de mer (6,4 %). En outre, plus du tiers des Premières Nations rapportent souvent consommer de la bannique ou du pain frit (37,3 %), suivis des baies ou autres végétaux sauvages (18,6 %), du riz sauvage (6,0 %), et de la soupe de maïs (5,7 %), 95 % IC [$\pm 1,9$], [$\pm 1,7$], [$\pm 1,1$], [$\pm 0,9$], [$\pm 1,1$], [$\pm 1,7$], [$\pm 1,5$], [$\pm 0,75$], et [$\pm 1,4$], respectivement.

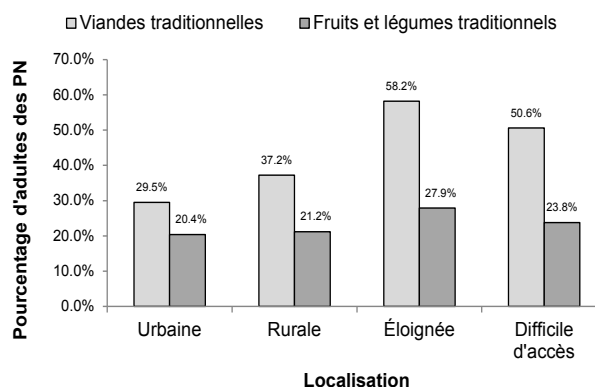
La majorité (85,5 % 95 % IC [$\pm 1,5$]) des adultes des Premières Nations rapportent que quelqu'un a « souvent » ou « parfois » partagé des aliments avec leur ménage au cours des 12 mois précédant l'Enquête (voir Figure 7.5). Pour ces adultes des Premières Nations qui ont souvent partagé des aliments traditionnels avec quelqu'un, les quatre aliments traditionnels les plus souvent partagés sont les mammifères terrestres, tels que l'orignal, le caribou, l'ours, le chevreuil et le bison (92,6 %), les baies et autres végétaux sauvages (87,4 %), les poissons d'eau douce (84,3 %), et le gibier à plumes, tel que l'oie et le canard (59,6 %), 95 % IC [$\pm 2,1$], [$\pm 2,5$], [$\pm 2,5$], et [$\pm 3,8$], respectivement.

Figure 7.5. Proportion d'adultes pour lesquels quelqu'un a partagé des aliments traditionnels avec leur ménage aux cours des 12 mois précédant l'Enquête (n = 10,631)



La Figure 7.6 montre que plus de la moitié des adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté éloignée (58,2 %) ou d'accès difficile (50,6 %) rapportent souvent consommer des aliments traditionnels protéinés, comparativement à une proportion plus faible dans les communautés urbaines (29,5 %) ou rurales (37,2 %) (95 % IC [$\pm 7,1$], [$\pm 4,7$], [$\pm 2,8$], et [$\pm 3,2$], respectivement).

Figure 7.6. Proportion d'adultes qui consomment souvent des aliments traditionnels, selon la localisation (n = 2,292)



Note. Catégories d'éloignement géographique : Zone urbaine (Zone 1) = située à 50 km ou moins du centre de service le plus près, et où l'accès routier est ouvert toute l'année; Rurale (Zone 2) = située de 50 km à 350 km du centre de service le plus près, et où l'accès routier est ouvert toute l'année; Éloignée (Zone 3) = située à plus de 350 km du centre de service le plus près, et où l'accès routier est ouvert toute l'année; Accès difficile (Zone 4) = pas d'accès routier ouvert toute l'année

Indice de masse corporelle

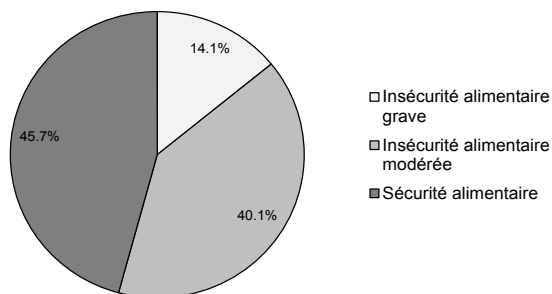
Environ un quart (24,2 %) de tous les adultes des Premières Nations ont un indice de masse corporelle normal (IMC), tandis que 1,4 % ont une insuffisance pondérale, que 34,2 % sont en surpoids, 34,8 % sont obèses, et 5,4 % souffrent d'obésité morbide (95 % IC [$\pm 1,3$], [$\pm 1,3$], [$\pm 1,4$], et [$\pm 0,8$]). Ces résultats sont similaires à ceux de l'ERS 2002-03. Dans l'évaluation de l'ESCC 2.2, les chercheurs ont trouvé que lorsque des données autodéclarées sur la taille et le poids étaient utilisées pour calculer les taux de prévalence de l'obésité, les taux étaient considérablement plus élevés chez les répondants en état d'insécurité alimentaire que chez les répondants en état de sécurité alimentaire (Lyons, Park, & Nelson, 2008).

Sécurité alimentaire

Environ un dans six (16,5 %, 95 % IC [$\pm 1,0$]) des adultes des Premières Nations rapportent avoir de la difficulté (i.e., emprunter de l'argent) chaque mois ou plus souvent à satisfaire leurs besoins essentiels en matière de nourriture au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Un adulte des Premières Nations sur cinq (19,8 %, 95 % IC [$\pm 1,4$]) rapporte réduire la taille de ses repas ou sauter des repas par manque d'argent, avec 36,5 % (95 % IC [$\pm 3,15$]) pour qui ce fut le cas presque chaque mois au cours de l'année précédant l'Enquête.

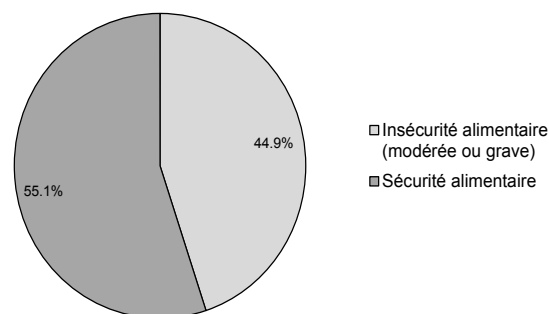
Plus de la moitié (54,2%) des ménages des Premières Nations sont classés comme en état d'insécurité alimentaire, avec 14,1 % (95 % IC [$\pm 1,2$]) en état d'insécurité alimentaire grave (voir Figure 7.7). Parmi les ménages avec des enfants, un peu moins de la moitié (44,9 %) sont classés comme en état d'insécurité alimentaire (voir Figure 7.8).

Figure 7.7. Statut de sécurité alimentaire des ménages pour les adultes (n = 10,371)



Note. La classification du statut de sécurité alimentaire dans l'ERS est fondée sur les normes de Santé Canada plutôt que sur celles des É.-U. Les ménages qui confirment un item seraient classés comme en état de sécurité alimentaire aux É.-U. et dans certaines enquêtes canadiennes dans le passé qui se conformaient aux modèles américains.

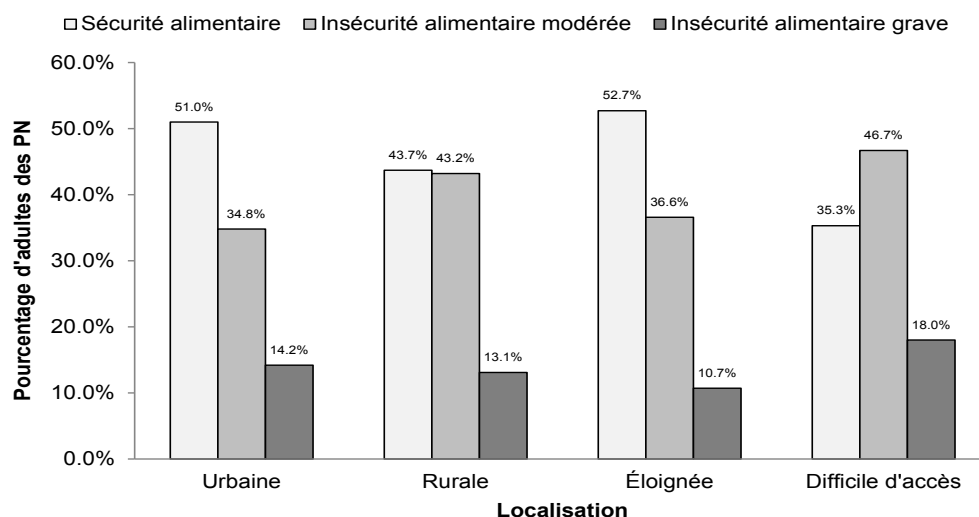
Figure 7.8. Statut de sécurité alimentaire des ménages pour les enfants (n = 5,591)



Note. En raison du sous-ensemble de questions spécifique utilisé pour déterminer le statut de sécurité alimentaire des enfants, il semblait inapproprié de subdiviser la population d'enfants en état d'insécurité alimentaire en catégories modérée et grave, comme dans le cas des adultes.

Une plus grande proportion de ménages des Premières Nations dans les communautés urbaines (51,0 %, 95 % IC [$\pm 3,2$]) sont en état de sécurité alimentaire, comparativement aux ménages dans les communautés isolées qui sont difficiles d'accès (35,3 %, 95 % IC [$\pm 5,7$]). Fait intéressant, une plus grande proportion de ménages dans les communautés éloignées sont en état de sécurité alimentaire (52,7 %, 95 % IC [$\pm 10,5$]), et les communautés éloignées comptent moins de ménages classés comme étant en état d'insécurité alimentaire grave (10,7 %, 95 % IC [$\pm 4,2$]), comparativement aux ménages dans les milieux urbains (51,0 % et 14,2 %, respectivement) ou ruraux (43,7 % et 13,1 %, respectivement).

Figure 7.9. Statut de sécurité alimentaire des ménages, selon le type de communauté

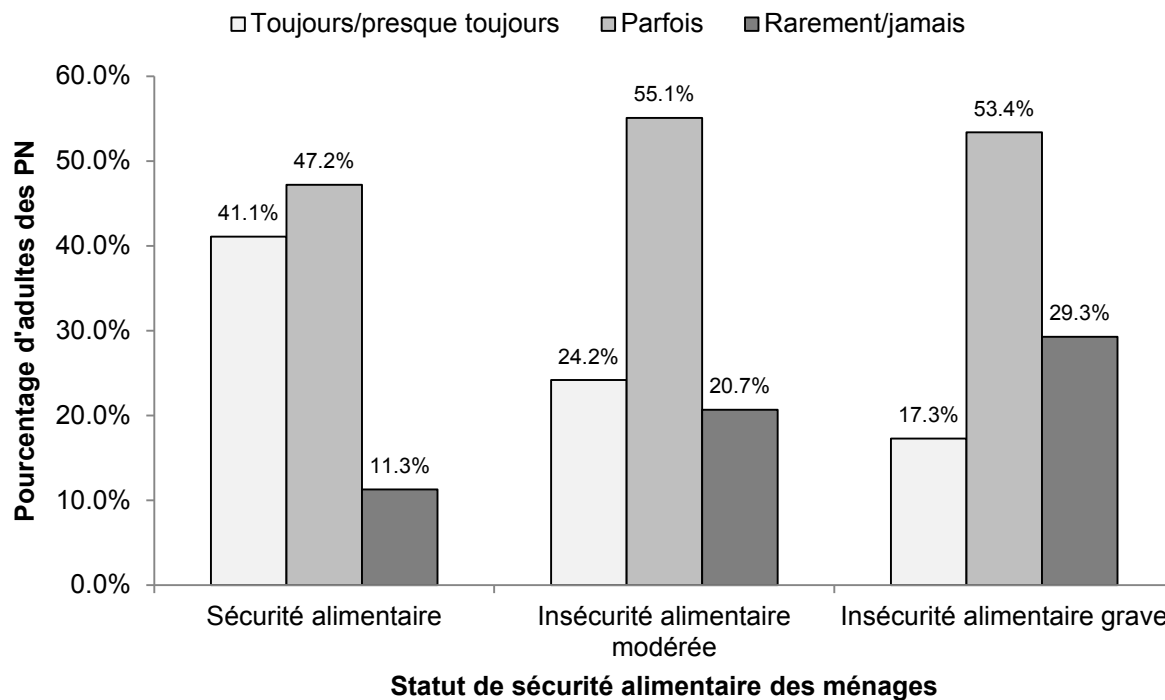


Association entre nutrition et sécurité alimentaire

Dans l'ERS 2008-10, on observe une association entre le fait de régulièrement avoir un régime alimentaire nutritif et la sécurité alimentaire des ménages des Premières Nations. Parmi les adultes des Premières Nations qui indiquent « toujours ou presque toujours » avoir un régime

alimentaire sain, la majorité (61,1 %, 95 % IC [$\pm 3,0$]) sont en état de sécurité alimentaire, tandis que moins d'un adulte sur dix (7,9 %, 95 % IC [$\pm 1,9$]) est en état d'insécurité alimentaire grave. Seuls 24,5 % des adultes des Premières Nations qui rapportent n'avoir un régime alimentaire sain que rarement sont en état de sécurité alimentaire.

Figure 7.10. Proportion d'adultes qui indiquent avoir un régime alimentaire sain, selon le statut de sécurité alimentaire des ménages (n = 10,196)



Régime alimentaire, sécurité alimentaire, et cadre culturel

Le Tableau 7.1 offre un aperçu de l'association des principaux indicateurs avec le fait d'avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré et d'être en état de sécurité alimentaire. À l'exception de deux relations, le régime alimentaire et la taille de la communauté, et la sécurité alimentaire et l'IMC, on observe que le régime alimentaire et la sécurité alimentaire sont liés de façon significative aux autres principaux indicateurs.

Tableau 7.1. Relations des principaux indicateurs avec le régime alimentaire et la sécurité alimentaire des adultes

	Régime alimentaire	Sécurité alimentaire
Facteurs individuels		
Âge	✓	✓
Sexe	✓	✓
Taille de la communauté	×	✓
Éloignement	✓	✓
Facteurs de santé		
État de santé générale	✓	✓
Nombre de problèmes chroniques spécifiques	✓	✓
Activité physique	✓	✓
Régime alimentaire	n/a	✓
IMC	✓	×
Tabagisme	✓	✓
Alcoolisme	✓	✓
Facteurs de santé mentale		
Harmonie sur les 4 plans	✓	✓
Pensées suicidaires	✓	✓

Note. Les principaux indicateurs pour les facteurs sociétaux (progrès dans la communauté) et les facteurs sociaux (soutien social) n'ont pu être intégrés à ce tableau parce qu'ils comportaient un trop grand nombre de composantes. ù = association significative au niveau du $p = 0,05$; û = aucune association; n/a = non applicable.

DISCUSSION

L'ERS 2008-10 constitue la première collecte de données nationales sur la sécurité alimentaire liée au revenu des ménages des Premières Nations au Canada. Il est donc pertinent qu'une analyse de la nutrition et de la sécurité alimentaire soit intégrée à ce chapitre. Il est important pour les Premières Nations d'avoir une vue d'ensemble de l'apport alimentaire et de la nutrition pour comprendre et améliorer la santé.

Nutrition

La majorité des adultes des Premières Nations indiquent qu'ils ont parfois un régime alimentaire nutritif et équilibré. Dans plusieurs communautés, des programmes de promotion de la santé, tels que l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, sont en place depuis de nombreuses années. Un des buts premiers de cette initiative sous la gouverne des communautés, et financée par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, est de promouvoir une alimentation et un mode de vie sains (Santé Canada, 2003). Cela pourrait expliquer pourquoi un plus grand nombre d'adultes indiquent qu'ils n'ont un régime

alimentaire nutritif et équilibré que « rarement ou jamais » dans l'ERS 2008-10 comparativement à l'ERS 2002-03. Les choix alimentaires fondés sur les valeurs culturelles autochtones ne correspondent peut-être pas aux théories des scientifiques occidentaux concernant la valeur nutritionnelle des aliments. Mais la consommation d'aliments traditionnels est souvent associée à un sentiment d'être en bonne santé (Willows, 2005).

Les questions portant sur les aliments et la nutrition dans l'ERS 2008-10 ne couvrent pas la totalité de la situation du régime alimentaire des Premières Nations, mais elles offrent un aperçu des tendances alimentaires qui peuvent s'avérer utiles dans l'élaboration des programmes de promotion de la santé. Par exemple, près d'un adulte sur dix indique qu'il ne consomme « jamais ou presque jamais » de lait ou de produits laitiers. L'Étude EANEPN en Colombie-Britannique a également révélé une faible consommation de lait et de produits laitiers chez les adultes des Premières Nations. De plus, la qualité du régime alimentaire est bonifiée par la présence d'aliments traditionnels (Chan et al., 2011). Parmi les facteurs qui peuvent contribuer à une faible consommation de lait et de produits laitiers chez les Premières Nations, on note le coût élevé des produits laitiers dans les régions rurales et nordiques du Canada ainsi que la prévalence de l'intolérance au lactose chez les Premières Nations.

Depuis l'ERS 2002-03, on observe une réduction de la pratique de la chasse et le piégeage, ainsi que de la cueillette de baies et autres aliments. Au plan national, les projets expérimentaux en alimentation, tels que les projets de jardins, ont connu un essor et ont permis d'améliorer la disponibilité des aliments et la santé des communautés (Nelson & Stroink, 2009).

Pour environ 90 % des adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté des Premières Nations, quelqu'un a partagé des aliments traditionnels avec leur ménage au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Après la chasse ou une récolte, la coutume chez les Premières Nations veut que les aliments soient partagés avec les enfants mariés et les parents, puis avec les aînés et les autres personnes dans le besoin, ainsi qu'avec d'autres familles et membres de la communauté (Delormier, Kuhnlein, & Penn, 1993). Le partage de nourriture est omniprésent dans les sociétés de chasseurs-cueilleurs, et le transfert de nourriture entre les adultes de différents ménages est également une pratique répandue chez ces groupes de gens (Kaplan & Gurven, 2005). Mais au-delà du partage de nourriture pour éviter les pertes, le partage de nourriture est une activité de resserrement des liens sociaux conforme aux valeurs de compassion et de

soutien à l'ensemble de la communauté (*Food Safety Network, 2009*). Selon le modèle de déterminants de la sécurité alimentaire des collectivités inuites de Ford (2009), le partage est listé comme un déterminant lié à l'accès à la nourriture et, donc, à la sécurité alimentaire.

La localisation géographique, quant à elle, est associée à la consommation d'aliments traditionnels protéinés. Les variations dans les systèmes alimentaires et le régime alimentaire traditionnels dans les communautés des Premières Nations au Canada résultent de la différence des emplacements géographiques, de la disponibilité de différents types de sources d'aliments, de la proximité des voies de migration et de leur accès, ainsi qu'aux espèces végétales, et des pratiques traditionnelles de chasse et de pêche (Assemblée des Premières Nations, 2007; Willows, 2005).

L'eau embouteillée coûte parfois le double de ce que coûtent les boissons gazeuses, ce qui fait de ces dernières un choix plus facile mais moins bon pour la santé (Harden & Levalliant, 2008). Le fait d'utiliser de l'eau embouteillée plutôt que l'eau du robinet peut s'expliquer par le nombre de plus en plus grand de communautés qui sont visées par un avis concernant la qualité de l'eau potable. En date d'avril 2011, 122 communautés des Premières Nations d'un bout à l'autre du Canada étaient visées par un avis concernant la qualité de l'eau potable (Santé Canada, 2011b).

Sécurité alimentaire

À mesure que le revenu décroît, la prévalence de l'insécurité alimentaire augmente (McIntyre & Tarasuck, 2002; Rose, 1999). Pour de nombreuses familles à faible revenu, la réalité est que le budget pour l'épicerie est adaptable alors que d'autres factures, telles que l'électricité, ne le sont pas. Un adulte des Premières Nations sur six indique avoir eu de la difficulté à satisfaire les besoins essentiels en nourriture au cours de l'année précédant l'Enquête. Le coût et l'accessibilité de certains aliments varient considérablement selon la région géographique. Malgré les subventions gouvernementales, le coût d'une épicerie dans les collectivités nordiques est élevé en raison de la distance que doivent parcourir les denrées (Lambden, Receveur, Marshall, & Kuhnlein, 2006). En outre, le coût et l'accessibilité sont des enjeux lorsqu'il est question d'obtenir des aliments traditionnels également. Les études ont démontré que le coût de l'équipement et du transport nécessaires à la chasse et à la pêche dans les communautés arctiques constituent des obstacles majeurs à la sécurité alimentaire (Boult, 2004; Lambden et al., 2006).

Plus de la moitié (54,2 %) des ménages des Premières Nations sont en état d'insécurité alimentaire, dont 14,1 % en état d'insécurité alimentaire grave. En 2004, les statistiques comparables pour l'ensemble des Canadiens, excluant ceux qui vivent sur les terres de la Couronne et dans les réserves des Premières Nations, indiquent que 9,2 % sont en état d'insécurité alimentaire et 2,9 % en état d'insécurité alimentaire grave (Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, 2007). En ce qui concerne les ménages autochtones vivant hors réserve dans l'ESCC 2.2 de 2004, les statistiques comparables indiquent que 33,4 % étaient en état d'insécurité alimentaire et 14,4 % en état d'insécurité alimentaire grave (Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, 2007). Ces données illustrent clairement que les ménages des Premières Nations dans les communautés des Premières Nations sont beaucoup plus en état d'insécurité alimentaire, et d'insécurité alimentaire grave, que l'ensemble de la population canadienne. Les ménages des Premières Nations dans les communautés des Premières Nations sont également davantage en état d'insécurité alimentaire que les ménages autochtones hors réserve. Il est assez typique que l'insécurité alimentaire affecte les adultes avant d'affecter les enfants (Radimer, Olson, Greene, Campbell, & Habicht, 1992), car les adultes choisissent de compromettre leur propre régime alimentaire avant de compromettre celui de leurs enfants.

Association entre nutrition et sécurité alimentaire

Il y a un lien entre le fait d'avoir un régime alimentaire sain et la sécurité alimentaire des ménages. Le passage de la sécurité alimentaire à l'insécurité alimentaire suit des étapes précises qui commencent avec de l'anxiété alimentaire, puis la qualité du régime alimentaire qui est compromise, ensuite la quantité est compromise, puis vient le sentiment de faim et, ultimement, la fin de l'alimentation (Tarasuck, 2001). Les adultes des Premières Nations qui vivent dans un ménage en état de sécurité alimentaire sont plus susceptibles de déclarer qu'ils ont toujours ou presque toujours un régime alimentaire sain, ce qui indique qu'ils n'estiment pas avoir dû compromettre la qualité de leur régime alimentaire. Le revenu et la sécurité financière sont les principaux déterminants de l'insécurité alimentaire (McIntyre & Tarasuck, 2002; Rose, 1999).

Régime alimentaire, sécurité alimentaire et cadre culturel

Il n'est pas étonnant que le régime alimentaire et la sécurité alimentaire soient associés à de nombreux facteurs. Les interventions en promotion de la santé axées sur l'amélioration de la sécurité alimentaire

peuvent avoir une incidence positive sur différents facteurs de la santé, dont ceux relatifs à la santé mentale. Il apparaît clairement que plusieurs problèmes de santé qui touchent les Premières Nations, dont l'anémie, les caries dentaires, l'obésité, les maladies cardiaques et le diabète de type 2 (Santé Canada, 2003), sont liés au régime alimentaire (Willows, 2005). Toutefois, il est intéressant de constater qu'il ne semble y avoir aucun lien significatif entre la sécurité alimentaire et l'IMC. Cela est possiblement dû au fait que toute une série de facteurs externes et internes peuvent affecter l'IMC. Il est également important de noter que, chez les adultes, le tour de taille combiné à l'IMC constitue un meilleur prédicteur de risques à la santé liés à l'obésité, plutôt que l'IMC seulement (Janssen, Katzmarzyk, & Ross, 2004).

CONCLUSIONS

L'insécurité alimentaire liée au revenu est élevée dans la population des Premières Nations. Les aliments traditionnels, et le partage des aliments traditionnels, sont une activité de resserrement des liens sociaux conforme aux valeurs de compassion et de soutien à l'ensemble de la communauté. Bien que la géographie puisse avoir une incidence négative sur le coût et la disponibilité d'aliments sains, l'éloignement permet aux Premières Nations de maintenir un lien avec les systèmes alimentaires traditionnels, ce qui peut se révéler un facteur de soutien pour une sécurité alimentaire accrue. Toutefois, le déclin de la pratique de la chasse, la pêche et la cueillette qui a été observé entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 est une question préoccupante. Pour parvenir à la sécurité alimentaire, les communautés des Premières Nations doivent convenir d'une vision commune de la sécurité alimentaire et la traduire en politique locale sur les aliments et la nutrition afin d'assurer la santé et le dynamisme de la communauté.

Tout développement futur du module sur la sécurité alimentaire de l'ERS devrait probablement comprendre une adaptation de l'ESCC 2.2 et des mesures de l'Étude sur la nourriture, l'alimentation, et l'environnement des Premières Nations. Le développement d'une nouvelle mesure devrait également intégrer les indicateurs culturels de la sécurité alimentaire, tels que les niveaux de connaissance des aliments traditionnels, l'accès aux systèmes alimentaires traditionnels, et la salubrité des aliments traditionnels. Le module révisé pour évaluer la sécurité alimentaire des ménages dans les communautés des Premières Nations devrait continuer d'être utilisé dans les prochaines phases de l'ERS, permettant ainsi l'analyse des tendances en matière de sécurité alimentaire avec le temps. Les politiques en matière de santé ciblant

les Premières Nations qui vivent dans les réserves ou dans des collectivités nordiques devraient comprendre des occasions d'améliorer la sécurité alimentaire.

RÉFÉRENCES

- Affaires indiennes et du Nord Canada, (2003). *Nutrition and food security in Kugaaruk, Nunavut*. (Ottawa: Minister of Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Affaires indiennes et du Nord Canada. (2004a). *Nutrition and food security in Fort Severn, Ontario*. Ottawa: Ministère Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Affaires indiennes et du Nord Canada. (2004b). *Nutrition and food security in Kangiqsujuaq, Nunavik*. Ottawa: Ministère Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Assemblée des Premières Nations. (2007). *Traditional foods: Are they safe for First Nations consumption?* Ottawa: Assemblée des Premières Nations, Unité de gouvernance de l'environnement.
- Boult, D. A. (2004). *Hunger in the Arctic: Food (in) security in Inuit communities*. Ottawa: National Aboriginal Health Organization.
- Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition. (2007). *Canadian Community Health Survey, Cycle 2.2, Nutrition (2004) Income Related Household Food Security in Canada*. Ottawa: Santé Canada.
- Chan, L., Receveur, O., Sharp, D., Schwartz, H., Tikhonov, C., & Mimeault, C. (2011). First Nations food, nutrition and environment study (FNFNES): Results from British Columbia (2008/2009). Prince George: University of British Columbia.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *Premières Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS 2002-03): Results for adults, youth and children living in First Nations communities*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Commission royale sur les peuples autochtones. (1996). *Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples, volume 3*. Ottawa: Minister of Supply and Services.
- Delormier, T., Kuhnlein, H., & Penn, A. (1993). *Traditional food of the James Bay Cree of Quebec (Observations report)*. Sainte-Anne-de-Bellevue, QC: McGill University.
- Food and Agriculture Organization. (1996). *Rome declaration on world food security and world food summit plan of action*. Rome, Italy: FAO. Consulté à partir de <http://www.fao.org/docrep/003/w3613e/w3613e00.htm>
- Food Safety Network. (2009). *Safe preparation and storage of aboriginal traditional/country foods: A review*. Ottawa : Agence de santé publique du Canada et le Centre de collaboration nationale en santé environnementale.
- Ford, J. D. (2009). Vulnerability of Inuit food systems to food insecurity as a consequence of climactic change: A case study from Igloodik, Nunavut. *Regional Environmental Change*, 9, 83-100.
- Harden, A., & Levalliant, H. (2008). *Boiling point: Six community*

- profiles of the water crisis facing Premières Nations within Canada.* Ottawa: Polaris Institute.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., & Ross, R. (2004). Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79(3), 379–38.
- Kaplan, H., & Gurven, M. (2005). *The natural history of human food sharing and cooperation: A review and a new multi-individual approach to the negotiation of norms.* In H. Gintis, S. Bowles, R. Boyd, & Fehr (Eds.), *Moral sentiments and material interests: On the foundations of cooperation in economic life.* Cambridge, MA: MIT Press.
- Kuhnlein, H. V., Receveur, O., & Chan, H. M. (2001). Traditional food systems research with Canadian indigenous peoples. *International Journal of Circumpolar Health*, 06, 112–22.
- Laduke, W. (2005). Food as Medicine. In *Recovering the Sacred* (pp. 191–210). Toronto: Between the Lines.
- Lambden, J., Receveur, O., Marshall, J., & Kuhnlein, H. V. (2006). Traditional and market food access in Arctic Canada is affected by economic factors. *International Journal of Circumpolar Health*, 65(4), 331–40.
- Lyons, A.-A., Park, J., & Nelson, C. H. (2008). Food insecurity and obesity: A comparison of self-reported and measured height and weight. *American Journal of Public Health*, 98(40), 751–57.
- McIntyre, L., & Tarasuck, V. (2002). *Food security as a determinant of health.* Ottawa: Agence de santé publique du Canada.
- Nelson, C. H., & Stroink, M. L. (2009). Aboriginal health learning in the forest and cultivated gardens: Building a nutritious and sustainable food system. *Journal of Agromedicine*, 12(2), 263–69.
- People's Food Policy Indigenous Circle. (2011). Indigenous Food Sovereignty. In People's food Policy Project (Eds.), *Resetting the table: A people's food policy for Canada* (pp. 10–12). Consulté à partir de http://peoplesfoodpolicy.ca/files/pfpp-resetting-2011-lowres_1.pdf
- Radimer, K. L., Olson, C. M., Greene, J. C., Campbell, C. C., & Habicht, J. P. (1992). Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children” *Journal of Nutrition Education*, 24, Suppl, S36–45.
- Rose, D. (1999). Economic determinants and dietary consequences of food insecurity in the United States. *Journal of Nutrition*, 129, Suppl 2S, S517–20.
- Santé Canada. (2003). *A statistical profile on the health of Premières Nations in Canada.* Ottawa : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
- Santé Canada (2007). *Eating Well with Canada's Food Guide for Premières Nations, Inuit and Métis.* Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux.
- Santé Canada. (2011a). Aboriginal Diabetes Initiative. *Diabetes.* Consulté à partir de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/diabete/index-eng.php>
- Santé Canada (2011b). How many Premières Nations are under a drinking water advisory? *Drinking Water and Waste Water.* Consulté à partir de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/public-publique/water-eau-eng.php>
- Tarasuk, V. (2001). *Discussion paper on household and individual food insecurity.* Ottawa: Health Canada.
- Willows, N. D. (2004). *Premières Nations and Inuit health issues, an update.* Prepared for the Nutrition and Physical Activity Unit. Ottawa: Premières Nations and Inuit Health Branch.
- Willows, N. D. (2005). Determinants of healthy eating in aboriginal peoples in Canada: The current state of knowledge and research gaps. *Canadian Journal of Public Health*, 96, S32–S36.

Chapitre 8

Tabagisme, mésusage de substances et jeux de hasard

SOMMAIRE

Ce chapitre présente les résultats relatifs au tabagisme, à l'alcoolisme, à la toxicomanie et au jeu pathologique chez les adultes des Premières Nations, tels que rapportés dans l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10. L'ERS est une ressource précieuse car elle est la seule source d'information nationale disponible actuellement sur les comportements de dépendance chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques au Canada.

Environ 57 % des adultes des Premières Nations dans les communautés des Premières Nations fument actuellement. On n'observe aucun changement depuis l'ERS précédente. Un tiers des fumeurs des Premières Nations ont tenté de cesser de fumer au cours de l'année précédant l'Enquête. Un pourcentage similaire d'hommes et de femmes des Premières Nations fument actuellement, mais les femmes sont plus susceptibles d'avoir tenté de cesser de fumer.

Plus d'un tiers des adultes des Premières Nations indiquent s'être abstenus d'alcool au cours des 12 mois précédents; soit une proportion plus élevée que celle observée dans l'ensemble de la population canadienne. Toutefois, près des deux tiers de ceux qui consomment de l'alcool le font de manière excessive (c.-à-d., 5 consommations ou plus en une occasion au moins une fois par mois au cours des 12 mois précédents). Les hommes des Premières Nations sont plus susceptibles que les femmes de consommer de façon excessive.

La consommation de cannabis chez les adultes a augmenté depuis l'ERS 2002-03 (32,3 % vs 26,7 %). Plus d'un adulte des Premières Nations sur dix indique consommer du cannabis quotidiennement ou presque. Outre le cannabis, la cocaïne et le crack sont la deuxième drogue illicite la plus souvent consommée; 7,8 % des adultes ont consommé cette drogue au cours de l'année précédente. Les taux de consommation de cannabis au cours de l'année précédente, ainsi que quotidiennement et presque quotidiennement, et les taux de consommation d'hallucinogènes et d'amphétamines au cours de l'année précédente sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

On observe également la prévalence de comportements de jeu pathologique (par ex., emprunter de l'argent pour pouvoir jouer, miser davantage que ce que l'on peut se permettre). Les femmes des Premières Nations sont plus susceptibles que les hommes d'avoir des problèmes de jeu pathologique.

KEY FINDINGS

- 57 % des adultes des Premières Nations fument sur une base quotidienne ou occasionnelle; on n’observe aucune différence entre les hommes et les femmes.
 - Le tabagisme est davantage prévalent chez les adultes des Premières Nations qui sont sans emploi ou dont le ménage du revenu est plus faible; cela concorde avec les données de l’ensemble de la population canadienne.
 - Environ un tiers des adultes qui fument ont tenté de cesser au cours des 12 mois précédant l’Enquête (30,3%). Les tentatives de cessation sont plus courantes chez les femmes des Premières Nations que chez les hommes (34,5 % vs 26,5 %). Les femmes des Premières Nations sont également plus susceptibles que les hommes de rapporter vivre dans un environnement sans fumée (69,6 % vs 62,2 %).
- Environ un tiers (35,3%) des adultes des Premières Nations étaient abstinents d’alcool au cours des 12 mois précédant l’Enquête. Toutefois, parmi ceux qui consomment de l’alcool, près des deux tiers (63,5%) rapportent avoir une consommation excessive.
 - Les femmes des Premières Nations sont plus susceptibles que les hommes d’être abstinentes d’alcool (39,0 % vs 31,6 %) et, chez celles qui consomment de l’alcool, d’avoir une consommation d’alcool excessive (56,4 % vs 69,7 %).
- Environ un tiers (32,3 %) des adultes des Premières Nations ont consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l’ERS 2008-10, ce qui révèle une *hausse* significative depuis l’ERS 2002-03 (26,7 %).
 - La consommation de cannabis est particulièrement prévalente chez les hommes des Premières Nations (40,5 % chez les hommes vs 24,1 % chez les femmes).
 - 16,8% d’hommes et 7,8 % de femmes rapportent une consommation quotidienne ou presque quotidienne.
- La consommation de cocaïne/crack, d’hallucinogènes et d’amphétamines au cours de l’année précédente est davantage prévalente chez les hommes des Premières Nations que chez les femmes.
- Au moins 7,4 % des adultes des Premières Nations répondent aux critères de jeu pathologique, et 31,1 % se classent dans la catégorie « à risque » de jeu pathologique.
- Les problèmes de jeu pathologique sont plus répandus chez les femmes des Premières Nations (76,2 %) que chez les hommes (66,1 %). On n’observe aucune différence selon le sexe en ce qui a trait à la prévalence des problèmes de jeu pathologique.

INTRODUCTION

Ce chapitre traite de la prévalence du tabagisme, de l'alcoolisme, de la toxicomanie et du jeu pathologique chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. L'Enquête régionale sur la santé 2008-10 est une ressource précieuse car elle est la seule source d'information nationale disponible actuellement sur les comportements de dépendance chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations in Canada.

Les résultats révèlent que les taux de tabagisme demeurent élevés chez les adultes des Premières Nations en dépit de réductions significatives au sein de la population canadienne en général (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2005). Le tabagisme est associé aux deux principales causes de décès chez les Premières Nations en Amérique du Nord, soient les maladies cardiovasculaires et le cancer (Young, 1994). Ainsi, la réduction du tabagisme s'avère cruciale à l'amélioration de la santé de cette population. Un des buts du présent chapitre est d'offrir une mise à jour sur la prévalence du tabagisme chez les adultes des Premières Nations selon les données de l'ERS 2008-10, ainsi que de l'information sur les tentatives de cessation, les motivations et les moyens utilisés pour cesser de fumer. Cette information pourra contribuer à la bonification des programmes de cessation du tabagisme dans les communautés des Premières Nations.

L'ERS 2002-03 faisait état d'une plus grande abstinence d'alcool chez les adultes des Premières Nations (34,4 %) que dans l'ensemble de la population canadienne (20,7 %) (Adlaf, Begin & Sawka, 2005). Toutefois, parmi ceux qui consomment de l'alcool, la consommation massive (c.-à-d., 5 consommations ou plus en une occasion) et la consommation excessive (c.-à-d., une consommation massive au moins une fois par mois au cours des 12 mois précédents) était plus élevée chez les adultes des Premières Nations (CGIPN, 2005).

L'incidence de consommation de cannabis et d'autres drogues était également plus élevée chez les adultes des Premières Nations dans l'ERS 2002-03 que dans l'ensemble de la population canadienne. On observait une prévalence de la consommation du cannabis, avec 26,7 % des adultes des Premières Nations qui rapportaient en avoir consommé au cours de l'année précédente (comparativement à 14,1 % de l'ensemble de la population canadienne) (CGIPN, 2005; Fischer, Rehm, & Hall, 2009). Bien que les risques liés à la consommation du cannabis semblent moins élevés que ceux liés à la

consommation de cocaïne et d'héroïne, les problèmes de santé qui en découlent sont réels, et, en raison de la prévalence élevée de la consommation, l'incidence du cannabis sur la santé peut être considérable (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2010).

Le jeu peut également avoir une incidence négative sur les individus et les communautés. Le jeu pathologique est un comportement qui entraîne des conséquences négatives pour le joueur, pour les membres de son réseau social, et pour la communauté (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2001). Les recherches semblent indiquer qu'environ 5 % des Canadiens sont des joueurs compulsifs (Marshall & Wynne, 2004). Bien qu'aucune donnée nationale sur le jeu pathologique chez les adultes des Premières Nations ne soit disponible, les résultats de plusieurs études provinciales suggèrent que le jeu pathologique est peut-être davantage prévalent chez les adultes des Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne (Oakes & Currie, 2005; Smith & Wynne, 2004; Wynne & McCready, 2005; Wynne, 2002).

MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre présente les données de la plus récente ERS sur le tabagisme, la consommation d'alcool, et l'usage de drogues illicites et le mésusage des médicaments d'ordonnance. Les données sont comparées à celles de l'ERS 2002-03 ainsi qu'aux résultats relatifs à l'ensemble de la population canadienne (lorsque des données comparables sont disponibles).

Les fumeurs actuels sont définis comme ceux qui fument sur une base quotidienne ou occasionnelle présentement. Ceux qui ont déclaré ne pas fumer présentement ont été invités à indiquer s'ils avaient déjà fumé dans le passé. Les anciens fumeurs ont été invités à indiquer pour quelle(s) raison(s) ils avaient cessé de fumer [« Par respect pour la signification culturelle et traditionnelle du tabac », « Par choix d'un mode de vie plus sain », « Problème de santé », « Sur ordre du médecin », « Sous l'influence de mes amis ou de mes collègues », « Par respect pour mes proches », « Par prise de conscience des effets néfastes de la cigarette sur ma santé », et « Grossesse »] et quel(s) moyen(s) ils ont employé(s) pour cesser de fumer [« Sevrage brutal ou volonté seule », « Aide spirituelle », « Aide de la famille », « Substitut nicotinique (timbre) », « Substitut nicotinique (gomme à mâcher) », « Zyban (bupropion) », « Autre médicament prescrit par un médecin », « Méthodes traditionnelles », et « Programme de soutien ou d'entraide »].

La consommation d'alcool a été évaluée à l'aide de

questions sur la consommation au cours des 12 mois précédents (oui/non). Les répondants étaient considérés comme abstinents d'alcool lorsqu'ils n'avaient pas consommé d'alcool au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Ceux qui déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente étaient invités à indiquer à quelle fréquence ils consomment des boissons alcoolisées [choix de réponses : « Une fois par jour », « Environ 2 ou 3 fois par semaine », « Environ 2 ou 3 fois par mois », « Environ une fois par mois », et « Environ 2 ou 3 fois par année »]. Ensuite les participants étaient invités à indiquer à quelle fréquence ils consomment 5 boissons alcoolisées ou plus (c.-à-d., la fréquence de consommation massive) [choix de réponses : « Tous les jours », « Plus d'une fois par semaine », « Une fois par semaine », « 2 ou 3 fois par mois », « Une fois par mois », « Moins d'une fois par mois », et « Jamais »]. Une consommation excessive est définie comme une consommation massive au moins une fois par mois au cours des 12 mois précédents.

Les participants ont été invités à indiquer à quelle fréquence ils ont consommé les substances suivantes au cours des 12 mois précédents (sans ordonnance) : cannabis; hallucinogènes, dont LSD, champignons, PCP, et kétamine; amphétamines, dont crystal meth, speed, et ecstasy; cocaïne ou crack; sédatifs ou somnifères sans ordonnance; opioïdes illicites ou sur ordonnance, dont consommation d'opioïdes illicites, tels qu'héroïne, et usage non prescrit de codéine, méthadone, morphine, etc.; et substances inhalées telles que solvants, colle, et pétrole. Les choix de réponses étaient : « Jamais », « Une ou deux fois », « Une fois par mois », « Une fois par semaine », et « Quotidiennement ou presque ». Les participants devaient également indiquer s'ils ont déjà cherché à suivre un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie (oui/non).

Finalement, les participants étaient invités à indiquer s'ils ont déjà joué à des jeux de hasard (c.-à-d., dépenser de l'argent pour jouer au bingo, jouer aux cartes, acheter des billets de loterie, jouer avec des appareils de loterie vidéo, jouer au casino, et miser sur des événements sportifs). Ceux qui déclaraient avoir déjà joué devaient alors répondre à des questions sur le jeu pathologique. L'ERS 2008-10 comportait trois des neuf questions utilisées pour dépister les adultes aux prises avec un problème de jeu pathologique au Canada tirées de l'*Indice canadien du jeu excessif* (ICJE) : (a) Avez-vous déjà emprunté de l'argent pour jouer? (b) Avez-vous déjà joué plus d'argent que vous ne pouviez vous le permettre? (c) Le fait que vous jouiez à des jeux de hasard a-t-il eu des conséquences financières négatives sur vous ou votre famille? (Ferris & Wynne, 2001). Les réponses à ces trois questions ont

été colligées pour former un estimé conservateur de la prévalence du jeu pathologique dans cette population. Les réponses possibles étaient « Oui » ou « Non », pour des scores de 1 et 0, respectivement. En revanche, les réponses possibles pour l'ICJE sont « Presque toujours », « La plupart du temps », « Parfois », et « Jamais », pour des scores de 3, 2, 1, et 0, respectivement. Ces différences de scores soulignent à quel point les estimés présentés dans ce chapitre sont conservateurs. Les scores de jeu pathologique ont été établis en fonction des critères de scores ICJE recommandés, soient un score de 0 indiquant un joueur non pathologique, des scores de 1 ou 2 indiquant un joueur à risque, et un score de 3 indiquant un joueur compulsif (Ferris & Wynne, 2001).

RÉSULTATS

Tabagisme

Tel que montré au Tableau 8.1, la prévalence du tabagisme est de 56,9 % (43,2 % quotidiennement, 13,7 % occasionnellement). En comparaison, la prévalence du tabagisme chez les adultes dans l'ensemble de la population canadienne au cours de cette période était inférieure à 20 % (Reid & Hammond, 2009). La prévalence du tabagisme est demeurée inchangée depuis l'ERS précédente RHS (2002-03), et on n'observe aucune différence entre les sexes en ce qui concerne le tabagisme actuel.

À l'instar du tabagisme dans l'ensemble de la population canadienne, le tabagisme est davantage prévalent chez ceux dont *le revenu du ménage est plus faible* et ceux *qui n'ont pas un travail rémunéré actuellement*. Le tabagisme est également davantage prévalent chez les adultes des Premières Nations qui ont *trois enfants ou plus* dans leur ménage (voir Tableau 8.1). Les femmes des Premières Nations sont plus susceptibles de vivre dans un environnement sans fumée que les hommes (voir Tableau 8.2).

Tableau 8.1. Prévalence du tabagisme sur 12 mois, selon les données sociodémographiques (n = 10,814)

	Tabagisme quotidien % [95 % IC]	Tabagisme occasionnel % [95 % IC]
Tous les adultes	43,2 [41,6, 44,8]	13,7 [12,7, 14,9]
Femmes	42,8 [40,9, 44,8]	14,1 [12,4, 15,9]
Hommes	43,5 [41,3, 45,7]	13,4 [12,3, 14,6]
Groupes d'âge		
18–29	51,5 [48,6, 54,4]	15,4 [13,7, 17,2]
30–39	44,2 [40,9, 47,6]	18,4 [15,1, 22,3]
40–49	44,8 [41,6, 48,2]	15,0 [13,3, 17,0]
50–59	38,5 [35,5, 41,6]	9,5 [7,8, 1,4]
60+	25,4 [23,1, 28,0]	5,5 [4,4, 6,8]
Revenu du ménage		
Perte de revenu–19 000 \$	48,8 [46,3, 51,4]	16,3 [14,6, 18,1]
20 000 \$– 39 999 \$	41,5 [38,6, 44,4]	12,9 [10,7, 15,6]
40 000 \$– 59 999 \$	39,7 [35,9, 43,6]	13,2 [10,2, 17,0]
60 000 \$ ou plus	33,0 [28,9, 37,3]	13,4 [10,7, 16,6]
Un travail rémunéré actuellement		
Avec emploi	39,2 [37,0, 41,4]	13,9 [12,2, 15,7]
Sans emploi	46,4 [44,3, 48,6]	13,5 [12,3, 14,8]
Nombre d'enfants dans le ménage		
0–2	41,6 [39,9, 43,4]	13,2 [12,1, 14,4]
3 ou plus	48,2 [45,2, 51,2]	16,3 [13,7, 19,2]

Près d'un tiers (30,3 %) des adultes des Premières Nations qui fument ont tenté de cesser de fumer au cours des 12 mois précédant l'Enquête (voir Tableau 8.2). Les femmes sont plus susceptibles d'avoir tenté de cesser que les hommes, autant dans l'ERS 2002-03 que dans l'ERS 2008-10. Indépendamment du sexe, les motivations pour cesser de fumer sont la recherche d'un mode de vie plus sain, une prise de conscience des effets néfastes de la cigarette, la présence d'un problème de santé, et par respect pour les proches. La grossesse est également une motivation importante pour les femmes des Premières Nations.

Le moyen de cessation le plus répandu, utilisé par trois adultes sur quatre, est le sevrage brutal ou la volonté seule. Une minorité d'adultes ont essayé d'autres moyens, tels que l'aide spirituelle, l'aide de la famille, et les thérapies de substitut nicotinique.

Tableau 8.2. Comportements relatifs à la cessation du tabagisme chez les fumeurs actuels et les ex-fumeurs au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10

	Total %	95 % IC	Femmes %	95 % IC	Hommes %	95 % IC
Tentatives de cessation (année précédente)						
Aucune tentative de cessation	69,7	[65,1, 73,8]	65,5	[60,2, 70,5]	73,5	[67,4, 78,9]
1–2 tentatives	23,1	[19,3, 27,3]	25,9	[21,2, 31,2]	20,4	[15,3, 26,7]
3–4 tentatives	3,9	[2,8, 5,3]	4,3 ^E	[2,8, 6,6]	3,4 ^E	[2,2, 5,4]
5 tentatives ou plus	3,4	[2,5, 4,6]	4,3 ^E	[2,9, 6,3]	2,6 ^E	[1,6, 4,1]
Moyens utilisés pour tenter de cesser						
Sevrage brutal/volonté seule	77,2	[72,9, 80,9]	76,7	[71,6, 81,0]	77,6	[72,8, 81,9]
Spiritualité	5,0	[4,0, 6,3]	6,1	[4,6, 8,1]	3,9 ^E	[2,8, 5,6]
Aide de la famille	3,5	[2,8, 4,4]	4,0	[3,0, 5,4]	3,0 ^E	[2,1, 4,3]
Thérapie de substitut nicotinique	4,2	[3,3, 5,3]	4,1	[3,1, 5,5]	4,2 ^E	[3,0, 6,0]
Programme de soutien ou d'entraide	2,4 ^E	[1,7, 3,4]	2,8 ^E	[1,8, 4,2]	2,0 ^E	[1,3, 3,1]
Raisons pour tenter de cesser						
Choix d'un mode de vie plus sain	55,5	[51,1, 59,9]	55,8	[51,0, 60,5]	55,2	[49,6, 60,8]
Prise de conscience des effets néfastes sur la santé	20,9	[18,3, 23,8]	21,3	[18,1, 24,7]	20,5	[16,6, 25,0]
Problème de santé	19,8	[17,8, 21,9]	22,4	[19,5, 25,6]	17,0	[14,7, 19,7]
Par respect pour les proches	16,9	[14,4, 19,6]	19,1	[15,9, 22,7]	14,6	[11,9, 17,8]
Grossesse	--		15,5	[13,1, 18,2]	--	
Ordre du médecin	6,5	[5,2, 8,1]	7,4	[5,6, 9,7]	5,5 ^E	[3,9, 7,8]
Par respect pour la signification culturelle du tabac	5,5	[4,4, 6,7]	5,6	[4,3, 7,4]	5,3	[3,8, 7,2]
Influence des amis ou des collègues	2,4 ^E	[1,7, 3,4]	2,2 ^E	[1,4, 3,3]	2,6 ^E	[1,5, 4,3]
Votre logement est-il un environnement sans fumée?						
Oui	65,9	[64,5, 67,3]	69,6	[67,9, 71,4]	62,2	[60,2, 64,2]

Les autres moyens de cessation du tabagisme ont été supprimés en raison des petits nombres dans les cellules.

Consommation d'alcool

Tel qu'illustré au Tableau 8.3, plus du tiers (35,3 %) des adultes des Premières Nations sont abstinents d'alcool dans l'ERS 2008-10 (résultat similaire à celui observé en 2002-03, soit 34,4 %). En comparaison, moins d'un quart des adultes (23,0 %) dans l'ensemble de la population canadienne étaient abstinents d'alcool en 2010 (Statistique Canada, 2010).

Les femmes des Premières Nations (39,0 %) sont plus susceptibles que les hommes d'indiquer s'abstenir d'alcool (31,6 %) dans l'ERS 2008-10.

Tableau 8.3. Consommation d'alcool chez les adultes des Premières Nations au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10

	Total %	95 %IC	Femmes %	95 %IC	Hommes %	95 %IC
Abstinence 12 mois	35,3	[33,8, 36,8]	39,0	[37,0, 41,1]	31,6	[29,7, 33,6]
Fréquence de la consommation d'alcool*						
2–3 fois par année	21,6	[20,1, 23,2]	26,7	[24,6, 28,8]	17,3	[16,6, 19,3]
Une fois par mois	22,8	[21,2, 24,5]	24,5	[22,4, 26,8]	21,3	[19,2, 23,4]
2–3 fois par mois	34,5	[32,8, 36,3]	32,9	[30,6, 35,3]	35,9	[33,6, 38,4]
2–3 fois par semaine	17,9	[16,6, 19,3]	14,4	[12,9, 16,0]	21,0	[19,0, 23,1]
Tous les jours	3,2	[2,6, 3,8]	1,5	[1,2, 2,0]	4,6	[3,7, 5,7]
Consommation massive*						
Jamais	13,5	[12,2, 14,9]	18,5	[16,4, 20,7]	9,2	[8,0, 10,5]
Moins d'une fois par mois	23,0	[21,4, 24,7]	25,2	[23,0, 27,5]	21,1	[19,0, 23,4]
Une fois pas mois	21,0	[19,6, 22,5]	20,9	[18,9, 23,1]	21,0	[19,1, 23,1]
2–3 fois par mois	27,2	[25,5, 28,8]	23,5	[21,4, 25,7]	30,3	[27,9, 32,8]
Une fois par semaine	6,3	[5,4, 7,3]	5,6	[4,4, 7,0]	6,9	[5,6, 8,5]
2 fois ou plus par semaine	8,0	[7,2, 8,9]	5,6	[4,8, 6,6]	10,1	[8,8, 11,6]
Tous les jours	1,1	[0,9, 1,3]	0,7 ^E	[0,5, 1,2]	1,4	[1,0, 1,8]

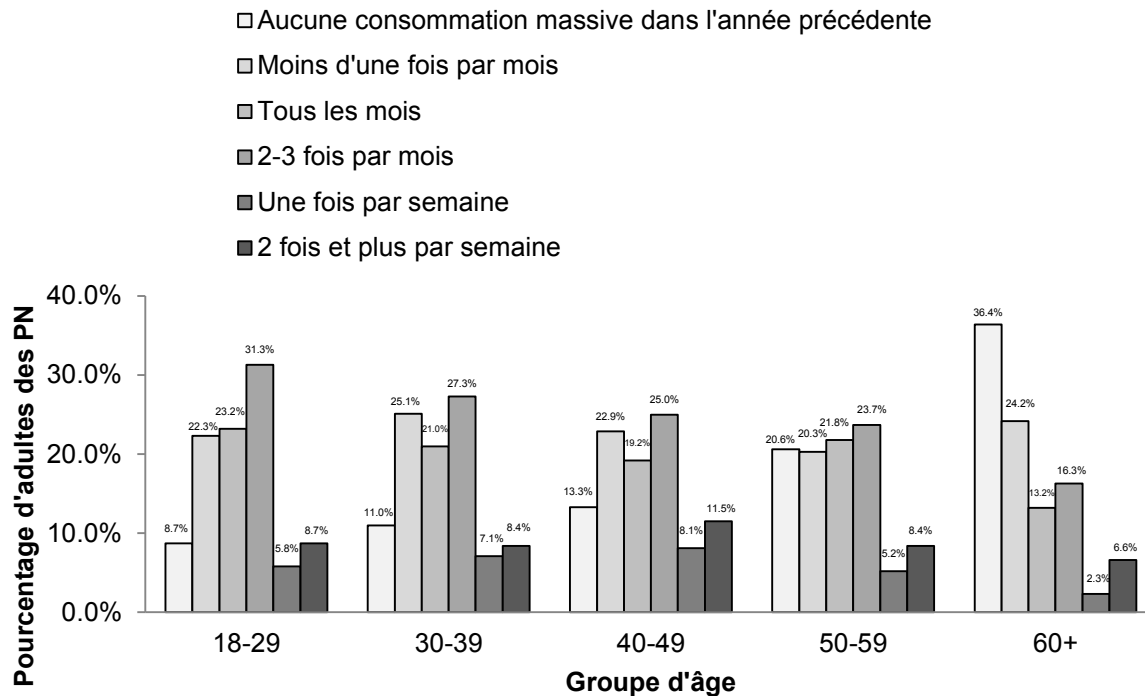
*Les pourcentages ne comprennent pas les adultes qui n'ont pas consommé d'alcool au cours de l'année précédente.

Une consommation excessive est définie comme une consommation massive (5 consommations ou plus en une seule occasion) au moins une fois par mois au cours des 12 mois précédents. Environ deux tiers (63,6 %) des adultes des Premières Nations qui ont consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents répondent aux critères de consommation excessive (voir Tableau 8.3). Une plus grande proportion d'hommes que de femmes répondent aux critères de consommation excessive.

À l'instar des données pour l'ensemble de la population canadienne, la proportion d'adultes qui ont une consommation excessive est plus élevée chez les jeunes adultes (69 % des adultes des Premières Nations âgés de 18 à 29 ans répondent aux critères de consommation

excessive; voir Figure 8.1). Toutefois, contrairement à la population en général où la consommation excessive diminue après le jeune âge adulte, la prévalence de la consommation excessive demeure élevée chez les adultes des Premières Nations dans la trentaine, la quarantaine et la cinquantaine. Près de deux tiers des adultes des Premières Nations âgés de 30 à 49 ans (63,8 %) répondent aux critères de consommation excessive. Ce pourcentage ne diminue que légèrement chez ceux âgés de 50 à 59 ans (59,1 %). Des réductions significatives de la consommation excessive ne sont observées que lorsque les adultes atteignent l'âge de 60 ans et plus (38,4 %).

Figure 8.1. Prévalence de la consommation massive (5 consommations ou plus en une seule occasion), selon le groupe d'âge (n = 6,124)



Note. Les colonnes noir foncé représentent les adultes qui répondent aux critères de consommation excessive dans l'ERS 2008-10 (parmi ceux qui indiquent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents). La consommation excessive est définie comme une consommation massive (5 consommations ou plus en une seule occasion) au moins une fois par mois au cours des 12 mois précédents.

Consommation de drogue (sans ordonnance)

Un peu moins du tiers (32,3 %, 95 % IC: 30,8, 33,9) des adultes des Premières Nations indiquent avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10 (voir Tableau 8.4). La consommation de cannabis au cours de l'année précédente a augmenté depuis la dernière ERS (26,7 %, 95 % IC: 25,0, 28,5).

Plus d'un adulte sur dix rapporte consommer du cannabis « quotidiennement ou presque quotidiennement »; les taux sont considérablement plus élevés chez les hommes que chez les femmes (16,9 % vs 7,8 %; voir Tableau 8.4).

Outre le cannabis, la cocaïne et le crack sont la deuxième drogue la plus souvent consommée (7,8 %); Les hommes sont plus susceptibles d'avoir consommé de la cocaïne ou du crack au cours des 12 mois précédents comparativement aux femmes (9,7 % vs 5,8 % des femmes). Les hommes sont également plus susceptibles de consommer des hallucinogènes et des amphétamines.

Tableau 8.4. Consommation de drogues illicites et mésusage de médicaments d'ordonnance au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10, selon le sexe

Consommation au cours de l'année précédente	Échantillon total %	95 %IC	Femmes %	95 %IC	Hommes %	95 %IC
Toute consommation de drogue illicite						
Aucune consommation au cours de l'année précédente	63,1	[61,4, 64,8]	70,5	[68,5, 72,5]	55,8	[53,6, 58,1]
Au moins 1 drogue illicite consommée	36,9	[35,2, 38,6]	29,5	[27,5, 31,5]	44,2	[41,9, 46,4]
Cannabis						
Aucune consommation au cours de l'année précédente	67,7	[66,9, 69,2]	75,9	[74,2, 77,6]	59,5	[57,3, 61,7]
Une fois ou deux	11,1	[10,3, 11,9]	9,4	[8,5, 10,4]	12,7	[11,5, 14,1]
Tous les mois	3,2	[2,8, 3,7]	2,8	[2,2, 3,5]	3,6	[3,0, 4,4]
Toutes les semaines	5,6	[4,9, 6,6]	4,1	[3,2, 5,2]	7,2	[6,1, 8,5]
Quotidiennement ou presque	12,4	[11,3, 13,5]	7,8	[6,9, 8,7]	16,9	[15,3, 18,7]
Cocaïne ou crack						
Aucune consommation au cours de l'année précédente	92,2	[91,4, 93,0]	94,2	[93,3, 95,0]	90,3	[89,0, 91,5]
Une fois ou deux	5,3	[4,7, 5,9]	4,0	[3,4, 4,7]	6,6	[5,6, 7,6]
Tous les mois	1,3	[1,0, 1,6]	0,9	[0,6, 1,2]	1,7	[1,3, 2,3]
Toutes les semaines ou plus	1,2	[0,9, 1,5]	1,0	[0,7, 1,3]	1,4	[1,0, 1,8]
Hallucinogènes*						
Consommation au cours de l'année précédente	4,1	[3,5, 4,8]	2,4	[1,9, 3,0]	5,8	[4,8, 7,0]
Amphétamines**						
Consommation au cours de l'année précédente	2,8	[2,3, 3,4]	2,1	[1,7, 2,6]	3,5	[2,7, 4,6]
Sédatifs ou somnifères***						
Consommation au cours de l'année précédente	5,7	[5,0, 6,5]	5,9	[5,1, 6,9]	5,6	[4,7, 6,7]
Opioides****						
Consommation au cours de l'année précédente	4,7	[4,0, 5,5]	4,1	[3,4, 5,1]	5,2	[4,3, 6,3]
Substances inhalées (solvants, colle, pétrole)						
Consommation au cours de l'année précédente	0,5	[0,4, 0,7]	0,5 ^E	[0,3, 0,8]	0,5 ^E	[0,4, 0,8]

*La catégorie hallucinogènes comprend le LSD, les champignons, le PCP et la kétamine.

** La catégorie amphétamines comprend le crystal meth, le speed et l'ecstasy.

***La catégorie consommation sans ordonnance comprend les Valium, le Serepax, le Rohypnol, etc.

****La catégorie comprend la consommation d'opioïdes illicites (par ex., héroïne) et la consommation sans ordonnance de codéine, méthadone, morphine, etc.

Jeux de hasard et jeu pathologique

La majorité (71 %) des adultes des Premières Nations ont joué (i.e., dépenser de l'argent pour jouer au bingo, jeux de cartes, billets de loterie, appareils de loterie vidéo, casino, et événements sportifs) au cours de leur vie. Ce résultat est peu élevé comparativement à environ 75 %

des adultes dans l'ensemble de la population canadienne qui ont simplement joué au cours de l'année précédente (*Canadian Partnership for Responsible Gambling*, 2010). Selon l'*Indice canadien du jeu excessif* (ICJE), 7,4 % des adultes des Premières Nations répondent aux critères de jeu pathologique, tandis que 31,1 % sont classés comme à risque de jeu excessif (voir Tableau

8.5). On n'observe aucune différence entre les sexes d'être à risque de jeu pathologique (voir Tableau 8.5). dans la prévalence du jeu pathologique ou du fait

Tableau 8.5. Prévalence du jeu au cours de la vie et comportements de jeu pathologique, selon le sexe

	Total %	95 %IC	Femmes %	95 %IC	Males %	95 %IC
Avoir joué au cours de la vie*						
Tous les adultes des Premières Nations	71,1	[69,5, 72,7]	76,2	[74,6, 77,9]	66,1	[63,8, 68,3]
Comportements de jeu pathologique**						
Avoir joué plus d'argent qu'on ne peut se le permettre	22,6	[21,1, 24,2]	20,8	[19,0, 22,8]	24,7	[22,5, 27,0]
Avoir emprunté de l'argent pour jouer	27,4	[25,7, 29,2]	28,3	[26,3, 30,5]	26,5	[24,2, 28,9]
Jeu a eu des conséquences financières négatives	12,8	[11,6, 14,0]	12,7	[11,1, 14,4]	12,9	[11,3, 14,6]
Score de jeu pathologique***						
Joueur non compulsif	61,5	[59,7, 63,2]	62,3	[60,2, 64,5]	60,5	[57,9, 63,0]
Joueur à risque	31,1	[29,5, 32,8]	30,1	[28,1, 32,2]	32,2	[29,8, 34,7]
Joueur compulsif	7,4	[6,5, 8,4]	7,5	[6,4, 8,8]	7,3	[6,2, 8,6]

* Dans la présente enquête, le jeu est défini comme le fait de miser ou de dépenser de l'argent sur des billets de loterie, au bingo, dans les appareils de loterie vidéo, dans les casinos, dans les jeux de cartes, ou dans des événements sportifs.

** Parmi ceux qui ont déjà joué au cours de leur vie.

DISCUSSION

Plus de la moitié (57 %) des adultes des Premières Nations rapportent fumer sur une base quotidienne ou occasionnelle. On n'observe aucun changement à la prévalence du tabagisme depuis l'ERS 2002-03. Environ un tiers des fumeurs ont tenté de cesser de fumer au cours des 12 mois précédant l'Enquête, et plus de 75 % de ces individus ont utilisé un moyen de cessation abrupt (i.e., sevrage brutal). Peu d'adultes rapportent avoir utilisé une thérapie de substitut nicotinique; mais la recherche révèle que les moyens qui favorisent une cessation graduelle du tabagisme plutôt que brutal semblent tout autant (sinon davantage) efficaces (Hughes, Solomon, Livingston, Callas, & Peters, 2010; Shiffman, Ferguson, & Strahs, 2009; Silagy et al., 2000).

Environ un tiers (35,3 %) des adultes des Premières Nations sont abstinentes d'alcool dans l'ERS 2008-10, un pourcentage plus élevé que celui observé dans l'ensemble de la population canadienne. Toutefois, parmi les adultes des Premières Nations qui consomment de l'alcool, près des deux tiers répondent aux critères de consommation excessive. Les hommes des Premières Nations semblent être davantage à risque de consommation excessive (et des méfaits connexes) comparativement aux femmes. La consommation excessive est associée à toute une série d'effets néfastes, dont divers problèmes de santé et des traumatismes. Des efforts accrus sont

nécessaires pour encourager une consommation modérée chez les adultes des Premières Nations qui choisissent de consommer de l'alcool, et l'abstinence chez ceux qui ont développé une dépendance à l'alcool.

Un tiers des adultes des Premières Nations indiquent avoir consommé du cannabis au cours de l'année précédente (une augmentation depuis l'ERS 2002-03) et un adulte sur dix rapporte une consommation de cannabis quotidienne ou presque quotidienne. Les hommes semblent être davantage à risque de consommation fréquente : 17 % des hommes des Premières Nations vs 8 % des femmes rapportent une consommation de cannabis quotidienne ou presque quotidienne. La consommation quotidienne ou presque quotidienne à long terme du cannabis est associée à la bronchite chronique et à d'autres maladies respiratoires (en particulier lorsque cela est jumelé au tabagisme), à des maladies psychiatriques (telles que dépression, épisodes d'anxiété, et psychoses), à diverses formes de cancer, aux déficits cognitifs (réduction de la capacité des consommateurs à se concentrer, à traiter et à se souvenir de l'information), aux dommages au fœtus au cours de la grossesse, et à un risque accru de blessures (par ex., accidents de la route) (Dumont, 2005; Ferris & Wynne, 2001; Statistique Canada, 2010; Yang et al., 2007).

Les recherches ont révélé que le pourcentage de joueurs compulsifs dans une zone donnée est directement lié au nombre d'appareils de jeu électroniques – machines à sous,

appareils de loterie vidéo, appareils de bingo électroniques – per capita dans cette zone (Afifi, Cox, Martens, Sareen, & Enns, 2010; Cox, Yu, Afifi, & Ladouceur, 2005; Smith & Wynne, 2004; Williams & Wood, 2007). Les appareils de jeu électroniques sont la forme de jeu qui favorise le plus la dépendance. En effet, la suite rapide de gains et de pertes peut renforcer les joueurs au plan psychologique et réduire leur capacité d'établir des limites et de contrôler leur comportement, en particulier chez ceux qui ont déjà eu des dépendances (Smith & Wynne, 2004; Williams & Simpson, 2008). Environ 40 % des adultes des Premières Nations qui ont déjà joué au cours de leur vie sont « à risque » de jeu pathologique ou sont des joueurs compulsifs. Les campagnes de sensibilisation au jeu responsable qui ciblent les résidents des communautés des Premières Nations, en particulier celles qui insistent sur la nécessité d'établir des limites de temps et d'argent, peuvent contribuer à réduire la prévalence du risque de devenir un joueur compulsif ou du jeu pathologique. Les ressources de traitement pour le jeu pathologique dans les communautés des Premières Nations doivent également être augmentées. Ces ressources de traitement peuvent comprendre : des services de counseling confidentiels pour les joueurs compulsifs (à une distance accessible à partir de la communauté), une ligne d'assistance pour les joueurs compulsifs, ou des groupes de soutien pour joueurs compulsifs. Finalement, les communautés peuvent fournir de l'information aux résidents sur la façon de dépister leurs propres comportements en matière de jeu et quelles mesures prendre pour réduire les problèmes potentiels.

Les résultats présentés ici sonnent l'alarme quant à la nécessité d'améliorer les programmes d'intervention afin de réduire la consommation de substances et le jeu pathologique chez les adultes des Premières Nations. Les efforts d'intervention sont susceptibles d'avoir davantage de succès s'ils s'appuient sur les forces de la culture des Premières Nations. Il a été démontré que l'intégration de la culture autochtone dans les programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie augmentait leur efficacité (Dell et al., 2011; Herman-Stahl, Spencer, & Duncan, 2003; Whitbeck, 2006; Whitbeck, Chen, Hoyt, & Adams, 2004; Yu, Stiffman, & Freedenthal, 2005).

Pour réduire la consommation à risque de substances et le jeu pathologique, les stratégies devraient viser le changement au-delà de l'individu (Currie, Schopflocher, & Wild, 2011). Les efforts d'intervention doivent être jumelés à des changements aux forces sociales (par ex., racisme) et économiques (par ex., faible revenu, chômage) qui perpétuent ces problèmes. Par exemple, de façon générale, les adultes qui vivent dans les communautés

des Premières Nations rapportent un revenu personnel et du ménage moins élevé et des besoins financiers plus élevés comparativement aux adultes dans l'ensemble de la population canadienne. Un revenu du ménage peu élevé est étroitement lié à des problèmes de dépendance (McDonough & Berglund, 2003; Mossakowski, 2008; Tjepkema, 2004). Des efforts significatifs doivent être faits pour augmenter l'autosuffisance économique des adultes des Premières Nations. De plus, les peuples autochtones subissent actuellement des taux élevés de racisme dans la société canadienne (Currie et al., n.d.; Environics Institute, 2010). Le fait de subir de la discrimination raciale est associé au mésusage de substances, au jeu pathologique, et à d'autres comportements à risque chez les groupes minoritaires. La discrimination raciale peut mener des individus à chercher des façons - qui comprennent souvent la consommation de substances - de composer avec la honte et le traumatisme de ces expériences ou de les fuir. (Chae et al., 2008; Currie et al., n.d.; Whitbeck, Hoyt, McMorris, Chen, & Stubben, 2001; Whitbeck, McMorris, Hoyt, Stubben, & Lafromboise, 2002; Williams & Mohammed, 2009). L'amélioration de ces types de facteurs sociaux et économiques nécessitera des changements à grande échelle.

CONCLUSIONS

Ce chapitre décrit la prévalence de la consommation de substances et du jeu pathologique chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. On observe très peu d'améliorations à la prévalence de la consommation de substances depuis l'ERS précédente. En fait, on observe plutôt des hausses de la prévalence de la consommation de cannabis au cours de l'année précédente; aucune réduction des taux de tabagisme, d'abstinence de l'alcool, ou de la consommation excessive d'alcool n'a été observée. La prévalence du tabagisme et de la consommation excessive d'alcool demeure considérablement plus élevée chez les Premières Nations que celle observée chez les adultes dans l'ensemble de la population canadienne. Parmi les adultes des Premières Nations qui jouent, plusieurs sont « à risque » de jeu pathologique ou sont des joueurs compulsifs. En ce qui a trait aux différences entre les sexes, les hommes semblent plus à risque de consommation excessive et de consommation de drogue (cannabis, hallucinogènes, cocaïne/crack et amphétamines). Le présent chapitre met de l'avant de nombreux secteurs d'intervention possibles. De telles interventions sont susceptibles d'avoir davantage de succès si on y intègre du contenu culturel. Mais une réduction significative de la prévalence de la consommation de substances est

peu susceptible de survenir si on n'aborde pas l'enjeu plus vaste des facteurs économiques et sociaux qui ont une incidence sur la vie des Premières Nations.

RÉFÉRENCES

- Adlaf, E.M., Begin, P., & Sawka, E. (eds.) (2005). Canadian Addiction Survey (CAS): A National Survey of Canadians' Use of Alcohol and Other Drugs: Prevalence of Use and Related Harms: Detailed Report. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies : Ottawa, ON.
- Affi, T. O., Cox, B. J., Martens, P. J., Sareen, J., & Enns, M. W. (2010). The relationship between problem gambling and mental and physical health correlates among a nationally representative sample of Canadian females. *Canadian Journal of Public Health, 101*(2), 171–175.
- Canadian Centre on Substance Abuse (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final report*. Consulté à partir de <http://www.ccsa.ca/Eng/Priorities/Gambling/CPGI/Pages/default.aspx>.
- Chae, D. H., Takeuchi, D. T., Barbeau E. M., Bennett, G. G., Lindsey, J. C., Stoddard, A. M., & Krieger, N. (2008). Alcohol disorders among Asian Americans: Associations with unfair treatment, racial/ethnic discrimination, and ethnic identification (the national Latino and Asian Americans study, 2002-2003). *Journal of Epidemiology and Community Health, 62*(11), 973–979.
- Cox, B. J., Yu, N., Affi, T. O., & Ladouceur, R. (2005). A national survey of gambling problems in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*(4), 213–217.
- Currie, C. L., Schopflocher, D. P., & Wild, T. C. (2011). Prevalence and correlates of 12-month prescription drug misuse in Alberta. *Canadian Journal of Psychiatry, 56*(1), 27–34.
- Dell, C. A., Seguin, M., Hopkins, C., Tempier, R. Mehl-Madrona, L., Dell, D., Mosier, K. (2011). From benzos to berries: treatment offered at an Aboriginal youth solvent abuse treatment centre relays the importance of culture. *Canadian Journal of Psychiatry, 56*(2), 75–83.
- Dumont, J. (2005). *Premières Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) Cultural Framework*. Ottawa: February 2005. Ottawa : Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations. Consulté à partir de http://www.fnigc.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_General/developing-a-cultural-framework.pdf
- Environics Institute. (2010). *Urban Aboriginal peoples study*. Toronto: Author.
- Ferris, J., & Wynne, H. (2001). *Canadian PG Index: Final Report*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *Premières Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, youth and children living in communautés des Premières Nations*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Fischer, B., Rehm, J., & Hall, W. (2009). Cannabis use in Canada: The need for a 'public health' approach. *Canadian Journal of Public Health, 100*(2), 101–3.
- Herman-Stahl, M., Spencer, D. L., & Duncan, J. E. (2003). The implications of cultural orientation for substance use among American Indians. *American Indian & Alaska Native Mental Health Research: The Journal of the NationalCenter, 11*(1), 46–66.
- Hughes, J. R., Solomon, L. J., Livingston, A. E., Callas, P. W., & Peters, E. N. (2010). A randomized, controlled trial of NRT-aided gradual vs abrupt cessation in smokers actively trying to quit. *Drug and Alcohol Dependence, 111*(1–2), 105–13.
- Marshall, K., & Wynne, H. (2004). Against the odds: A profile of at-risk and problem gamblers. *Can Soc Trends, 11-008*, 25–29.
- McDonough, P., & Berglund, P. (2003). Histories of poverty and self-rated health trajectories. *Journal of Health and Social Behavior, 44*, 198–214.
- Mossakowski, K. N. (2008). Is the duration of poverty and unemployment a risk factor for heavy drinking? *Social science & medicine, 67*(6), 947–55.
- Oakes, J., & Currie, C. L. (2005). *Gambling and problem gambling in communautés des Premières Nations*. Winnipeg: Aboriginal Issues Press.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. (2010). Annual report 2010: The state of the drugs problem in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Reid, J. L., & Hammond, D. (2009). *Tobacco use in Canada: Patterns and trends, 2009 Edition*. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact.
- Shiffman, S., Ferguson, S. G., & Strahs, K. R. (2009). Quitting by gradual smoking reduction using nicotine gum: A randomized controlled trial. *American Journal of Preventative Medicine, 36*(2), 96–104.
- Silagy, C., Mant, D., Fowler, G., & Lancaster, T. (2000). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000*(3), CD000146.
- Smith, G., & Wynne, H. (2004). *VLT gambling in Alberta: A preliminary analysis*. Edmonton: Alberta Gaming Research Institute.
- Statistique Canada (2010). *Heavy drinking* (Catalogue No. 82-229-X).
- Tjepkema, M. (2004). *Alcohol and illicit drug dependence* (Catalogue 82-003). Ottawa: Statistique Canada.
- Whitbeck, L. B. (2006). Some guiding assumptions and a theoretical model for developing culturally specific preventions with Native American people. *Journal of Community Psychology, 34*(2), 183–92.
- Whitbeck, L. B., Chen, X., Hoyt, D. R., & Adams, G. W. (2004). Discrimination, historical loss and enculturation: Culturally specific risk and resiliency factors for alcohol abuse among American Indians. *Journal of Studies on Alcohol, 65*(4), 409–18.
- Whitbeck, L. B., Hoyt, D. R., McMorris, B. J., Chen, X., & Stubben, J. D. (2001). Perceived discrimination and early

- substance abuse among American Indian children. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(4), 405–23.
- Whitbeck, L. B., McMorris, B. J., Hoyt, D. R., Stubben, J. D., & Lafromboise, T. (2002). Perceived discrimination, traditional practices, and depressive symptoms among American Indians in the Upper Midwest. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(4), 400–18.
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), 20–47.
- Williams, R. J., & Simpson, R. I. (2008). Promising Practices in the Prevention of Problem Gambling. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre.
- Williams, R. J., & Wood, R. T. (2007). The proportion of Ontario gambling revenue derived from problem gamblers. *Canadian Public Policy*, 33(3), 367–388.
- Wynne, H. J. (2002). *Gambling and problem gambling in Saskatchewan: Final report*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Wynne, H. J., & McCready, J. (2005). *Examining Gambling and Problem Gambling in Ontario Aboriginal Communities*. Report prepared for the Ontario Federation of Indian Friendship Centres and the Métis Nation of Ontario. Guelph, ON: Ontario Problem Gambling Research Centre.
- Yang, S., Lynch, J. W., Raghunathan, T. E., Kauhanen, J., Salonen, J. T., & Kaplan, G. A. (2007). Socioeconomic and psychosocial exposures across the life course and binge drinking in adulthood: population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 165(2), 184–93.
- Young, T. K. (1994). *The health of Native Americans: Toward a biocultural epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Yu, M., Stiffman, A. R., & Freedenthal, S. (2005). Factors affecting American Indian adolescent tobacco use. *Addictive Behaviors*, 30(5), 889–904.

Chapitre 9

Santé sexuelle

SOMMAIRE

Ce chapitre présente les plus récentes données sur le comportement sexuel des adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et dans les collectivités nordiques, telles que recueillies dans le cadre de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10. La majorité des adultes des Premières Nations rapportent avoir eu un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Le fait d'avoir de nombreux partenaires sexuels est plus répandu chez les jeunes adultes des Premières Nations, en particulier chez les hommes. La proportion d'adultes qui utilisent un moyen de contraception ou de protection et qui ont subi un test de dépistage pour les infections transmissibles sexuellement (ITS) et le VIH-Sida est plus élevée chez les jeunes adultes des Premières Nations. Les femmes des Premières Nations sont plus susceptibles que les hommes d'avoir subi un test de dépistage pour les ITS et le VIH-Sida. De façon générale, le condom est la forme de protection la plus utilisée, avec environ 38 % des adultes des Premières Nations actifs sexuellement qui indiquent avoir utilisé des condoms au moins une fois. Malgré cela, seul un cinquième des adultes des Premières Nations indiquent « toujours » utiliser un condom. La raison la plus fréquemment citée pour justifier ne pas toujours utiliser un condom est le fait d'être avec un partenaire régulier. L'incidence de grossesses chez les jeunes adultes des Premières Nations est élevée : un tiers des adultes des Premières Nations indiquent avoir eu leur premier enfant avant l'âge de 18 ans. De plus, les grossesses chez les jeunes adultes des Premières Nations semblent être en hausse : une plus grande proportion de jeunes adultes des Premières Nations indiquent avoir eu leur premier enfant au cours de leur adolescence comparativement aux adultes plus âgés des Premières Nations. On observe des différences générationnelles également au plan de l'orientation sexuelle : une plus grande proportion de jeunes adultes des Premières Nations s'identifient comme homosexuel, bisexuel, ou bispirituel. Différents facteurs de risque relatifs aux comportements sexuels à risque ont également été examinés, principalement en ce qui concerne le niveau de revenu personnel, le niveau de scolarité et la consommation de substances.

PRINCIPAUX CONSTATS

- 72,1 % des adultes des Premières Nations déclarent être actifs sexuellement. Des adultes actifs sexuellement qui indiquent avoir eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédents (69,8 % de l'ensemble de la population). La majorité (79,3 %) des adultes des Premières Nations actifs sexuellement rapportent n'avoir eu qu'un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédents.
- Comparativement aux adultes des Premières Nations âgés de 30 ans et plus, les adultes de 18 à 29 ans (particulièrement les hommes) rapportent davantage avoir eu de multiples partenaires sexuels au cours des 12 mois précédents.
 - Le fait d'avoir moins de partenaires sexuels est associé à une plus grande scolarité, un revenu plus élevé, et l'absence de consommation de substances licites et illicites.
- 63,9% des adultes des Premières Nations qui déclarent être actifs sexuellement utilisent au moins un moyen de contraception ou de protection, tels que le coït interrompu, les condoms, les contraceptifs oraux, le Depo-Provera (injection), l'abstinence périodique (planification naturelle des naissances), la chirurgie (l'hystérectomie, la vasectomie), ou autre.
- Les condoms sont le moyen de contraception ou de protection le plus courant : ils sont utilisés par 38,3 % des adultes des Premières Nations. Environ un cinquième (21,2 %) des adultes des Premières Nations qui déclarent être actifs sexuellement rapportent également « toujours » utiliser un condom.
 - La proportion de ceux qui utilisent « toujours » un condom est moins élevée chez ceux ayant des niveaux de scolarité et de revenu plus élevés.
- La majorité des parents des Premières Nations ont au moins deux enfants : 20,6 % indiquent avoir un enfant, 44,1 % indiquent avoir deux ou trois enfants, 24,8 % indiquent avoir quatre ou cinq enfants, et 9,5 % indiquent avoir six enfants ou plus.
 - Le fait d'avoir des niveaux moins élevés de revenu et de scolarité est associé au fait d'avoir un plus grand nombre d'enfants, tandis que la consommation de substances licites et illicites est associée au fait d'avoir un moins grand nombre d'enfants.
- Les adultes des Premières Nations semblent avoir des enfants à un plus jeune âge. Environ deux cinquièmes (39,4 %) des adultes des Premières Nations âgés de 18 à 29 indiquent avoir eu leur premier enfant avant l'âge de 19 ans, comparativement à 16,6 % des adultes des Premières Nations âgés de 60 ans et plus.
- Une plus grande proportion de jeunes adultes des Premières Nations s'identifient comme homosexuel, bisexuel, ou bispirituel, comparativement aux adultes plus âgés des Premières Nations (4,6 % de ceux âgés de 18 à 24 ans vs 1,0 % de ceux âgés de 50 à 59 ans).
- Environ la moitié des adultes des Premières Nations qui sont actifs sexuellement déclarent avoir passé un test de dépistage pour une ITS (50,3 %) et le VIH-Sida (40,5 %). La tendance à subir un test semble décroître avec l'âge.
 - Une plus grande proportion de femmes que d'hommes déclarent avoir passé un test de dépistage pour une ITS et le VIH-sida ([58,0 % vs 43,7 %] et [49,9 % vs 32,5 %], respectivement).
 - La proportion d'adultes qui ont passé un test de dépistage est plus élevée chez ceux qui consomment des substances que chez ceux qui ne consomment pas de substances.

INTRODUCTION

Les données sur le comportement sexuel sont révélatrices de la santé holistique psychologique, physique, spirituelle et affective des adultes des Premières Nations. Par exemple, la santé mentale peut se traduire par des comportements de soins vis à vis soi-même dans les relations intimes (par ex., utilisation d'un moyen de protection ou de contraception), la santé physique peut être reflétée par les taux de maladies et d'infections transmissibles par le sang, la santé spirituelle peut être reflétée par la vision de la reproduction, et la santé affective peut être reflétée par la présence de relations amoureuses stables. Le but du présent chapitre est de résumer certains des plus récents résultats sur la santé sexuelle des adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et dans les collectivités nordiques.

La recherche révèle qu'une activité sexuelle avec de multiples partenaires est susceptible de faciliter la propagation des ITS et de contribuer à l'apparition de complications connexes, telles que l'infertilité (Eng & Butler, 2007; Reading, 2009). Comparativement aux adultes dans l'ensemble de la population canadienne, une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations indiquent avoir eu plus de trois partenaires sexuels au cours des 12 mois précédents : 5,6 % vs 13 %, respectivement (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2005; Santé Canada, 2009). En outre, une plus grande proportion d'hommes des Premières Nations rapportent avoir de multiples partenaires sexuels comparativement aux femmes des Premières Nations (CGIPN, 2005). L'écart entre les sexes par rapport au nombre de partenaires sexuels est semblable à celui dans l'ensemble de la population canadienne (CGIPN, 2005; Santé Canada, 2009).

En ce qui a trait à la prévalence des ITS et du VIH-Sida, aucune donnée fiable du point de vue statistique n'est disponible en ce qui concerne les populations des Premières Nations. Bien que l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) recueille des données pour les cas d'ITS confirmés en laboratoire, dont la chlamydia, la gonorrhée, et la syphilis infectieuse, présentés par chaque province et territoire, la plupart des cas ne comportent aucune donnée relative à l'ethnie. De plus, les données disponibles ne font aucune différence entre Premières Nations, Inuit, et Métis (Santé Canada, 2009). Néanmoins, les données suggèrent que le taux de certaines ITS est plus élevé chez les Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne. Par exemple, le taux de chlamydia génitale chez les adultes des Premières Nations est près de sept fois plus élevé que celui de

l'ensemble de la population canadienne (Santé Canada, 2003). Lorsque la chlamydia génitale n'est pas traitée, elle peut entraîner des complications graves, dont la maladie inflammatoire pelvienne et l'infertilité (Westrom, Joesoef, Reynolds, Hagdu, & Thompson, 1992).

Le Sida semble également problématique dans les communautés des Premières Nations. Une étude menée par l'Agence de santé publique du Canada a révélé que les Canadiens autochtones, dont les Premières Nations, les Inuit et les Métis, continuent d'être surreprésentés : les Autochtones composent 3,8 % de la population canadienne mais représentent 7,5 % des cas d'infections à VIH. De plus, les taux d'infections à VIH semblent être en hausse : avant 1991, seul 1,3 % des Autochtones était séropositif, comparativement à 13 % en 2002 (Agence de santé publique du Canada [ASPC], 2007; Statistique Canada, 2008). Finalement, les femmes autochtones semblent être davantage à risque de contracter le VIH que les femmes dans l'ensemble de la population canadienne : les femmes représentent 19,9 % des cas de VIH dans l'ensemble de la population canadienne, comparativement à 45,3 % des cas de VIH dans la population autochtone (Santé Canada, 2002, 2005).

Parallèlement aux taux plus élevés d'ITS chez les adultes des Premières Nations, on observe une prévalence élevée des grossesses non planifiées. Un tiers des adultes des Premières Nations ont eu leur premier enfant avant l'âge de 18 ans (CGIPN, 2005). Les taux de natalité chez les Premières Nations sont considérablement plus élevés que ceux dans l'ensemble de la population canadienne chez les 15 à 19 ans, les 20 à 24 ans, et les 25 à 29 ans (Santé Canada, 2005). Outre le fait d'avoir des enfants à un plus jeune âge, les adultes des Premières Nations ont également davantage d'enfants que les adultes dans l'ensemble de la population canadienne. Selon Affaires indiennes et du Nord Canada (2000), le nombre moyen d'enfants pour la population autochtone inscrite vivant dans les réserves est près de deux fois plus élevé que dans l'ensemble de la population canadienne, avec 2,1 enfants par famille.

Les taux plus élevés d'ITS et de grossesses peuvent être contrôlés par une utilisation accrue de moyens de protection. Des recherches ont démontré que de nombreux adultes des Premières Nations, particulièrement les jeunes adultes des Premières Nations, déclarent utiliser des moyens de contraception ou de protection. Malgré ces résultats, l'utilisation ne semble pas constante car peu d'adultes des Premières Nations indiquent « toujours » utiliser des condoms (CGIPN, 2005). À l'instar de ces résultats, d'autres recherches ont révélé que le taux d'utilisation de condoms lors de la dernière

relation sexuelle est plus bas chez les Autochtones que chez les Canadiens en général (Devries, Free, & Jategaonker, 2007; Devries, Free, Morison, & Saewyc, 2009a, 2009b; van der Woerd et al., 2005).

Ce chapitre présente les plus récentes données sur le comportement sexuel des adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et dans les collectivités nordiques. Ces résultats concernent notamment l'activité sexuelle, les comportements sexuels à risque, l'orientation sexuelle, et la reproduction. Des recherches antérieures ont révélé que le comportement sexuel est associé au mode de vie, tel que la consommation de substances, et le statut socioéconomique, notamment le statut d'emploi et le niveau de revenu (BC Ministry of Education, 2005; Devries et al., 2009a, 2009b; Statistique Canada, 1998). Enfin, le présent chapitre présente également une évaluation de l'incidence de facteurs de risque courants lors de comportements sexuels à risque afin d'aider à identifier de possibles secteurs d'intervention.

MÉTHODOLOGIE

Activité sexuelle

Les adultes des Premières Nations âgés de 18 ans et plus ont été invités à indiquer s'ils sont actifs sexuellement et, le cas échéant, s'ils avaient été actifs sexuellement au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Ceux qui ont répondu « oui » devaient alors indiquer combien de partenaires sexuels ils ont eu. Les réponses à cette question étaient codées comme « un partenaire », « deux ou trois partenaires », et « quatre partenaires ou plus ».

Contraception et protection

Tous les répondants qui indiquaient être actifs sexuellement étaient invités à indiquer quel moyen de contraception ou de protection suivant ils utilisent : coït interrompu, condoms, contraceptifs oraux, Depo-Provera (injection), abstinence périodique (planification naturelle des naissances), chirurgie (hystérectomie ou vasectomie), ou aucun; les répondants pouvaient sélectionner plus d'une réponse. Puis les répondants devaient indiquer s'ils utilisent des condoms « toujours », « la plupart du temps », « occasionnellement », ou « jamais ». Tous ceux qui n'indiquaient pas utiliser un condom « toujours » devaient ensuite indiquer la raison à partir d'une liste : « Votre partenaire ne voulait pas », « Vous étiez sous l'influence de l'alcool ou de la drogue », « Votre partenaire n'est pas atteint(e) du VIH-Sida », « Vous souhaitez tomber enceinte ou vous souhaitez que votre partenaire tombe enceinte », « Vous ne pouviez vous permettre d'en acheter », « vous étiez avec un(e) partenaire régulier/

régulière », « Vous n'aviez pas de condom avec vous à ce moment là », « Vous pensiez qu'il n'y avait pas de danger », « Vous n'avez pas pensé à utiliser un condom »; les répondants pouvaient sélectionner plus d'une réponse.

Reproduction

Les répondants qui indiquaient être actifs sexuellement étaient invités à indiquer combien d'enfants ils ont mis au monde ou de combien d'enfants ils sont le père. Les réponses étaient codées comme « Un enfant », « Deux ou trois enfants », « Quatre ou cinq enfants », et « Six enfants ou plus ». Ceux qui indiquaient avoir au moins un enfant devaient indiquer à quel âge ils ont eu leur premier enfant, et les réponses étaient codées comme « 12 à 15 ans », « 16 à 18 ans », « 19 à 25 ans », et « 26 ans ou plus ».

Orientation sexuelle

Les répondants étaient invités à indiquer s'ils s'identifient comme homosexuel, bisexuel ou bispirituel.

Dépistage des ITS et du VIH-Sida

Les répondants devaient indiquer s'ils ont déjà subi un test de dépistage pour les ITS ou le VIH-Sida.

Covariables

L'association des comportements sexuels avec le niveau de scolarité, le niveau de revenu personnel, et la consommation de substances a été examinée. Les études secondaires ont été codées comme une variable dichotomique (i.e., 2 catégories), et les réponses ont été codées comme « Études secondaires non complétées » et « Études secondaires complétées ». L'éducation postsecondaire a été créée comme une variable dichotomique, avec des réponses codées comme « Études secondaires seulement », « Scolarité postsecondaire », et comme variable catégorique avec des réponses codées comme « Aucunes études postsecondaires », « Scolarité postsecondaire », « Autre mise à niveau ou formation », « Diplôme universitaire », et « Diplôme d'études supérieures ». Le niveau de revenu personnel a été créé comme une variable dichotomique; les réponses étant codées comme « Moins de 20 000 \$ par année », et « 20 000 \$ par année ou plus ». Les variables de la consommation et du mésusage de substances étaient : fumeur actuel (oui/non), consommation massive (cinq consommations ou plus en une seule occasion) au cours des 12 mois précédant l'Enquête (oui/non), consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'Enquête (oui/non), et consommation d'autres drogues (cocaïne, amphétamines, hallucinogènes, sédatifs, opioïdes)

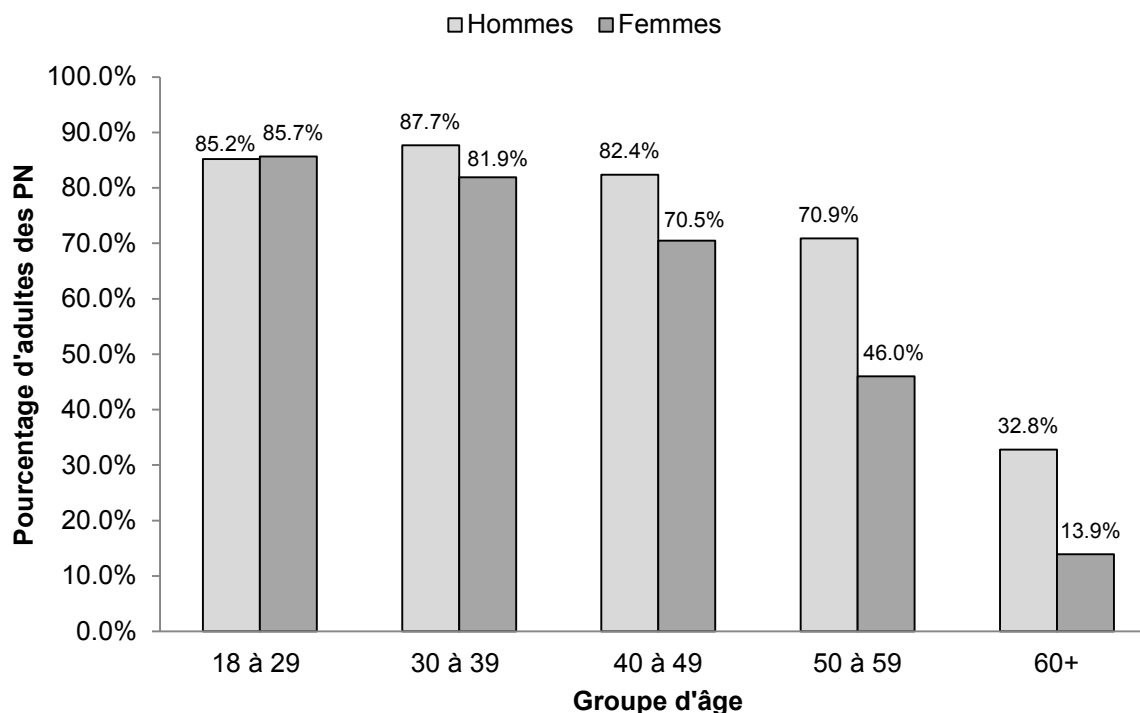
au cours des 12 mois précédant l'Enquête (oui/non). Un peu moins de trois quarts (72,1 %, 95 % IC

[70,8, 73,4]) des adultes des Premières Nations indiquent être actifs sexuellement (voir Figure 9.1).

RÉSULTATS

Activité sexuelle actuelle

Figure 9.1. Proportion d'adultes des Premières Nations qui sont actifs sexuellement, selon le groupe d'âge et le sexe



Nombre de partenaires sexuels

Parmi les adultes des Premières Nations qui indiquent avoir eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10, la majorité indique n'avoir eu qu'un seul partenaire sexuel (79,3 %, 95 % IC [77,3, 88,1]). Le nombre de partenaires sexuels varie selon l'âge et le sexe; une plus petite proportion de jeunes adultes – ceux âgés de 18 à 29 ans – en particulier des hommes, indique n'avoir eu qu'un seul partenaire sexuel au cours des 12 mois précédents, comparativement aux autres adultes (voir Tableau 9.1).

Tableau 9.1. Partenaires sexuels au cours des 12 mois précédents, selon le groupe d'âge et le sexe (parmi ceux qui ont eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédents, n = 5103)

Groupe d'âge	Sexe	Un partenaire	Deux ou trois partenaires	Quatre partenaires ou plus
18–29	homme	61,7	25,8	12,5
	femme	73,0*	20,0	7,0*
30–39	homme	82,1	12,0	5,9
	femme	82,1	16,8	1,2*
40–49	homme	81,9	14,0	4,1
	femme	91,3	8,4	F
50–59	homme	89,2	6,7	4,2
	femme	97,1*	F	F
60+	homme	92,5	4,7	F
	femme	98,7*	F	F

Note. F = Les données ne sont pas fournies en raison de la petite taille de l'échantillon ($n < 5$).

* différence significative au sein des groupes d'âge ($p < 0,05$)

La proportion d'adultes des Premières Nations qui

indiquent n'avoir qu'un seul partenaire sexuel est moins élevée parmi ceux qui n'ont pas complété leurs études secondaires, comparativement à ceux qui ont complété leurs études secondaires (76,5 % vs 83,1 %). En revanche, la proportion d'adultes ayant 2-3 partenaires (12,9 % vs 17,4 %) et 4 partenaires et plus (4,0 % vs 6,1 %) est plus élevée chez ceux qui n'ont pas complété leurs études secondaires comparativement à ceux pour qui c'est le cas.

La proportion d'adultes des Premières Nations qui indiquent avoir eu seulement un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédents est plus élevée chez ceux dont le revenu est de 20 000 \$ ou plus comparativement à ceux dont le revenu personnel est inférieur à 20 000 \$ (84,8 % vs 72,9 %). En revanche, la proportion d'adultes qui ont 2-3 partenaires sexuels est plus élevée chez ceux dont le revenu est inférieur à 20 000 \$ comparativement à ceux dont le revenu personnel est de 20 000 \$ ou plus (20,6 % vs 10,9 %).

La proportion d'adultes actifs sexuellement qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédents est plus grande chez ceux qui fument actuellement (24,4 % vs 15,2 %), qui ont consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents (35,1 % vs 11,1), qui ont consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents (25,4 vs 7,2 %), qui ont consommé des drogues illicites au cours des 12 mois précédents (autre que du cannabis, 45,4 % vs 15,0 %), et qui ont consommé de l'alcool de façon massive (32,5 % vs 12,7 %), comparativement à ceux qui n'ont pas eu ces comportements.

Moyens de contraception et de protection

Environ deux tiers (63,9 % (95 % IC [62,0, 65,8]) des adultes des Premières Nations qui rapportent être actifs sexuellement rapportent également utiliser au moins une forme de contraception ou de protection dans la liste suivante : coït interrompu, condoms, contraceptifs oraux, Depo-Provera (injection), abstinence périodique (planification naturelle des naissances), chirurgie (hystérectomie ou vasectomie). L'utilisation de moyens de contraception ou de protection est plus élevée chez les jeunes adultes des Premières Nations que chez les adultes plus âgés. On n'observe aucune différence entre les sexes.

Les condoms sont la forme de contraception ou de protection la plus courante; en effet, elle est rapportée par 38,3 % des adultes des Premières Nations. Plus d'un adulte des Premières Nations sur dix rapporte utiliser des contraceptifs oraux (13,6 %) ou avoir eu recours à la chirurgie (11,9 %). Toutes les autres formes de contraception et de protection ont été utilisées par

moins de 10 % des adultes des Premières Nations.

L'utilisation des condoms semble décliner avec l'âge : 67,8 % des adultes des Premières Nations qui déclarent être actifs sexuellement, âgés de 18 à 29 ans rapportent utiliser des condoms, comparativement à 41,8 % de ceux âgés de 30 à 39 ans, et à 23,9 % de ceux âgés de 40 à 49 ans. Le recours à la contraception chez les femmes décline également avec l'âge : 24,3 % des femmes des Premières Nations âgées de 18 à 29 ans indiquent utiliser un moyen de contraception ou de protection, comparativement à 15,9 % des femmes âgées de 30 à 39 ans. Les taux de chirurgie comme forme de contraception ou de protection augmentent avec l'âge : 19,3 % des femmes des Premières Nations âgées de 30 à 39 ans rapportent avoir eu recours à la chirurgie, comparativement à 31,4 % des femmes âgées de 40 à 49 ans.

On n'observe aucune association entre l'utilisation rapportée des moyens de contraception et de protection et le niveau de revenu personnel. Toutefois, une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui ont terminé leurs études secondaires indiquent utiliser au moins un moyen de contraception ou de protection, comparativement à ceux qui n'ont pas terminé leurs études secondaires.

Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui fument actuellement, qui ont consommé de l'alcool de façon excessive au cours des 12 mois précédents, ou qui ont consommé des drogues illicites au cours des 12 mois précédents rapportent utiliser un moyen de contraception ou de protection, comparativement à ceux qui ne rapportent pas consommer de substances illicites.

Utilisation du condom

Environ un cinquième (21,2 %, 95 % IC [19,6, 23,0]) des adultes des Premières Nations qui indiquent être actifs sexuellement indiquent également « toujours » utiliser un condom.

Une plus grande proportion d'adultes ayant un faible revenu (moins de 20 000 \$) rapportent « toujours » utiliser des condoms comparativement à ceux qui ont un revenu plus élevé (20 000 \$ ou plus) (24,4 % vs 15,6 %). On n'observe aucune différence entre ceux qui ont terminé leurs études secondaires et ceux qui ne les ont pas terminées en ce qui a trait au fait de « toujours » utiliser des condoms.

La raison la plus courante citée par les adultes des Premières Nations pour justifier ne pas « toujours » utiliser un condom est le fait qu'ils sont avec un partenaire régulier (60,0 %,

95 % IC [57,8, 62,1]); toutes les autres raisons pour ne pas utiliser un condom ont été rapportées par moins de 10 % des adultes des Premières Nations. Il est important de noter que 8,1 % (95 % IC [6,9, 9,5]) des adultes des Premières Nations rapportent ne pas « toujours » utiliser un condom parce que leur partenaire ne voulait pas.

Les raisons citées pour justifier le fait de ne pas « toujours » utiliser un condom varient selon le niveau de scolarité, le niveau de revenu personnel, et la consommation de substances. Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent consommer des substances licites ou illicites, ne pas avoir complété leurs études secondaires, ou avoir un revenu personnel moins élevé indiquent ne pas toujours utiliser un condom parce que leur partenaire ne veut pas (comparativement à ceux qui rapportent avoir complété leurs études secondaires, avoir un revenu plus élevé, et ne pas consommer de substances, $p < 0,05$). En revanche, une plus faible proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent consommer des substances licites ou illicites, ne pas avoir complété leurs études secondaires, ou avoir un revenu personnel moins élevé indiquent ne pas toujours utiliser un condom parce qu'ils ont un partenaire régulier (comparativement à ceux qui rapportent avoir complété leurs études secondaires, avoir un revenu plus élevé, et ne pas consommer de substances, $p < 0,05$). Finalement, une plus grande proportion d'adultes qui consomment des substances licites ou illicites indiquent ne pas « toujours » utiliser un condom parce qu'ils n'en avaient pas sur eux à ce moment (comparativement à ceux qui ne rapportent pas de consommation de substances; $p < 0,05$).

Nombre d'enfants

La majorité (77,8 %) des adultes des Premières Nations indiquent avoir au moins un enfant. Un parent des Premières Nations sur cinq (20,6 %) a un enfant; 44,1 % ont deux ou trois enfants; 24,8 % ont quatre ou cinq enfants; et 9,5 % indiquent avoir six enfants ou plus.

Le nombre d'enfants varie selon le niveau de scolarité et le revenu personnel des parents. Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui ont complété leurs études secondaires indiquent avoir 2 ou 3 enfants, et une plus faible proportion d'adultes ayant complété leurs études secondaires indiquent avoir plus de 4 enfants, comparativement à ceux qui n'ont pas complété leurs études secondaires ($p < 0,05$).

Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent une consommation d'alcool massive, une consommation de cannabis ou d'autres

drogues indiquent n'avoir aucun enfant ou 1 enfant comparativement à ceux qui ne rapportent pas de consommation de substances ($p < 0,05$).

Âge à la naissance du premier enfant

Parmi les adultes des Premières Nations qui indiquent avoir un enfant, 3,5 % indiquent avoir eu leur premier enfant entre l'âge de 12 et 15 ans, 28,3 % indiquent avoir eu leur premier enfant entre l'âge de 16 et 18 ans, 54,0 % indiquent avoir eu leur premier enfant entre l'âge de 19 et 25 ans, et 14,2 % indiquent avoir eu leur premier enfant à l'âge de 25 ans ou plus. De plus, les générations plus récentes semblent avoir eu leur premier enfant à un plus jeune âge : 39,4 % (95 % IC [35,0, 44,0]) des adultes des Premières Nations âgés de 18 à 29 ans indiquent avoir eu leur premier enfant avant 19 ans, comparativement à 16,6 % (95 % IC [12,6, 21,6]) des adultes des Premières Nations âgés de 60 ans et plus.

Les niveaux de scolarité et de revenu personnel sont associés à l'âge auquel les adultes des Premières Nations rapportent avoir eu leur premier enfant. La proportion d'adultes des Premières Nations qui ont eu leur premier enfant entre les âges de 13 et 18 ans est moins élevée chez les adultes qui ont complété leurs études secondaires, qui ont une éducation postsecondaire, et qui ont un revenu personnel plus élevé (comparativement à ceux qui ont moins d'éducation postsecondaire ou un revenu personnel moins élevé). En revanche, la proportion de ceux qui ont eu leur premier enfant après l'âge de 25 ans est plus élevée chez ceux qui ont complété leurs études secondaires, qui ont une éducation postsecondaire et qui ont un revenu personnel plus élevé.

La consommation de substances est également associée à l'âge auquel les adultes des Premières Nations rapportent avoir eu leur premier enfant. La proportion d'adultes qui ont eu leur premier enfant entre les âges de 13 et 18 ans est plus élevée chez ceux qui fument des cigarettes, consomment du cannabis et d'autres drogues (comparativement à ceux qui, présentement, ne fument pas, ne consomment pas de cannabis, ni d'autres drogues). En revanche, la proportion de ceux qui ont eu leur premier enfant après l'âge de 25 ans est plus élevée chez ceux qui, présentement, ne fument pas, ne consomment pas de cannabis ni d'autres drogues.

Orientation sexuelle

La proportion d'adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations qui rapportent être homosexuel, bisexuel, ou bispirituel

est légèrement plus élevée que dans l'ensemble de la population canadienne (2,7 %, 95 % IC [2,3, 3,3] vs 1,5 % [Statistique Canada, 2004], respectivement). En outre, l'identification comme homosexuel, bisexuel, ou bispirituel est plus courante chez les jeunes adultes des Premières Nations; 4,6 % (95 % IC [3,4, 6,3]) des adultes des Premières Nations âgés de 18 à 29 ans s'identifient comme homosexuel, bisexuel ou bispirituel comparativement à 1,0 %^E (95 % IC [0,6, 1,6]) des adultes des Premières Nations âgés de 50 à 59 ans.

Dépistage des ITS et du VIH-Sida

Environ la moitié des adultes des Premières Nations actifs sexuellement rapportent avoir subi un test de dépistage pour une ITS (50,3 %) ou le VIH-Sida (40,5 %). La tendance à subir un test de dépistage pour une ITS ou le VIH-Sida semble diminuer après l'âge de 40 ans; 58,6 % des adultes des Premières Nations âgés de 18 à 29 ans et 59,3 % des adultes des Premières Nations âgés de 30 à 39 ans rapportent avoir subi un test, comparativement à 41,4 % de ceux âgés de 40 à 49 ans, 30,5 % de ceux âgés de 50 à 59 ans, et 23,7 % de ceux âgés de 60 ans et plus. En outre, une plus grande proportion de femmes que d'hommes indiquent avoir subi un test de dépistage pour une ITS (58,0 % vs 43,7 %, 95 % IC [55,1, 60,9] et [40,9, 46,5 %], respectivement) et le VIH-Sida (49,9 % vs 32,5 %, 95 % IC [47,1, 52,7] et [29,9, 35,2], respectivement).

On n'observe aucune association entre la fréquence du dépistage d'une ITS ou du VIH-Sida et les niveaux de scolarité et de revenu personnel.

Bien qu'une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent consommer des substances, dont la consommation massive d'alcool, le tabagisme, la consommation de cannabis et d'autres drogues, indique avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10 (comparativement à ceux qui ne consomment pas de substance), ils sont également davantage susceptibles de rapporter avoir subi un test de dépistage pour une ITS. Une plus grande proportion d'adultes qui indiquent consommer de l'alcool de façon excessive, fumer actuellement, consommer du cannabis, et consommer d'autres drogues illicites rapportent avoir passé un examen de dépistage pour les ITS, comparativement à ceux qui ne rapportent pas avoir eu de tels comportements.

On observe la même tendance en ce qui concerne le dépistage du VIH-Sida.

DISCUSSION

Ce chapitre présente des données très attendues sur le comportement sexuel des adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et dans les collectivités nordiques. Un des constats notables est l'observation de taux de grossesse élevés chez les jeunes femmes adultes des Premières Nations. Les normes sociales au sein des communautés des Premières Nations peuvent contribuer à expliquer partiellement le taux de natalité élevé observé chez les jeunes adultes des Premières Nations, ainsi que leur utilisation irrégulière de moyens de contraception et de protection. Des recherches qualitatives à petite échelle révèlent que les femmes des Premières Nations rapportent de l'ambivalence, et même une connotation positive, par rapport à la possibilité de devenir enceinte, ce qui indique que la grossesse est acceptable chez les adolescentes (Devries & Free, 2011). De plus, la perception quant au fait d'être prête à avoir un enfant semble différer entre les communautés des Premières Nations et l'ensemble de la population. De nombreux adultes plus jeunes des Premières Nations estiment que le fait d'avoir une relation stable suffit pour avoir un enfant, plutôt que d'attendre d'avoir terminé leurs études ou d'avoir sécurisé un revenu (Devries & Free, 2011). De nombreux adultes autochtones ont également eu un enfant à un jeune âge, ce qui donne à penser que la grossesse chez les adolescentes est un sujet que les membres de la communauté préfèrent éviter (Devries & Free, 2011). Ces résultats suggèrent que les efforts requis pour retarder les grossesses chez les plus jeunes adultes des Premières Nations sont susceptibles de nécessiter des interventions visant à changer les normes sociales au sein des communautés des Premières Nations.

Les taux de natalité élevés sont également influencés par la spiritualité. Traditionnellement, la sexualité est considérée comme une force créatrice entre les hommes et les femmes, et les enfants sont considérés comme des cadeaux du Créateur. Ces valeurs culturelles et spirituelles peuvent représenter un défi supplémentaire pour les membres des communautés qui tentent de changer les normes sociales relatives aux naissances étant donné qu'une réaction critique face à ces grossesses pourrait être vue comme irrespectueuse.

En ce qui concerne l'utilisation de moyens de contraception et de protection, les données de l'ERS 2008-10 indiquent que les adultes des Premières Nations qui ont plus de partenaires sexuels sont plus susceptibles d'utiliser des moyens de contraception et de protection et d'avoir subi un test de dépistage pour une ITS. Ces résultats suggèrent que plusieurs adultes des Premières Nations sont

conscients des risques possiblement liés au fait d'avoir de multiples partenaires sexuels. Malheureusement, les données provenant d'autres sources révèlent que l'utilisation de moyens de contraception ou de protection ne se traduit pas en taux moins élevés d'ITS; les taux de chlamydia génitale et de VIH semblent être plus élevés chez les adultes des Premières Nations que chez les adultes dans l'ensemble de la population canadienne. Ici, comme pour les taux de grossesses, cela peut s'expliquer par le fait que, bien qu'ils rapportent utiliser des moyens de contraception ou de protection, les adultes des Premières Nations peuvent ne pas utiliser ces moyens de façon régulière. Diverses raisons peuvent expliquer cela, dont le fait d'être avec un partenaire régulier, de ne pas vouloir en utiliser, ou d'être sous l'influence de substances licites ou illicites. Une sensibilisation accrue quant à l'importance de l'utilisation régulière de moyens de protection pour réduire les risques d'ITS peut être une avenue nécessitant davantage d'efforts d'intervention.

Finalement, les résultats de l'ERS 2008-10 mettent en lumière les facteurs socioéconomiques étroitement liés au comportement sexuel. Il apparaît clairement que les niveaux moins élevés de scolarité et de revenu personnel sont associés au fait d'avoir des comportements sexuels à risque. Ces résultats confirment le fait que les déterminants de la santé sont profondément ancrés. Il a été démontré que les disparités socioéconomiques, jumelées aux traumatismes vécus par les Premières Nations, dont les sévices sexuels, la colonisation, les pensionnats, et le racisme, entraînent un sentiment de perte de contrôle sur sa vie - dont des sentiments de solitude et d'isolement, lesquels affectent l'estime de soi et l'autoefficacité – ce qui résulte en la réduction du désir de faire des efforts pour se protéger ou d'éviter les comportements sexuels à risque (Reading, 2009). Des interventions ciblées en santé sexuelle doivent être élaborées en tenant compte de ces facteurs, car il est peu probable que des interventions non pertinentes culturellement aient une incidence significative dans les communautés des Premières Nations.

CONCLUSIONS

La plus récente phase de l'ERS met au jour des domaines où l'on constate du progrès tout autant que des domaines qui restent à améliorer du point de vue de la santé sexuelle des adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations. La majorité des adultes des Premières Nations rapportent être dans une relation monogame, utiliser un moyen de contraception ou de protection au moins parfois, et semblent considérer les comportements sexuels à risque, tels qu'avoir de multiples partenaires, comme une raison pour accroître

l'utilisation de moyens de contraception ou de protection et la fréquence des tests de dépistage pour une ITS. En revanche, une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves ou dans les collectivités nordiques indiquent avoir de multiples partenaires sexuels et avoir des enfants à un plus jeune âge, comparativement aux adultes dans l'ensemble de la population canadienne. Tous ces constats sont influencés à un certain degré par des facteurs culturels et socioéconomiques et par le mode de vie. Malgré l'influence complexe de nombreuses variables sur la santé sexuelle des adultes des Premières Nations, ce chapitre propose différentes pistes de recherche, met au jour des domaines où davantage de recherche est requise, et suggère des secteurs d'intervention possibles.

RÉFÉRENCES

- Affaires indiennes et du Nord Canada. (2000). *Comparison of social conditions, 1991 and 1996: Registered Indians, Registered Indians qui vivent dans les réserves and the total population of Canada*. Ottawa: Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Agence de santé publique du Canada. (2007). HIV/AIDS Updates, Surveillance and Risk Assessment Division, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.
- BC Ministry of Education. (2005). *Aboriginal Report—How are we doing? Public schools only*. Victoria: BC Ministry of Education.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, youth and children qui vivent dans les communautés des Premières Nations*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Devries, K.M., & Free, C.J. (2011). "It's Not Something You Have to Be Scared About": Attitudes toward pregnancy and fertility among Canadian Aboriginal young people. *Journal of Aboriginal Health*, 8-15.
- Eng, T., & Butler, W. (2007). *The hidden epidemic: Confronting sexually transmitted diseases*. Washington DC: Committee on Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases, Institute of Medicine.
- Reading, J. (2009). *The crisis of chronic disease among aboriginal peoples: A challenge for public health, population health and social policy*. Victoria: University of Victoria Centre for Aboriginal Health Research.
- Santé Canada. (2002). HIV/AIDS among aboriginal persons in Canada: A continuing concern. *VIH-Sida Epi Update*. April. Ottawa: Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.
- Santé Canada. (2003). A statistical profile on the health of First Nations living in Canada.
- Santé Canada. (2005). A statistical profile on the health of First

- Nations in Canada. Catalogue no. H35-4/30-2000.
- Santé Canada. (2009). A statistical profile on the health of First Nations in Canada—Determinants of health, 1999 to 2003. Catalogue no. H34-193/1-2008.
- Statistique Canada. (1998). 1996 Census: Sources of income, earnings and total income, and family income. Ottawa: Statistique Canada.
- Statistique Canada. (2004). Sexual orientation and victimization. Canadian Centre for Justice Statistics, 2008, catalogue no. 85F0033M – no. 016.
- Statistique Canada. (2008). Aboriginal Peoples Highlight Tables, 2006 Census. Catalogue no. 97-558-XWE2006002.
- van der Woerd, K. A., Dixon, B. L., McDiarmid, T., Chittenden, M., Murphy, A., & The McCreary Centre Society. (2005). *Raven's children II: Aboriginal youth health in BC*. Vancouver, BC: The McCreary Centre Society.
- Westrom, L., Joesoef, R., Reynolds, G., Hagdu, A., & Thompson, S. E. (1992). Pelvic inflammatory disease and fertility. *Sexually Transmitted Diseases*, 19, 185.F

Chapitre 10

Maladies chroniques

SOMMAIRE

Le présent chapitre examine la prévalence et les déterminants des maladies chroniques chez les adultes des Premières Nations âgés de 18 ans et plus qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Les résultats révèlent que 62,6 % des adultes des Premières Nations indiquent avoir reçu un diagnostic d'au moins une maladie chronique. La prévalence de maladies chroniques et de maladies chroniques comorbides (deux maladies chroniques ou plus) augmente avec l'âge. À 60 ans, environ la moitié des adultes des Premières Nations ont reçu un diagnostic de quatre maladies chroniques ou plus. La prévalence est plus élevée chez les femmes des Premières Nations pour la majorité des maladies chroniques. Les maladies chroniques les plus courantes rapportées par les adultes des Premières Nations sont l'hypertension artérielle, le diabète, l'arthrite, et les maux de dos chroniques. Depuis la dernière Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (2002-03), une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations indiquent avoir reçu un diagnostic d'hypertension artérielle (21,8 % vs 13,4 %), de troubles de l'estomac et intestinaux (9,8 % vs 7,7 %), et de troubles d'apprentissage (3,6 % vs 2,2 %). Les adultes qui ont au moins une maladie chronique semblent moins bien s'en tirer que ceux qui n'ont pas de maladie chronique. On observe des écarts au plan du niveau de scolarité, d'une activité rémunérée, des comportements relatifs à la santé (par ex., l'activité physique, la consommation de drogues), de l'état d'harmonie perçu (i.e., physique, affectif, psychologique), des symptômes de dépression, ainsi que des pensées suicidaires et des tentatives de suicide. En raison des difficultés auxquelles font face les adultes ayant une maladie chronique, il est impératif d'améliorer le statut de santé des adultes des Premières Nations qui sont à risque d'avoir, ou qui ont reçu, un diagnostic de maladie chronique.

PRINCIPAUX CONSTATS

- La majorité (62,6 %) des adultes des Premières Nations déclare avoir au moins une maladie chronique. On n'observe aucun changement à la prévalence du fait d'avoir au moins une maladie chronique depuis l'ERS 2002-03 (61,6 %).
- Les maladies chroniques les plus souvent rapportées sont l'hypertension artérielle (21,8 %), l'arthrite (19,9 %), les allergies (18,0 %), les maux de dos chroniques (16,2 %), et le diabète (16,2 %).
- Depuis l'ERS 2002-03, une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations a reçu un diagnostic d'hypertension artérielle (21,8 % vs 13,4 %), de troubles de l'estomac et intestinaux (9,8 % vs 7,7 %), et de troubles de l'apprentissage (3,6 % vs 2,2 %).
- Pareillement à ce qui avait été observé dans l'ERS 2002-03, une plus grande proportion de femmes des Premières Nations déclare avoir au moins une maladie chronique (66,0 %), comparativement aux hommes des Premières Nations (59,3 %).
- La prévalence des maladies chroniques et de la comorbidité des maladies chroniques augmente avec l'âge.
- Une plus grande proportion de ceux ayant au moins une maladie chronique évaluent leur état de santé comme « passable » ou « mauvais » (33,6 % vs 6,5 %), et indiquent que leur état de santé s'est dégradé au cours de l'année précédente (19,4 % vs 6,0 %), comparativement à ceux n'ayant aucune maladie chronique.
- Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations ayant au moins une maladie chronique (comparativement à ceux n'ayant pas de maladie chronique) :
 - sont en surpoids (79,2 % vs 67,5 %),
 - sont rarement actifs physiquement (50,3 % vs 39,7 %),
 - rapportent un état de dépression modéré ou grave (56,4 % vs 39,8 %),
 - rapportent des pensées suicidaires (24,3 % vs 17,7 %),
 - rapportent une tentative de suicide (14,9 % vs 9,5 %),
 - rapportent la consommation de sédatifs ou de somnifères (6,3 % vs 3,7 %) sans ordonnance
- De façon générale, la majorité de ceux ayant reçu un diagnostic de maladie chronique ont été traités pour leur maladie chronique. Une plus grande proportion de femmes des Premières Nations (comparativement aux hommes) a cherché à bénéficier d'un traitement pour leur maladie chronique.

INTRODUCTION

De nombreux éléments probants confirment que le statut de santé des adultes des Premières Nations est moins bon que celui de l'ensemble de la population canadienne (Allard, Wilkins, & Berthelot, 2004; Anand et al., 2001; Macaulay, 2009). Les adultes des Premières Nations ont des taux plus élevés de maladies chroniques, dont le diabète, les maux de dos, l'hypertension artérielle et l'arthrite (Dyck, Osgood, Lin, Gao, & Stang, 2010; Statistique Canada, 2004; Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005). De nombreuses raisons peuvent expliquer le fait que les Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations sont davantage à risque de développer une maladie chronique. Par exemple, de nombreux déterminants de la santé, c'est-à-dire des variables qui permettent de prédire une bonne santé, telles que la scolarité, une activité rémunérée, l'accès aux soins de santé, les pratiques en matière de santé personnelle, et le fait de ne pas être victime de discrimination, sont plus difficiles à obtenir dans les communautés des Premières Nations (Santé Canada, 2009). Les écarts au plan de ces déterminants de la santé et d'autres, dont la consommation de substances et l'obésité, rendent les adultes des Premières Nations davantage à risque de développer des maladies chroniques.

Une surveillance continue de la santé dans les communautés des Premières Nations est essentielle pour déterminer la prévalence des maladies chroniques, pour identifier les problèmes de santé émergents, les facteurs de risque et les déterminants de la santé, ainsi que pour être en mesure d'observer les changements avec le temps. Il est nécessaire d'avoir de l'information précise et à jour pour établir des priorités, guider l'allocation des ressources et évaluer le succès des politiques et des programmes existants.

Ce chapitre présente un sommaire des données de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 sur les maladies chroniques chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations, et propose une comparaison avec les données de l'ERS 2002-03. La répartition de 28 maladies chroniques ainsi que leur variation selon les données démographiques, telles que l'âge et le sexe, sont analysées. Ce chapitre compare également les adultes des Premières Nations avec ou sans maladie chronique par rapport à divers facteurs de risque et déterminants de la santé, dont le revenu, la scolarité, l'obésité et la consommation de substances. Finalement, la perception des obstacles aux soins de santé est également examinée.

MÉTHODOLOGIE

Les analyses sont fondées sur les données relatives aux adultes des Premières Nations âgés de 18 ans et plus qui vivent dans les communautés des Premières Nations. Les adultes des Premières Nations ont été invités à indiquer si un professionnel de la santé leur avait dit qu'ils avaient une des maladies chroniques suivantes : arthrite, maux de dos chroniques, rhumatisme, ostéoporose, asthme, bronchite chronique, emphysème, allergies, cataractes, glaucome, cécité ou troubles graves de la vue qui ne peuvent être corrigés par des lunettes, déficience auditive, épilepsie, trouble psychologique ou nerveux, trouble cognitif ou mental, Trouble déficitaire de l'attention ou Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/TDAH), trouble d'apprentissage, cardiopathie, hypertension artérielle, effets d'un accident cérébrovasculaire (hémorragie cérébrale), troubles thyroïdiens, cancer, trouble hépatique (autre que l'hépatite), troubles de l'estomac ou intestinaux, VIH-Sida, hépatite, tuberculose, ou diabète.

Les réponses des participants aux variables de maladies chroniques ont été codées pour créer une variable dichotomique (2 catégories) : *au moins une maladie chronique* versus *aucune maladie chronique*. Pareillement, la recherche de traitement a également été dichotomisée en *suit un traitement pour une maladie chronique* versus *ne suit pas de traitement pour une maladie chronique*. Pour évaluer la comorbidité des maladies chroniques, les participants ont été classés comme n'ayant aucune, ou une, deux, trois ou quatre maladies chroniques ou plus.

Le croisement des données a permis d'évaluer si les adultes ayant au moins une maladie chronique diffèrent de ceux qui n'ont aucune maladie chronique en ce qui a trait aux variables et comportements liés à la santé compris dans les données de l'ERS ou en découlant [âge, sexe, consommation de substances (tabagisme, consommation d'alcool, consommation de drogues illicites), perception de l'harmonie personnelle (physique, affectives, psychologique, spirituelle), pensées suicidaires, tentatives de suicide, et recours à la médecine traditionnelle], Les pourcentages et les intervalles de confiance de 95 % (95 % IC) sont rapportés.

RÉSULTATS

Prévalence des maladies chroniques

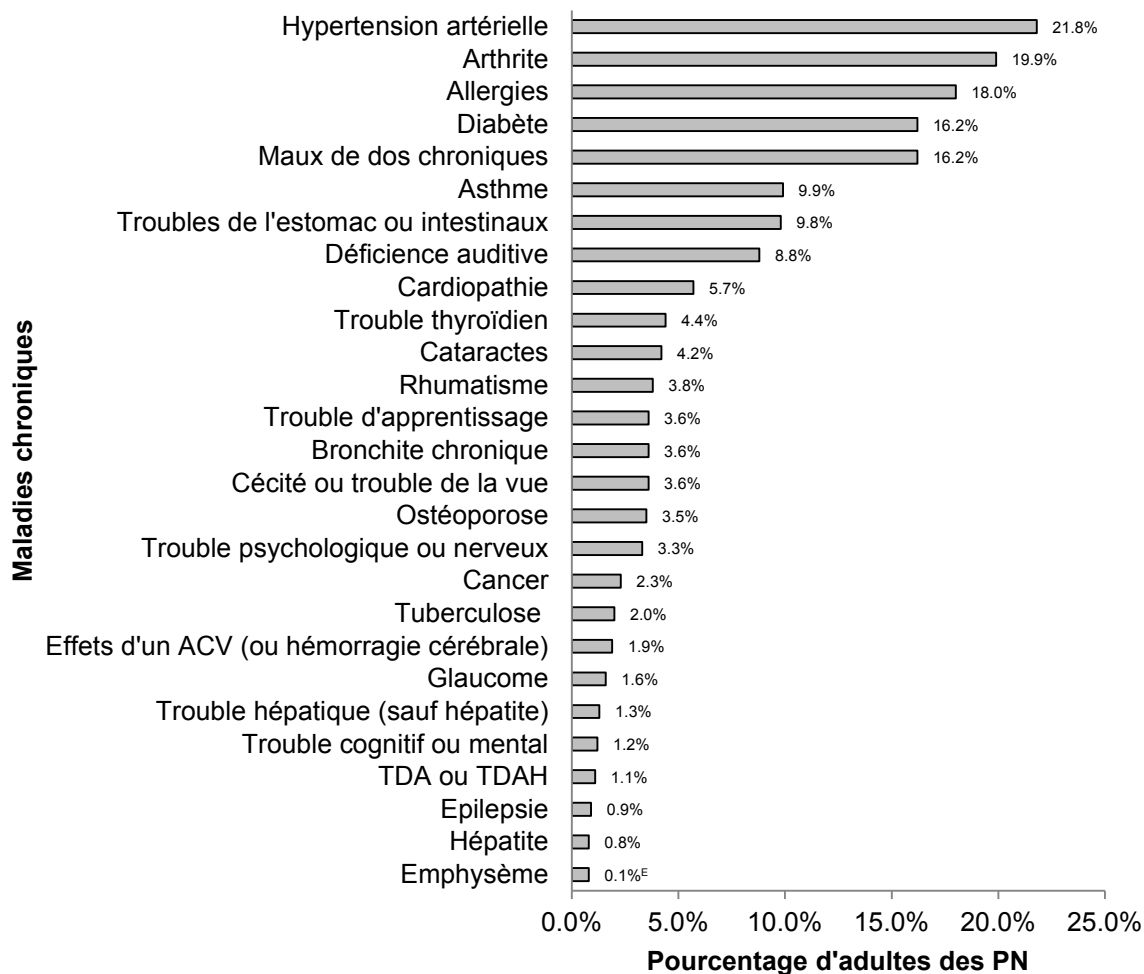
Prévalence des maladies chroniques

La majorité des adultes des Premières Nations indiquent avoir reçu un diagnostic d'au moins une maladie

chronique (62,6 %, 95 % IC [60,9, 64,3]). On n'observe aucun changement depuis l'ERS 2002-03 (61,6 %, 95 % IC [59,6, 63,7]). La Figure 10.1 présente un sommaire de la prévalence des maladies chroniques. Les maladies chroniques les plus fréquemment rapportées sont l'hypertension artérielle (21,8 %), l'arthrite (19,9 %), les allergies (18,0 %), les maux de dos chroniques (16,2 %), et le diabète (16,2 %).

Depuis l'ERS 2002-03, une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations indiquent avoir reçu un diagnostic d'hypertension artérielle (21,8 % vs 13,4 %) de troubles de l'estomac ou intestinaux (9,8 % vs 7,7 %), et de troubles d'apprentissage (3,6 % vs 2,2) (95 % IC [20,6, 23,0], [12,3, 14,7], [9,1, 10,7], [6,7, 8,7], [3,0, 4,4], [1,7, 2,7] respectivement).

Figure 10.1. Prévalence des maladies chroniques



^E Variabilité élevée de l'échantillonnage. Utiliser les données avec prudence.

Note: Les résultats pour le VIH-Sida ont été supprimés en raison de la très grande variabilité de l'échantillonnage.

Répartition selon le sexe

On observe des différences entre les sexes dans la prévalence des maladies chroniques. De façon générale, une plus grande proportion de femmes des Premières Nations indique avoir reçu un diagnostic d'au moins une maladie chronique, comparativement aux hommes (66,0 % vs 59,3 %). Toutefois, on observe une certaine

variation dans la répartition des maladies chroniques entre les hommes et les femmes des Premières Nations lorsque l'on examine des maladies chroniques précises. Par exemple, une plus grande proportion de femmes des Premières Nations indiquent avoir reçu un diagnostic de diabète (18,0 % vs 14,5 %), d'allergies (23,0 % vs 13,1 %), d'arthrite (24,1 % vs 15,9 %), d'ostéoporose (5,6 % vs 1,3 %), trouble thyroïdien

(7,1% vs. 1,7%), asthme (13,1% vs. 6,7%) troubles de l'estomac ou intestinaux (12,1% vs. 7,6%), et bronchite chronique (4,9% vs. 2,3%) . En revanche, une plus grande proportion d'hommes des Premières Nations indique avoir reçu un diagnostic de cardiopathie (6,7 % vs 4,8 %), et déficience auditive (10.0% vs. 7.4%).

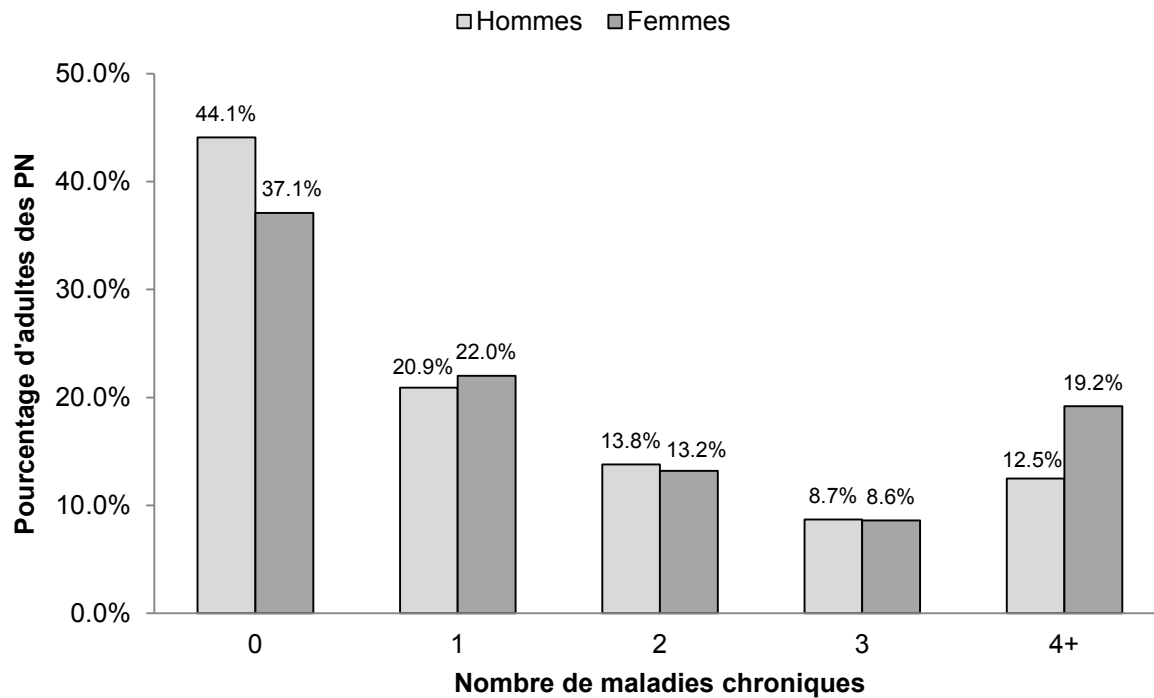
Comorbidité des maladies chroniques selon le sexe

Près de 40 % des adultes des Premières Nations

indiquent avoir plus d'une maladie chronique : 14,2 % rapportent deux maladies chroniques; 9,1 % rapportent trois maladies chroniques; et 16,7 % rapportent avoir quatre maladies chroniques.

Les femmes des Premières Nations semblent particulièrement à risque élevé de comorbidité : près de 20,1 % des femmes des Premières Nations indiquent avoir quatre maladies chroniques ou plus, comparativement à 13,3 % des hommes (voir Figure 10.2).

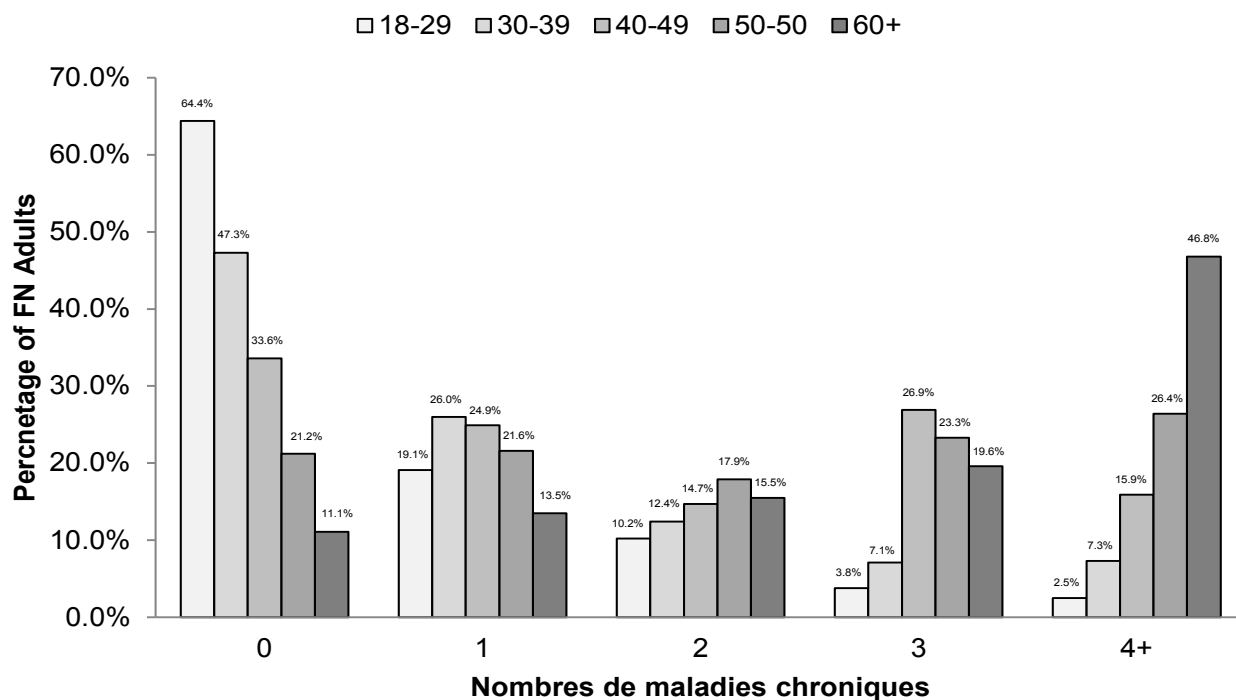
Figure 10.2. Nombre de maladies chroniques, selon le sexe



Comorbidité des maladies chroniques selon l'âge

Les adultes des Premières Nations ont été subdivisés en cinq groupes d'âge : 18–29, 30–39, 40–49, 50–59 et 60-et plus. À mesure que l'âge augmente, le pourcentage d'adultes des Premières Nations qui indiquent ne pas avoir de maladie chronique diminue, passant d'environ 61,4 % de ceux âgés de 18 à 29 ans à 10,1 % de ceux âgés de 60 ans et plus (voir Figure 10.3). Le nombre d'adultes des Premières Nations qui indiquent avoir quatre maladies chroniques ou plus augmente avec l'âge, passant de 2,7 % de ceux âgés de 18 à 29 ans à 47,3 % de ceux âgés de 60 ans et plus.

Figure 10.3. Nombre de maladies chroniques, selon le groupe d'âge



Maladies chroniques et perceptions de la santé

Lorsque les adultes des Premières Nations ont été invités à décrire leur état de santé, une plus grande proportion de ceux qui ont au moins une maladie chronique ont évalué leur état de santé comme « passable à mauvais » (33,6 % vs 6,5 %) et ont indiqué que leur état de santé s'est détérioré au cours de l'année précédente (19,4 % vs 6,0 %), comparativement à ceux qui n'ont pas de maladie chronique.

Maladies chroniques et déterminants de la santé

Maladies chroniques et emploi et scolarité

De façon générale, une plus grande proportion d'adultes qui n'ont pas d'activité rémunérée actuellement rapportent avoir un problème de santé (arthrite, maux de dos chroniques, rhumatisme, ostéoporose, bronchite chronique, cataractes, cécité/problèmes graves de la vue, déficience auditive, trouble de l'apprentissage, maladie cardiaque, effets d'un AVC, cancer, et maladie hépatique), comparativement à ceux qui ne sont pas dans cette situation.

De même, une plus grande proportion de ceux qui n'ont pas terminé leurs études secondaires rapportent avoir une maladie chronique (arthrite, rhumatisme, cataractes, cécité/problèmes graves de la vue, déficience auditive, maladie cardiaque, effets d'un AVC, cancer, maladie hépatique et diabète), comparativement

à ceux qui ne sont pas dans cette situation.

Maladies chroniques et comportements à risque

Consommation d'alcool. Une plus faible proportion de ceux qui ont un problème de santé rapportent une consommation excessive d'alcool au cours de l'année précédente (48,7 %), comparativement à ceux qui n'ont pas de problème de santé (64,7 %).

Tabagisme. De façon générale, une plus faible proportion d'adultes des Premières Nations ayant une maladie chronique rapporte fumer actuellement, comparativement à ceux qui n'ont pas de maladie chronique (53,6 % vs 61,4 %). On observe toutefois des exceptions : une plus grande proportion de ceux ayant des maux de dos chroniques (61,8 % vs 55,9 %), un trouble psychologique ou nerveux (65,7 % vs 56,3 %), et l'hépatite (73,4 % vs 56,5 %) rapporte fumer actuellement, comparativement à ceux qui n'ont pas ces maladies chroniques.

Consommation de drogues illicites. De façon générale, une plus faible proportion d'adultes des Premières Nations ayant une maladie chronique rapporte une consommation de cannabis au cours de l'année précédente (26,5 % vs 40,0 %), de cocaïne (6,5 % vs 9,9 %), d'amphétamines (2,1 % vs 4,0 %, et d'hallucinogènes (3,4 % vs 5,0 %), comparativement à ceux qui n'ont pas de maladie chronique.

Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations ayant une maladie chronique rapporte une consommation de sédatifs et somnifères (6,3 % vs 3,7 %) sans ordonnance, comparativement à ceux qui n'ont pas de maladie chronique.

Maladies chroniques et obésité

Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations ayant une maladie chronique sont en surpoids, obèses ou souffrent d'obésité morbide, comparativement à ceux qui n'ont pas de maladie chronique (79,2 % vs 67,5 %).

Maladies chroniques et comportements relatifs à la santé

Repas équilibrés. Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations ayant une maladie chronique rapporte avoir de la difficulté à se permettre des repas équilibrés, comparativement à ceux qui n'ont pas de maladie chronique (46,2 % vs 35,3 %).

Niveau d'activité. Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations ayant une maladie chronique rapportent être rarement actifs physiquement, comparativement à ceux qui n'ont pas de maladie chronique (50,3 % vs 39,7 %).

Examen de routine au cours de l'année précédente. Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations ayant une maladie chronique rapporte avoir eu un examen physique complet (47,6 % vs 30,4 %), un test de cholestérol (50,0 % vs 20,2 %), un examen de la vue (59,9 % vs 45,0 %), un contrôle de la pression artérielle (75,3 % vs 46,4 %) et un test de glycémie (66,4 % vs 35,8 %), comparativement à ceux qui n'ont pas de maladie chronique.

Maladies chroniques et sentiment d'harmonie.

Une plus faible proportion d'adultes des Premières Nations ayant une maladie chronique rapporte se sentir en harmonie aux plans physique (69,1 % vs 80,4 %), affectif (70,7 % vs 77,7 %), et psychologique (73,6 % vs 78,7 %), comparativement à ceux qui n'ont pas de maladie chronique.

Maladies chroniques et dépression et suicide

Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations ayant une maladie chronique rapporte des taux modérés à élevés de dépression (56,4 % vs 39,8), de pensées suicidaires (24,3 % vs 17,7 %), et de tentatives de suicide (14,9 % vs 9,5 %), comparativement à ceux qui n'ont pas de maladie chronique.

Maladies chroniques et pensionnats

Une plus grande proportion d'adultes des Premières

Nations qui ont fréquenté un pensionnat rapporte avoir reçu un diagnostic d'au moins une maladie chronique, comparativement à ceux qui n'ont pas fréquenté un pensionnat (76,1 % vs 59,1 %).

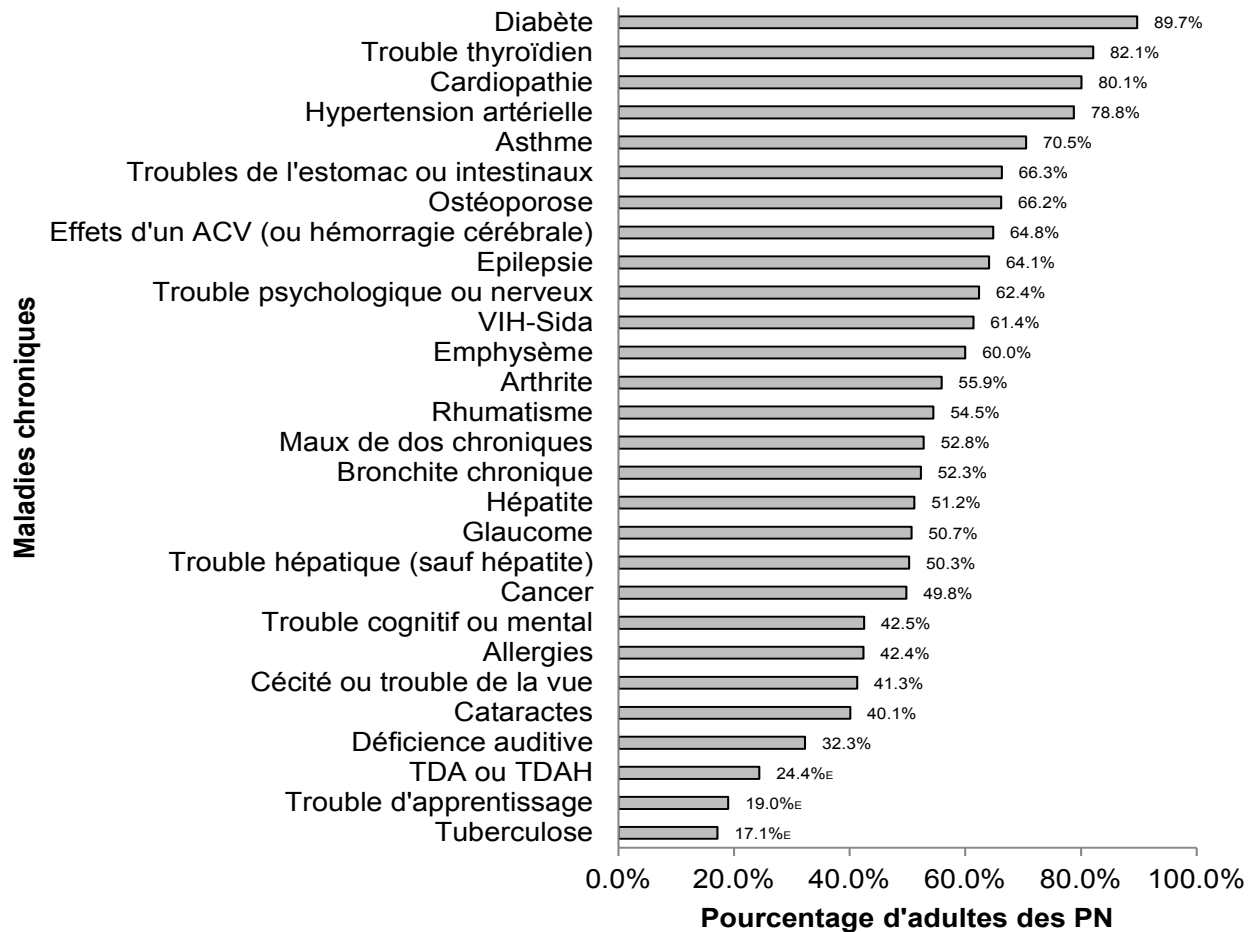
Maladies chroniques et traitement

On observe toutefois une grande variation dans la recherche de traitement selon la maladie chronique dont ils souffrent (voir Figure 10.4).

Différences entre les sexes concernant la recherche de traitement. De façon générale, une plus grande proportion de femmes des Premières Nations ayant une maladie chronique rapportent suivre un traitement pour celle-ci, comparativement aux hommes (y compris les traitements pour les maux de dos chroniques, le rhumatisme, la bronchite chronique, et les allergies). Toutefois, une plus grande proportion d'hommes rapportent suivre un traitement pour le diabète actuellement.

Guérisseurs traditionnels. Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations ayant une maladie chronique rapporte avoir consulté un guérisseur traditionnel, comparativement à ceux qui n'ont pas de maladie chronique (43,2 % vs 26,9 %).

Figure 10.4. Pourcentage d'adultes des Premières Nations ayant une maladie chronique qui veulent être traités



^E Variabilité élevée de l'échantillonnage. Utiliser les données avec prudence. Note : Les résultats pour le VIH-Sida ont été supprimés en raison de la très grande variabilité de l'échantillonnage.

DISCUSSION

Les résultats de l'ERS 2008-10 révèlent une prévalence élevée des maladies chroniques chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Soixante-trois p. cent des adultes des Premières Nations rapportent avoir au moins une maladie chronique; les plus courantes étant l'hypertension artérielle, l'arthrite, les maux de dos et le diabète. La comorbidité des maladies chroniques est également répandue. À 60 ans, environ la moitié des adultes des Premières Nations rapportent avoir quatre maladies chroniques ou plus.

Les adultes des Premières Nations ayant au moins une maladie chronique sont désavantagés de différentes façons comparativement à ceux qui n'ont pas de maladie chronique. Une plus grande proportion de ceux ayant une maladie chronique n'ont pas complété leurs études

secondaires, n'ont pas d'activité rémunérée, sont rarement actifs physiquement, sont en surpoids, obèses ou souffrent d'obésité morbide, ont fait un mésusage de médicaments d'ordonnance, ont de la difficulté à se permettre des repas équilibrés, rapportent moins un sentiment d'harmonie (physique, affectif, ou psychologique), rapportent des taux modérés à élevés de dépression, et ont eu des pensées suicidaires ou fait des tentatives de suicide.

Malgré les défis précédemment mentionnés auxquels font face les adultes ayant une maladie chronique, on observe des résultats positifs, en particulier en ce qui a trait à la recherche de traitement. Bien que les comportements liés à la recherche de traitement varient selon la maladie chronique, la majorité des adultes des Premières Nations rapportent chercher à obtenir un traitement pour leur maladie chronique.

Il est important de noter qu'en raison de la nature

transversale de cette enquête, les liens de causalité des maladies chroniques demeurent inconnus. Par exemple, nous ne savons pas si les déterminants de la santé précités sont à l'origine des maladies chroniques (par ex., l'obésité est un facteur de prédiction du diabète), si les maladies chroniques entraînent les déterminants de la santé précités (par ex., avoir un accident cérébrovasculaire entraîne une diminution de l'activité physique), ou si les déterminants de la santé précités ainsi que les maladies chroniques sont causés par un troisième facteur. Il est cependant évident que ceux qui indiquent avoir au moins une maladie chronique sont clairement désavantagés comparativement à ceux qui ne rapportent pas avoir une maladie chronique. Ces individus semblent avoir moins d'accès aux ressources qui peuvent les aider à composer avec les maladies chroniques et améliorer leur santé en général.

Les résultats de l'ERS 2008-10 révèlent un certain nombre de domaines où des améliorations pourraient être apportées afin de diminuer le risque de développer une maladie chronique et d'améliorer l'état de santé de ceux qui ont une maladie chronique dans les communautés des Premières Nations. Ces résultats permettent d'identifier des secteurs qui sont particulièrement problématiques, tels que des taux élevés de diabète et d'hypertension artérielle, et pourraient contribuer à l'élaboration de programmes d'intervention visant la réduction des facteurs de risque, tels que l'obésité et la difficulté à se permettre des repas équilibrés, associés à ces maladies chroniques chez les adultes des Premières Nations.

CONCLUSIONS

La majorité des adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques indiquent avoir reçu un diagnostic d'au moins une maladie chronique. Les taux d'hypertension artérielle, de diabète, et de comorbidité des maladies chroniques sont particulièrement élevés. Ces résultats sont préoccupants dans la mesure où les adultes des Premières Nations qui ont une maladie chronique font face non seulement aux difficultés associées à la maladie chronique elle-même, mais sont également davantage susceptibles de rencontrer d'autres obstacles liés à une bonne santé, ce qui les place dans une position particulièrement difficile lorsqu'ils tentent d'améliorer leur état de santé général. Heureusement, de nombreux adultes des Premières Nations qui ont reçu un diagnostic de maladie chronique déclarent suivre un traitement.

Ces résultats indiquent que des efforts accrus doivent être consentis afin de prévenir le développement de maladies chroniques chez les adultes des Premières

Nations et d'améliorer la santé de ceux qui ont déjà reçu un diagnostic de maladie chronique.

RÉFÉRENCES

- Allard, Y. E., Wilkins, R., Berthelot, & J. M. (2004). Premature mortality in health regions with high aboriginal populations. *Health Rep*, 15(1), 51–60.
- Anand, S. S., Yusef, S., Jacobs, R., Davis, A. D., Yi, Q., Gerstein, H., . . . Lonn, E. (2001). Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among Aboriginal people in Canada: the Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP). *Lancet*, 358(9288), 1147–53.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002–03 : Résultats pour les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Dyck, R., Osgood, N., Lin, T. H., Gao, A., Stang, M. R. (2010). Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-adultes des Premières Nations. *CMAJ*, 182(3), 244–56.
- Macaulay, A. C. (2009). Improving aboriginal health: How can health care professionals contribute? *Canadian Family Physician*, 55(4), 334–9.
- Santé Canada. (2009). *A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada: Self-rated Health and Selected Conditions, 2002 to 2005* (Santé Canada Publication No. 3556).
- Statistique Canada. (2004). *Aboriginal peoples of Canada, 2001 Census* (Catalogue number 97F0011XCB2001056; Release date: March 25). Consulté à partir de <http://www.statcan.ca/bsolc/english/bsolc?catno=97F0011X2001056>

Chapitre 11

Diabète

SOMMAIRE

Le diabète de type 2 constitue toujours un important problème de santé chez les adultes des Premières Nations âgés de 25 ans et plus. Dans l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10, la prévalence du diabète normalisée selon l'âge chez les adultes des Premières Nations âgés de 25 ans et plus (20,7 %) est demeurée inchangée depuis l'ERS 2002-03, moment où elle était de 20,1 %. De fortes associations positives entre le diabète et à la fois le vieillissement et l'augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) sont demeurées évidentes. Par ailleurs, la présence du diabète tend à être plus importante chez les femmes des Premières Nations que chez les hommes. Les comparaisons avec l'ensemble de la population canadienne démontrent que les adultes des Premières Nations de tout âge sont atteints de diabète dans de plus fortes proportions. La majorité de ceux atteints de diabète suivent actuellement une forme ou une autre de traitement ou prennent des médicaments. Aucune association claire n'a pu être dégagée entre le diabète et différents facteurs relatifs au mode de vie; seules quelques minimes différences au plan de la sécurité alimentaire, de la nutrition et des pratiques issues de modes de vie traditionnels ont été notées. Malheureusement, on observe des proportions significatives d'individus atteints de diabète ou non qui rapportent une alimentation inadéquate. Par ailleurs, la prévalence des complications et des comorbidités liées au diabète est élevée, ce qui accroît l'important fardeau économique et social des individus, des familles et des communautés des Premières Nations. Bien que dans la période entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 des ressources substantielles aient été allouées pour l'éducation, la prévention, le dépistage et le traitement des adultes des Premières Nations atteints de diabète, les améliorations mesurables ne sont que modestes, tout au plus. Des mesures énergiques et des efforts renouvelés sont nécessaires pour endiguer cette épidémie dévastatrice.

PRINCIPAUX CONSTATS

- 16,2 % des adultes des Premières Nations déclarent avoir reçu un diagnostic de diabète.
- La prévalence normalisée selon l'âge du diabète (pour correspondre à celle de l'ensemble de la population canadienne) est de 20,7 % pour les adultes âgés de 25 ans et plus. La répartition du diabète augmente avec l'âge et l'indice de masse corporelle (IMC);
- Chez ceux atteints de diabète, on observe une plus forte prévalence de comorbidité avec un ensemble de problèmes de santé notamment la rétinopathie (36,0 %), les problèmes de fonction rénale (18,0 %), la neuropathie (33,5 %), les problèmes de circulation sanguine (29,2 %), les problèmes avec les membres inférieurs (23,0 %), les infections (14,5 %), et l'amputation (2,4 %).
- Les répondants atteints de diabète de type 2 âgés de 55 ans et plus rapportent un certain nombre de problèmes de santé dans une proportion beaucoup plus élevée que ceux qui ne sont pas atteints de diabète, dont le glaucome (3,7 % vs 7,7 %); les maladies du foie, sauf l'hépatite (1,9 % vs 4,6 %); les effets d'un accident cérébrovasculaire (4,8 % vs 10,4 %); les cardiopathies (14,5 % vs 29,1 %); et l'hypertension artérielle (38,4 % vs 66,1 %).
- Plus de la moitié (53,6 %) de tous ceux atteints de diabète fréquentent actuellement une clinique du diabète ou ils consultent un professionnel de la santé (médecin, infirmière, etc.) pour l'éducation sur le diabète.
- 50,8 % des adultes atteints de diabète déclarent vérifier leur taux de glycémie au moins une fois par jour, tandis que 19,6 % ne l'avaient jamais vérifié au cours des deux semaines précédant l'Enquête.
- 89,7 % de ceux atteints de diabète indiquent rechercher d'une forme de traitement.
- Le régime alimentaire (64,6 %) et les pilules (72,9 %) sont les traitements les plus fréquemment rapportés. La proportion d'adultes des Premières Nations avec le diabète qui rapportent pratiquer une activité physique a baissé entre l'ERS 2002-03 (52,9 %) et l'ERS 2008-10 (48,3 %), tandis que le pourcentage qui prend de l'insuline a augmenté de 16,7 % à 22,9 %.
- Les remèdes traditionnels sont utilisés par 11,7 % des adultes des Premières Nations atteints de diabète.
- Davantage d'adultes atteints de diabète que ceux sans diabète rapportent presque toujours ou toujours avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré (36,4 % vs 30,1 %).

INTRODUCTION

L'épidémie de diabète chez les adultes des Premières Nations est apparue assez récemment et a rapidement pris de l'ampleur jusqu'à atteindre des proportions qui représentent une réelle menace au bien-être des individus et des communautés des Premières Nations. Il existe trois types de diabète; type 1, type 2 et gestationnel. Les trois formes ont en commun un même dérèglement du métabolisme du glucose, du gras et des protéines, mais elles ont chacune leur propre méthode de résistance à l'insuline et de carence d'insuline qui entraîne l'état diabétique.

Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune caractérisée par la destruction progressive des cellules β^1 pancréatiques, et qui représente environ 10 % de tous les cas de diabète. Il apparaît habituellement à un plus jeune âge que le diabète de type 2. Le diabète non insulino-dépendant chez les jeunes (DNIDJ) est une forme de diabète héréditaire qui perturbe la production d'insuline. Il résulte d'une anomalie dans un seul gène, ce qui le distingue du diabète de type 2, lequel résulte de l'interaction complexe de nombreux gènes. Le DNIDJ représente environ 5 % de tous les cas de diabète. Au point de vue clinique, le DNIDJ est semblable au diabète de type 1, à l'exception du fait qu'il y a poursuite d'une sécrétion partielle d'insuline et d'une sensibilité normale à l'insuline. Le DNIDJ est présent chez les Oji-Cris de la région des Sandy Lakes et explique en partie la prévalence élevée et l'apparition précoce du diabète dans cette communauté (Hegele et al., 2003). Le diabète de type 2 est un trouble métabolique hétérogène caractérisé par une résistance à l'insuline et une réduction progressive de la production d'insuline par le pancréas. La résistance à l'insuline survient lorsque les taux d'insuline normaux sont insuffisants pour produire une réaction normale à l'insuline dans les graisses, les muscles et les cellules du foie. Le diabète de type 2 est la forme de diabète la plus répandue dans les communautés des Premières Nations.

À peu près inconnu il y a 50 ans, le diabète de type 2 est apparu rapidement dans la population des Premières Nations au Canada (Young, Reading, Elias, & O'Neil, 2000). Dans les populations des Premières Nations, le diabète survient à un plus jeune âge, progresse plus rapidement, et est associé à de plus importantes complications que le diabète dans l'ensemble de la population canadienne. Contrairement aux résultats dans l'ensemble de la population canadienne, le diabète de type 2 chez les Premières Nations est davantage prévalent chez les femmes que chez les hommes. De plus, jusqu'à 30 % des cas de diabète de type 2 ne sont pas diagnostiqués

(Young & Mustard, 2001), ce qui affecte les données relatives à la prévalence du diabète qui sont fondées sur des données autodéclarées. L'ERS 2008-10 utilise l'autodéclaration pour évaluer la prévalence du diabète de type 2, tandis que les données sur la prévalence du diabète qui proviennent du Système national de surveillance du diabète (SNSD) sont fondées sur les dossiers des personnes qui reçoivent des soins médicaux liés au diabète de type 2, à l'exception des femmes atteintes de diabète gestationnel. Le SNSD a produit un rapport sur la présence du diabète chez les individus des Premières Nations en Colombie-Britannique uniquement. Un certain nombre d'études ont démontré que les individus atteints de diabète de type 2 génèrent une plus grande utilisation des services de santé ainsi que des coûts connexes plus élevés (Johnson, Pohar, Secnik, Yurgin, & Hirji, 2006; Pohar & Johnson, 2007). Par exemple, pour l'année 2010 uniquement, le poids économique du diabète de type 2 au Canada était évalué à 12,2 milliards de dollars (Association canadienne du diabète, 2010).

La répartition du diabète de type 2 dans les populations des Premières Nations au Canada varie selon l'ascendance et la situation géographique (Delisle, Rivard, & Ekoe, 1995). Le taux de diabète est plus élevé chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et dans les collectivités nordiques que chez les adultes des Premières Nations qui ne vivent pas dans les communautés des Premières Nations. Selon l'ERS 2002-03, environ 25 % des adultes des Premières Nations âgés de 45 ans et plus qui vivent dans les communautés des Premières Nations rapportent être atteints de diabète de type 2 (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations [FNIGC], 2005). La présence du diabète est habituellement plus élevée chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans des endroits plus au sud que dans des endroits plus au nord (WalDRAM, Herring, & Young, 2006). Toutefois, des données récentes montrent que les taux de diabète de type 2 et des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire connexes sont en hausse chez les Inuit (Chateau-Degat et al., 2010; Kuhnlein, Receveur, Soueida, & Egeland, 2004). Par ailleurs, le diabète de type 2 est habituellement davantage prévalent dans les communautés de l'Est que dans les communautés de l'Ouest du Canada (FNIGC, 2005). Dans l'ensemble de la population canadienne, la prévalence du diabète chez les adultes a connu une hausse de 21 % entre 2002-03 et 2006-07, pour atteindre une prévalence générale de 6,2 % (Agence de santé publique du Canada [ASPC], 2009).

L'Agence de santé publique du Canada prédit que le nombre de Canadiens atteints de diabète connaîtra une augmentation de 6 % par année au cours des cinq

1 Cellules bêta

prochaines années. En Colombie-Britannique, le pourcentage d'adultes des Premières Nations atteints de diabète était de 6,7 % en 2006–07, soit 40 % plus élevé que la prévalence dans l'ensemble de la province qui est de 4,8 %. Chez les adultes des Premières Nations âgés de 70 à 79 ans en Colombie-Britannique, la prévalence du diabète de type 2 était de 30 %, comparativement à 22 % pour l'ensemble de la population du même âge en Colombie-Britannique. La prévalence du diabète chez les adultes des Premières Nations en Colombie-Britannique a connu une hausse de 15,5 % au cours de la période entre 2002–03 et 2006–07, un taux de croissance moins rapide que celui de l'ensemble de la population en Colombie-Britannique (ASPC, 2009).

Les résultats de l'ERS 2002-03 ont révélé que la prévalence du diabète de type 2 était cinq fois plus élevée chez les femmes des Premières Nations que chez les femmes dans l'ensemble de la population canadienne (Centre des Premières Nations, 2004). En Saskatchewan, près de 50 % des femmes des Premières Nations âgées de 60 ans et plus étaient atteintes de diabète de type 2 (Dyck, Osgood, Lin, Gao, & Stang, 2010). Les femmes qui avaient souffert de diabète gestationnel étaient davantage à risque de développer un diabète de type 2 ultérieurement. Une étude de la Sioux Lookout Zone en Ontario a révélé que 70 % des femmes des Premières Nations ayant reçu un diagnostic de diabète gestationnel avaient développé un diabète de type 2 dans les trois années qui avaient suivi (Mohamed & Dooley, 1998). Dans l'ensemble de la population de Sioux Lookout Zone, la transition du diabète gestationnel au diabète de type 2 est passé de 25 % à 60 % en 10 ans (Kim, Newton, & Knopp, 2002). En outre, un lien a été démontré entre le taux plus élevé de diabète gestationnel chez les femmes des Premières Nations et le poids plus élevé à la naissance, qui, lui, entraîne un taux plus élevé de diabète de type 2 chez ces enfants plus tard (Egeland, Skjarven, & Irgens, 2000). Alors que les associations entre un poids plus élevé à la naissance et un risque accru de diabète de type 2 ont été documentées dans un certain nombre de populations (Egeland et al., 2000), il est difficile d'évaluer la contribution unique de l'environnement intra-utérin, des dispositions génétiques communes, et d'un milieu obésogène postnatal commun au risque ultérieur de diabète de type 2 (Kuh, Ben-Shlomo, Lynch, Hallqvist, & Power, 2003).

Une des caractéristiques les plus remarquables de l'épidémie de diabète de type 2 dans les communautés des Premières Nations est l'âge plus jeune auquel la maladie apparaît. Les individus des Premières Nations tendent à développer le diabète de type 2 au cours de la quarantaine, tandis que, dans l'ensemble de la population

canadienne, la maladie tend plutôt à apparaître une fois passé le cap des 70 ans (Dyck et al., 2010). Les adolescents reçoivent plus souvent un diagnostic de diabète de type 2 dans les communautés des Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne (Young, 2003). Chez les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations, cinq filles reçoivent un diagnostic de diabète de type 2 pour chaque garçon (Dean, 1998). Ce constat concorde avec la plus grande prévalence d'obésité infantile particulièrement évident chez les filles des Premières Nations (Ball & McCargar, 2003; Young, Dean, Flett, & Wood-Steiman, 2000). L'apparition du diabète à un plus jeune âge est habituellement liée à des complications futures associées à la maladie, lesquelles contribueront ultimement à une réduction de la qualité de vie et à une hausse du taux de mortalité (Manuel & Schultz, 2004).

Qu'est-ce qui est à l'origine du diabète de type 2?

Le développement du diabète de type 2 est d'abord caractérisé par une production accrue d'insuline par le pancréas afin de surmonter la résistance à l'insuline. Avec le temps, cela entraîne la perte des cellules productrices d'insuline, puis, éventuellement, un taux de glycémie plus élevé, et, ultimement, un diagnostic de diabète. La résistance à l'insuline peut débuter sans avertissement et plusieurs années avant qu'un diabète ne soit diagnostiqué, une période appelée pré-diabète à laquelle peuvent être associés d'autres problèmes de santé (Porte & Kahn, 2001). L'expression « syndrome métabolique » désigne un certain nombre de problèmes de santé liés à la résistance à l'insuline étant donné qu'ils sont souvent présents ensembles. Les composantes du syndrome métabolique comprennent l'obésité abdominale, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie², et la résistance à l'insuline. Ces problèmes prédisposent tous un individu à un risque accru à la fois de diabète de type 2 et de maladies cardiovasculaires, une complication courante du diabète (Alberti et al., 2009). La prévalence du syndrome métabolique est considérablement plus élevée dans la population de Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne (Pollex et al., 2006). Certains experts sont d'avis que l'obésité, le syndrome métabolique et le diabète de type 2 font tous partie d'un même continuum de maladie, avec comme trait commun la résistance à l'insuline, et qu'un régime alimentaire caractérisé par une consommation élevée en sucres et en

2 La dyslipidémie est un désordre métabolique caractérisé par l'augmentation du cholestérol sanguin, le « mauvais » cholestérol (lipoprotéines de faible densité) (LDL) et de triglycérides, et une baisse du « bon » cholestérol (lipoprotéines de haute densité) (HDL).

glucides raffinés fait partie de l'équation (Zimmet, 2000).

La résistance à l'insuline est également appelée « intolérance au glucose » étant donné la réduction de la capacité à métaboliser le glucose de façon normale. Étant donné que les aliments riches en glucides sont la principale source de glucose, la résistance à l'insuline peut également être définie par le fait que la capacité à métaboliser les aliments riches en glucides de façon normale est compromise. En outre, une nouvelle théorie veut que l'intolérance aux glucides définisse dorénavant les problèmes liés à la résistance à l'insuline étant donné qu'ils réagissent bien aux régimes pauvres en glucides (Volek & Feinman, 2005). Cette observation pourrait s'avérer particulièrement importante pour les individus des Premières Nations atteints de diabète étant donné que le régime alimentaire typique des Premières Nations était pauvre en glucide jusqu'à tout récemment (Cordain et al., 2005). Toutefois, le consensus actuel sur la gestion alimentaire du diabète de type 2 demeure axé sur un régime alimentaire riche en glucides (Association canadienne du diabète, 2008), tandis que les lignes directrices de l'*American Diabetes Association* comportent un régime alimentaire pauvre en glucides comme solution valable pour perdre du poids (*American Diabetes Association*, 2011). Les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète ne recommandent pas les régimes alimentaires pauvres en glucides. Cependant, concernant le diabète chez les Autochtones, il y a une référence au fait qu'une approche avec un régime alimentaire pauvre en glucides peut particulièrement convenir à la prévention et au traitement du diabète chez les adultes des Premières Nations en raison du contenu relativement faible en glucides de leurs régimes alimentaires traditionnels (Association canadienne du diabète, 2008).

De récentes investigations scientifiques indiquent que les variations métaboliques en réaction au diabète de type 2 et aux problèmes connexes sont vraisemblablement causées par le changement alimentaire. Plus précisément, on analyse le passage des macronutriments vers une consommation davantage axée sur les glucides, en particulier les glucides raffinés, et sur la hausse des édulcorants caloriques. La consommation de grandes quantités de sucres et de glucides raffinés est un phénomène relativement récent dans l'histoire de l'alimentation humaine (Gross, Li, Ford, & Liu, 2004). L'examen des données relatives à la disparition d'aliments aux États-Unis indique que la consommation de sucres et autres édulcorants caloriques a grimpé de façon drastique au cours de la période où les taux de diabète augmentaient (*United States Department of Agriculture, Economic Research Service*, 2010). D'autres

recherches ont démontré que le retrait du sucre et des glucides raffinés du régime alimentaire des individus qui ont une résistance à l'insuline, qui se manifeste par l'obésité, le syndrome métabolique, ou le diabète de type 2, résout efficacement ces problèmes au point où les marqueurs cardio-métaboliques se normalisent et la médication peut être réduite ou interrompue (Yancy, Froy, Chalecki, Vernon, & Westman, 2005).

Un nombre croissant de données probantes lie la surconsommation chronique de fructose au développement de la résistance à l'insuline et, potentiellement, du diabète de type 2 et des maladies cardiovasculaires (Basciano, Federico, & Adeli, 2005). Une consommation excessive de fructose est liée au développement de la résistance à l'insuline, à la dyslipidémie, à l'hypertension artérielle, à la goutte, et à la stéatose hépatique (Basciano, 2005; Choi & Curhan, 2008; Hwang, Ho, Hoffman, & Reaven, 1987; Ouyang et al., 2008). L'examen des données sur la disparition des aliments aux États-Unis démontre une hausse significative de la consommation de fructose au cours des dernières décennies, débutant au milieu des années 70 lorsque les techniques de production de masse du sirop de maïs à teneur élevée en fructose ont été développées, jusqu'à l'ajout de grandes quantités de fructose à l'approvisionnement alimentaire en général (Marriott, Cole, & Lee, 2009). Bien que le fructose et le glucose soient tous deux des éléments moléculaires du sucre, ils ont des effets métaboliques distincts. Les études sur l'administration par voie orale chez les individus en surpoids ont démontré que la consommation de fructose, et non de glucose, peut entraîner une aggravation significative des problèmes métaboliques (Stanhope et al., 2009). Les boissons sucrées sont une importante source de fructose dans le régime alimentaire des Amérindiens (Wharton & Hampl, 2004).

Les théories pour expliquer la hausse du diabète de type 2 chez les adultes des Premières Nations ont principalement été axées sur les changements au mode de vie, telles qu'observés à mesure que les Premières Nations faisaient leurs commodités et les aliments de la vie occidentale moderne (Drewnowski & Specter, 2004). Cela est jumelé à l'idée qu'ils possèdent également des « gènes économes », ce qui les rend plus vulnérables aux dangers d'un excès de calories et d'une réduction de l'activité physique (Neel, 1962). Les gènes économes étaient considérés comme un avantage évolutif pour les populations de chasseurs-cueilleurs car ils leur permettaient d'emmagasiner le gras de façon efficace en période d'abondance afin de mieux survivre aux périodes de disette. Malheureusement, lorsque les périodes d'abondance se succèdent, les individus ayant

des gènes économes emmagasinent trop de gras et souffrent ensuite des incidences sur la santé (Neel, 1962).

L'hypothèse des gènes économes a été remise en question pour un certain nombre de raisons, mais elle continue d'influencer notre compréhension du problème longtemps après que son promoteur, James Neel, l'eut rejetée (Neel, 1999; Speakman, 2008). La récente émergence du diabète de type 2 autant chez les Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne plaide en faveur d'un changement environnemental, et non génétique, qui serait survenu au cours des dernières décennies. Au moment où la théorie des gènes économes a été mise de l'avant pour expliquer une prévalence plus élevée du diabète dans les populations autochtones partout dans le monde, les populations non autochtones connaissent également des hausses importantes de la prévalence du diabète de type 2 (Zimmet, Alberti, & Shaw, 2001). Par exemple, aux États-Unis, la prévalence du diabète normalisée selon l'âge a plus que doublé pour passer de 2,8 % en 1988 à 5,9 % en 2008 (*Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Health Interview Statistics*, 2010). En Chine, la prévalence de l'obésité et du diabète de type 2 connaît une hausse (Yang et al., 2010), et les individus en surpoids et obèses y représentent dorénavant plus d'un cinquième des cas à l'échelle mondiale (Wu, 2006).

Il est donc raisonnable de suggérer que les récents changements alimentaires ont contribué de façon significative à la hausse du diabète de type 2 dans la population adulte des Premières Nations. Les individus dont le régime alimentaire traditionnel est composé de gibier, de poisson, de fruits de mer, et de plantes sauvages comestibles ont maintenant un régime alimentaire riche en sucres et en glucides raffinés, c'est-à-dire les aliments maintenant en cause dans l'étiologie du diabète de type 2. Étant donné que le sucre, sous toutes ses formes, est composé de fructose à 50 %, la quantité de fructose consommée par les individus des Premières Nations s'avère probablement un facteur important pour endiguer cette épidémie (Wharton & Hampl, 2004).

MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre met en lumière les tendances émergentes en matière de prévalence du diabète chez les adultes des Premières Nations que l'on retrouve dans l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10. La prévalence et les caractéristiques de la maladie peuvent maintenant être comparées sur deux enquêtes régionales successives sur la santé. Étant donné que ces deux enquêtes représentent des changements quantitatifs de caractéristiques et de

déterminants qui ont été bien expliqués dans le passé et sont maintenant bien compris, ce rapport sera surtout axé sur les facteurs sociaux et environnementaux qui nous aident à comprendre pourquoi les adultes des Premières Nations connaissent une prévalence de diabète encore jamais vue il y a seulement quelques décennies. Les données de l'ERS 2008-10 et de l'ERS 2002-03 ont également été comparées aux données sur les Premières Nations du SNSD, et aux données pour l'ensemble de la population canadienne. La normalisation selon l'âge a été réalisée à l'aide des données du Recensement du Canada de 1991 afin de bonifier la comparabilité avec les bases de données d'autres populations. Le rapport de l'ERS 2002-03 utilisait des données du Recensement de 2001 pour la normalisation selon l'âge. Les données de l'ERS 2002-03 utilisées dans ce rapport ont été recalculées en utilisant des données du Recensement de 1991 afin que des comparaisons valides puissent être établies avec les données de l'ERS 2008-10.

Prévalence du diabète. Les répondants ont été invités à indiquer s'ils avaient déjà reçu un diagnostic de diabète (oui/non) et, le cas échéant, de quel type de diabète il s'agissait [réponses possibles (choix multiple permis) : Type 1, Type 2, gestationnel]. Les femmes diabétiques devaient indiquer si elles étaient enceintes au moment du diagnostic de diabète.

Traitement du diabète. Les répondants atteints de diabète devaient alors indiquer à quel type de traitement ou de mesures ils ont recours pour soigner leur diabète. Réponses possibles (choix multiple permis) : régime alimentaire, exercice, insuline, pilules, remèdes traditionnels, cérémonies traditionnelles ou aide d'un guérisseur.

Vérification de la glycémie. Les répondants atteints de diabète devaient indiquer à quelle fréquence ils avaient vérifié leur glycémie au cours des 2 semaines précédentes. Réponses possibles : plus d'une fois par jour, une fois par jour, 10-13 fois, 6-9 fois, 2-5 fois, ou pas du tout.

Effets du diabète. Les répondants atteints de diabète devaient indiquer quels effets ils avaient observés. Réponses possibles (choix multiple permis) : vous a incité à adopter un mode de vie plus sain, qui comprend une alimentation plus saine et/ou un mode de vie plus actif; a eu des répercussions sur votre vue (par ex., rétinopathie); a eu des répercussions sur vos fonctions rénales; a eu des répercussions sur la circulation autre que celle de votre cœur; a eu des répercussions sur les sensations dans vos mains et vos pieds (par ex., neuropathie); a eu des répercussions sur vos membres inférieurs; a causé des infections, et a donné lieu à une amputation.

Éducation *sur le diabète*. Les répondants atteints de diabète devaient indiquer s'ils fréquentent actuellement une clinique du diabète ou s'ils consultent un professionnel de la santé (médecin, infirmière, etc.) pour l'éducation sur le diabète (oui/non). Si non, les répondants devaient en indiquer la raison [réponses possibles (choix multiple permis) : plus besoin de me renseigner sur le diabète, je dispose déjà de tous les renseignements dont j'ai besoin; je n'ai pas assez de renseignements sur les endroits où aller; aucun professionnel de la santé spécialiste du diabète n'est disponible dans ma région; je n'ai pas les moyens d'en assumer le coût; coûts directs des soins de santé; frais de transport; frais de garde; j'ai l'impression que les services de santé en matière de diabète sont inadéquats; j'ai l'impression que les services de santé en matière de diabète ne sont pas adaptés à ma culture; et j'en ai décidé ainsi].

Covariables du diabète :

L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé selon la formule suivante :

$$\text{IMC} = \frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m)}^2}$$

Pour cette analyse, le classement de l'IMC est fondé sur les lignes directrices canadiennes standard (Santé Canada, 2003). Les individus ayant un IMC supérieur ou égal à 25 kg/m² mais inférieur à 29,9 kg/m² sont considérés comme étant en surpoids; ceux ayant un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m² mais inférieur à 39,9 kg/m² sont considérés comme étant obèses; et ceux ayant un IMC supérieur ou égal à 40 kg/m² sont considérés comme souffrant d'obésité morbide

Le *niveau d'activité physique* est fondé sur la dépense d'énergie totale (EE), calculée selon la formule suivante :

$$EE = \sum (N_i * D_i * MET_i / 365 \text{ jours})$$

N_i = nombre d'occasions d'activité i dans une année,

D_i = durée moyenne en heures de l'activité i , et

MET_i = valeur constante représentant le coût énergétique métabolique de l'activité i .

La fréquence et la durée des activités physiques ont été rapportées pour les 12 mois précédant l'enquête, et la valeur métabolique équivalente (valeur MET) de chaque activité a été établie de façon indépendante (Ainsworth et al., 2000).

Dans le cadre de cette analyse, les adultes ayant une

dépense énergétique inférieure à 1,5 kcal/kg/jour sont considérés comme *inactifs*; ceux ayant une dépense énergétique entre 1,5 kcal/kg/jour et 2,9 kcal/kg/jour sont considérés comme *modérément actifs*; et ceux ayant une dépense énergétique égale ou supérieure à 3 kcal/kg/jour sont considérés comme *actifs*.

RÉSULTATS

Prévalence. Dans l'ERS 2008-10, 16,2 % (95 % IC [±1,2]) des adultes des Premières Nations indiquent avoir reçu un diagnostic de diabète. La prévalence normalisée selon l'âge chez les adultes des Premières Nations âgés de 25 ans et plus est de 20,7 %. Parmi ceux qui indiquent avoir le diabète, 9,4 % indiquent qu'il s'agit d'un diabète de type 1, 80,8 % indiquent qu'il s'agit d'un diabète de type 2, et 5,8 % indiquent qu'il s'agit d'un diabète gestationnel (95 % IC [±3,1], [±2,7], et [±1,5], respectivement; voir Figure 11.1).

Prévalence selon le groupe d'âge et le sexe. La prévalence du diabète chez les adultes des Premières Nations est associée au vieillissement (voir Figure 11.2). Les femmes des Premières Nations rapportent une prévalence plus élevée du diabète que les hommes, contrairement à la tendance observée dans l'ensemble de la population canadienne (voir Figure 11.2).

Figure 11.1. Types de diabète rapportés par les diabétiques

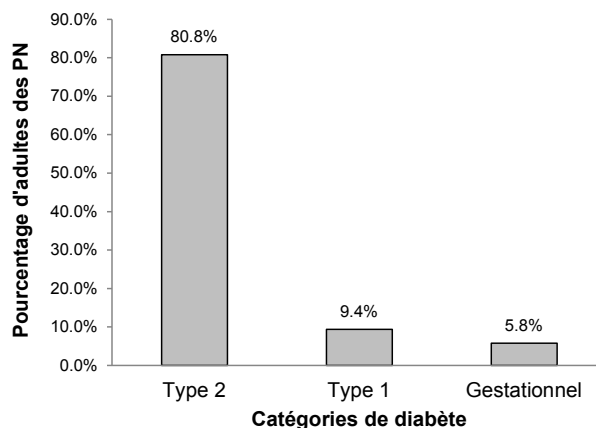
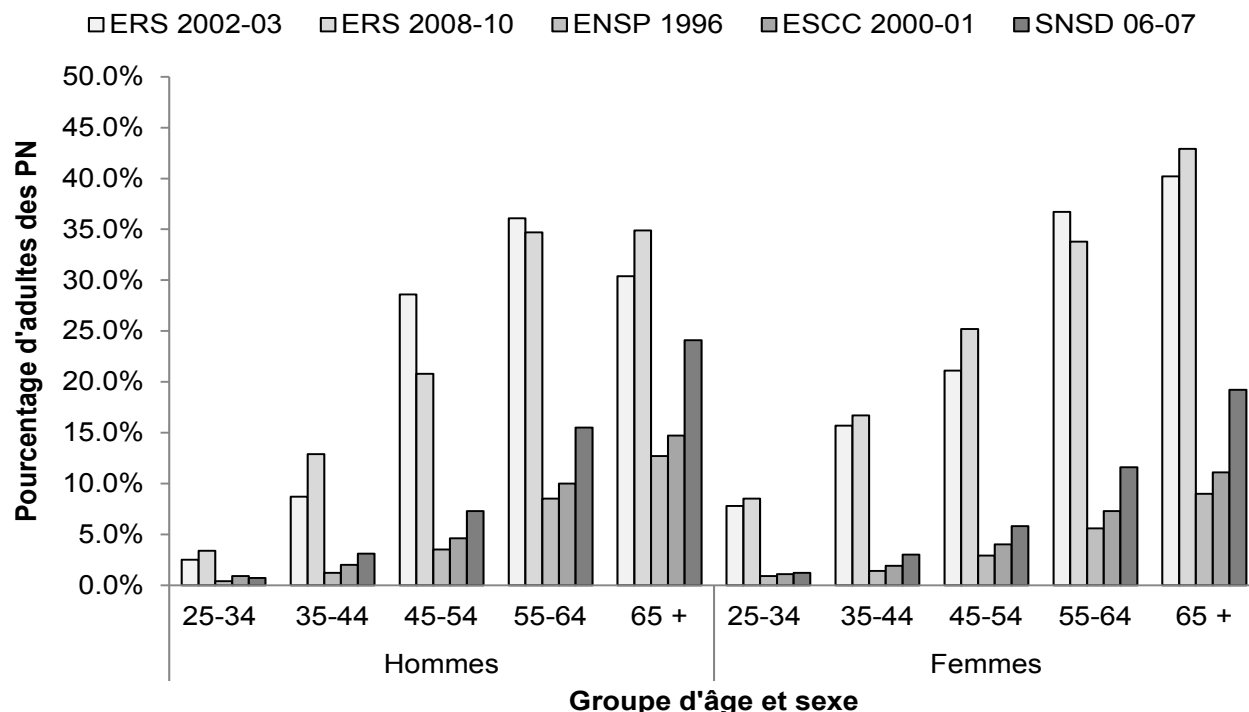


Figure 11.2. Pourcentage d'adultes des Premières Nations et de l'ensemble de la population canadienne atteints de diabète, selon le groupe d'âge



Traitement du diabète. En tout, 89,7 % (95 % IC : 87,8, 91,4) de ceux atteints de diabète rapportent suivre un (des) traitement(s) actuellement ou prendre un (des) médicament(s) pour leur maladie. Le régime alimentaire (64,6 %) et les pilules (72,9 %, 95 % IC $[\pm 3,2]$ et $[\pm 3,0]$, respectivement) sont les thérapies les plus fréquemment rapportées. La Figure 11.3 permet de comparer la fréquence de différents traitements pour le diabète rapportés dans l'ERS 2002-03 et dans l'ERS 2008-10. Le pourcentage d'adultes qui commence à faire de l'exercice comme une forme de traitement a baissé de 52,9 % dans l'ERS 2002-03 à 48,3 % (95 % IC $[\pm 3,7]$) dans l'ERS 2008-10, tandis que le pourcentage de ceux qui prennent de l'insuline a augmenté de 16,7 % dans l'ERS 2002-03 à 22,9 % (95 % IC $[\pm 3,3]$) dans l'ERS 2008-10. Les remèdes traditionnels ont été utilisés par 11,7 % (95 % IC $[\pm 2,1]$) des diabétiques dans l'ERS 2008-10, un résultat semblable au pourcentage dans l'ERS 2002-03 (12,9 %). On n'observe aucun changement significatif de la prévalence des traitements par l'entremise d'un régime ou de médicaments.

Vérification de la glycémie. La moitié (50,8 %) des adultes des Premières Nations atteints de diabète indiquent vérifier leur taux de glycémie au moins

une fois par jour; et un adulte atteint de diabète sur cinq ne l'a pas vérifié du tout au cours des deux semaines précédentes (19,6 %, 95 % IC $[\pm 2,7]$).

Effets du diabète. Les individus atteints de diabète indiquent que le diabète a eu des répercussions sur leur vue (ex. rétinopathie) (36,0 %); leurs fonctions rénales (18,0 %); les sensations dans leurs mains et leurs pieds (ex. neuropathie) (33,5 %); leur circulation (29,2 %); leurs membres inférieurs (23,0 %); avait causé des infections (14,5 %) ou avait entraîné une amputation (2,4 %^E), 95 % IC $[\pm 3,5]$, $[3,2]$, $[\pm 3,5]$, $[\pm 3,9]$, $[\pm 3,0]$, $[\pm 3,0]$, et $[\pm 1,2]$, respectivement.

Éducation sur le diabète. On observe une hausse de la prévalence de la fréquentation des cliniques du diabète et de la consultation d'un professionnel de la santé (médecin, infirmière, etc.) par les individus atteints de diabète dans le but d'avoir des renseignements sur le diabète entre l'ERS 2002-03 (49,4 %, 95 % IC $[\pm 5,0]$) et l'ERS 2008-10 (53,6 %, 95 % IC $[\pm 3,7]$). Parmi les diabétiques, qui ne fréquentaient pas une clinique au moment de l'Enquête, la majorité indique qu'ils disposaient déjà des renseignements dont ils avaient besoin.

Diabète et autres problèmes de santé (voir Figure 11.4). Les adultes des Premières Nations âgés de 55 ans et plus

atteints de diabète de type 2 rapportent également une prévalence plus élevée de comorbidité avec toute une série de problèmes de santé que ceux qui ne sont pas atteints de diabète. Un certain nombre de ces problèmes de santé surviennent dans une proportion deux fois plus élevée que chez ceux qui n'ont pas le diabète (voir Figure 11.4). Ceux-ci comprennent le glaucome (3,7 % vs 7,7 %, 95 % IC [$\pm 1,2$] et [$\pm 1,9$]), les troubles du foie excluant l'hépatite (1,9 %^E vs 4,6 %^E, 95 % IC [$\pm 0,8$] et [$\pm 2,4$]), les accidents cérébrovasculaires (4,8 %^E vs 10,4 %, 95 % IC [$\pm 2,1$] et [$\pm 2,8$]), et les maladies cardiovasculaires (14,9 % vs 29,1 %, 95 % IC [$\pm 2,2$] et [$\pm 4,0$]). De plus, l'hypertension artérielle, une composante du syndrome métabolique, est également plus répandue chez ceux atteints de diabète de type 2 (40,1 % vs. 66,0 %, 95 % IC [$\pm 3,1$] et [$\pm 3,7$]).

Covariables du diabète :

Diabète et indice de masse corporelle. Une proportion plus élevée d'adultes ayant un indice de masse corporelle plus élevé ont reçu un diagnostic de diabète : insuffisance pondérale (4,5 % ont le diabète), poids normal (6,9 % ont le diabète), surpoids (13,3 % ont le diabète), obésité (22,8 % ont le diabète), et obésité morbide (34,1 % ont le diabète).

Diabète et régime alimentaire. Une proportion plus élevée d'adultes des Premières Nations atteints de diabète de type 2 rapporte presque toujours avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré (36,0 %) plus souvent que ceux qui n'ont pas le diabète (30,1 %, 95 % IC [$\pm 3,7$] et [$\pm 1,6$], respectivement).

Figure 11.3. Traitements rapportés pour les adultes des Premières Nations atteints de diabète dans l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10

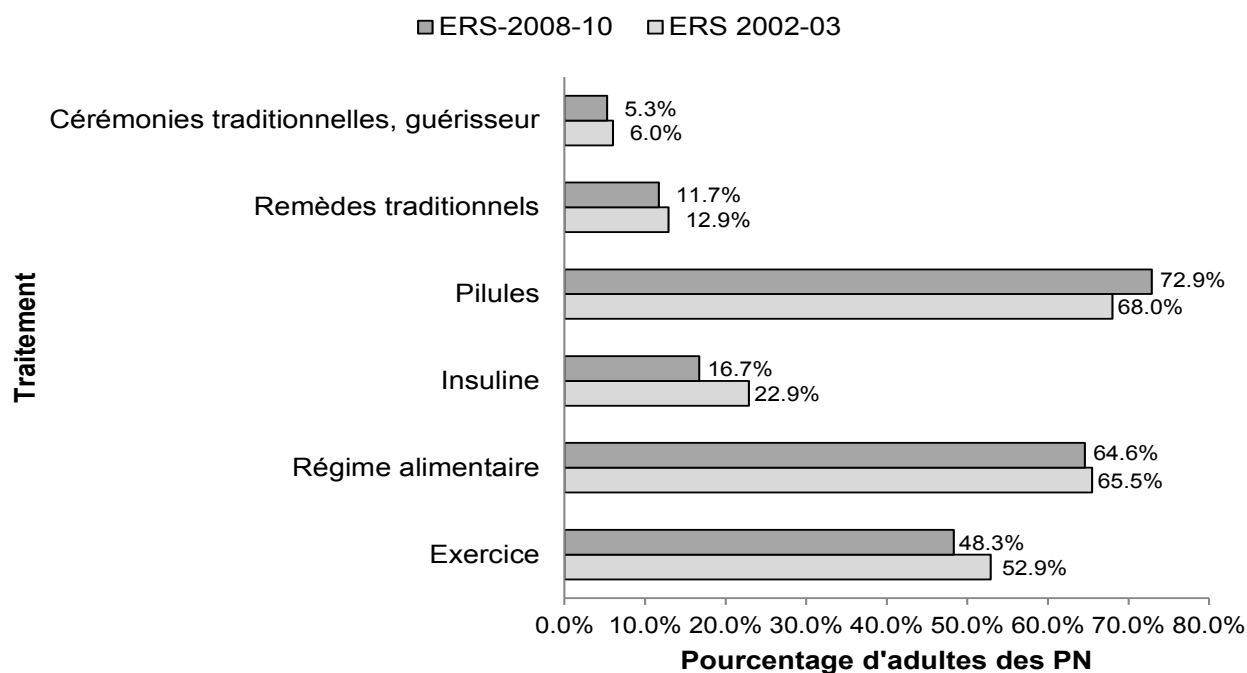
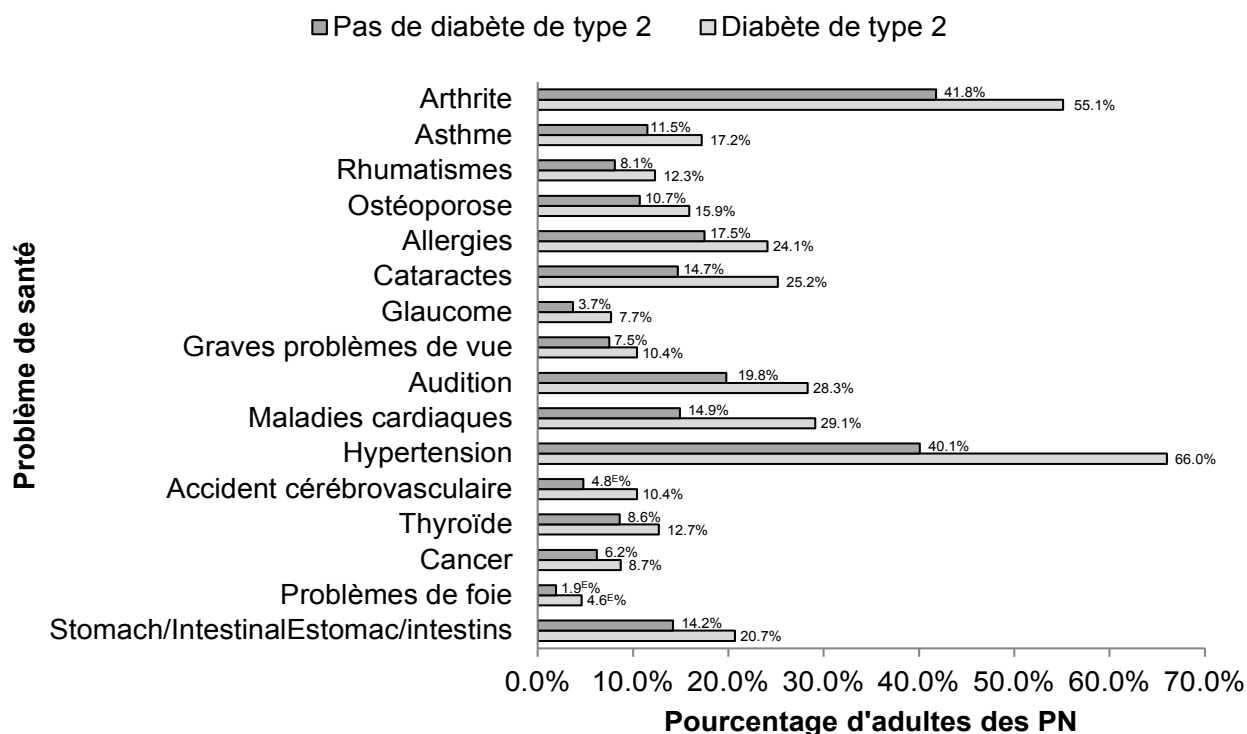


Figure 11.4. Pourcentage d'adultes des Premières Nations âgés de 55 ans et + atteints de diabète de type 2, selon le problème de santé



“E” = interpréter avec prudence; variabilité élevée de l'échantillonnage.

Diabète et types d'activité physique. Une proportion moins élevée d'adultes des Premières Nations atteints de diabète de type 2 rapporte pratiquer la marche (76,5 % vs 83,4 %) et la chasse ou le piégeage (16,3 % vs 23,3 %) comparativement à ceux qui n'ont pas le diabète, (95 % IC [$\pm 3,2$], [$\pm 1,3$], [$\pm 2,9$], et [$\pm 1,4$ %], respectivement).

Diabète et comportement sédentaire. Une proportion plus élevée d'adultes atteints de diabète de type 2 sont sédentaires, avec 18,9 % (95 % IC [$\pm 3,5$]) qui indiquent passer la plupart de leurs journées assis, tandis que seuls 12,8 % (95 % IC [$\pm 1,1$]) de ceux qui n'ont pas le diabète rapportent ce comportement.

DISCUSSION

La prévalence du diabète chez les adultes des Premières Nations âgés de 25 ans et plus demeure significativement plus élevée que dans la population adulte du Canada (20,7 % vs 6,2 %). Cet écart entre les Premières Nations et l'ensemble de la population canadienne correspond aux résultats de l'ERS précédente en 2002-03. Dans la phase actuelle de l'Enquête, l'épidémie semble ralentir. En effet, le taux de diabète autodéclaré normalisé selon l'âge chez les adultes des Premières Nations n'a augmenté que de 3

% au cours de la période de cinq ans. Il est possible que la population des Premières Nations soit en train d'atteindre un point de saturation en ce qui a trait au diabète; la faible hausse de la prévalence coïncide avec cet effet.

Les données de l'ERS 2002-03 illustrent des différences intéressantes lorsqu'on les compare aux données du SNSD, lequel examine les tendances en matière de diabète dans l'ensemble de la population canadienne et dans les populations des Premières Nations en Colombie-Britannique. Selon le rapport du SNSD, la prévalence du diabète normalisée selon l'âge dans la population des Premières Nations en Colombie-Britannique a connu une hausse plus faible que dans l'ensemble de la population canadienne (15,5 % vs 21,0 %). Le SNSD a également révélé une prévalence du diabète normalisée selon l'âge moins élevée chez les Premières Nations en Colombie-Britannique (6,7 %) que dans l'ensemble des Premières Nations dans l'ERS 2008-10 (20,7 %). Toutefois, la hausse de la prévalence chez les Premières Nations en Colombie-Britannique sur quatre ans est encore significativement plus élevée que la hausse observée au cours de la période entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 (3,0 %). Des différences méthodologiques entre

l'ERS et le SNSD, risquent toutefois de compliquer les comparaisons entre les résultats des deux enquêtes. En effet, le SNSD utilise les bases de données des dossiers médicaux pour l'ensemble de la population alors que l'ERS est fondée sur des données autodéclarées par les participants. Malheureusement, l'ERS n'a pas stratifié les données par province, pas plus que le SNSD n'a généré de résultats pour les Premières Nations à l'échelle nationale. Sans ces données, il est impossible de déterminer s'il y a réellement discordance entre les deux enquêtes, ou si les différences apparentes sont les produits de différences relatives aux méthodes ou aux populations.

Si la prévalence nationale du diabète chez les adultes des Premières Nations s'est stabilisée comme le suggère l'ERS 2008-10, il est important de comprendre les facteurs potentiellement responsables. Un certain nombre d'influences peuvent être en cause. Une mortalité en hausse pourrait être en cause, si la maladie en question fait grimper le taux de mortalité plus rapidement que l'incidence de la maladie. Un taux d'incidence en baisse pourrait également entraîner un ralentissement de la prévalence. Des études approfondies sur les tendances des taux de mortalité et d'incidence du diabète entre 2002 et 2008 sont donc nécessaires pour mieux comprendre l'apparente stabilisation de la prévalence du diabète chez les adultes des Premières Nations.

Des données probantes confirmant la baisse de l'incidence de diabète dans une communauté des Premières Nations où une importante intervention en matière de diabète a été réalisée peuvent être observées dans la Première Nation de Kahnawake au Québec. Sur une période de 15 ans, de 1986 à 2001, au cours de laquelle un projet intensif d'éducation sur le diabète et de prévention a été réalisé, on a observé une baisse globale du diabète qui est passé de 8,7 % à 5,9 % tandis que la prévalence grimpeait de 6,2 % à 7,7 %, normalisée selon la population canadienne de 2000-01 (Horn et al., 2007). On pourrait s'attendre à ce que davantage de sensibilisation et de dépistage fasse d'abord grimper les taux de diagnostic étant donné que le diabète de type 2 est caractérisé par le fait qu'il est sous-diagnostiqué. Cela a peut-être été le cas car l'incidence a chuté de 8,7 % au cours de la première période de trois ans, à 4,3 % six ans plus tard, pour finalement remonter à 5,9 % au cours des neuf années suivantes. Si un taux accru de diagnostics était le résultat d'une mesure de sensibilisation au cours de la période initiale, une hausse de l'incidence de 60 % à mi-chemin dans le programme (04-1992 à 03-2001) donne à croire que l'incidence réelle a peut-être continué de grimper. Un changement aux critères de diagnostic en

1998 peut également avoir contribué à cette apparente hausse. La prévalence a grimpé de façon régulière, quoique plus lentement, tout au long du programme, soit de 24 % entre 1986-88 et 2001-03 (Horn et al., 2007). Étant donné ces résultats qui démontrent que l'application intensive et continue de ressources n'a pas réduit de façon notable l'incidence ou la prévalence du diabète, il est peu probable qu'un programme moins intensif et davantage diffus comme l'IDA permette de réduire la prévalence du diabète de type 2 chez les populations des Premières Nations au plan national.

La proportion accrue d'adultes des Premières Nations atteints de diabète qui ont recours à un traitement ou fréquentent une clinique du diabète suggère que les programmes d'éducation et de sensibilisation, et une attention spéciale à la prévention et au traitement dans l'IDA sont peut-être en train de permettre un meilleur contrôle de la maladie. Une amélioration du dépistage aurait dû entraîner une hausse des taux d'incidence et de prévalence, mais cela ne semble pas avoir été le cas au cours de la période entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10, ce qui suggère que davantage de ressources devraient peut-être être affectées aux programmes de dépistage. Le pourcentage plus élevé d'adultes des Premières Nations atteints de diabète qui rapportent avoir recours aux pilules ou à l'insuline suggère que la gestion médicale de la maladie s'est améliorée. Il est toutefois décevant de noter qu'un pourcentage moins élevé de ceux atteints de diabète décide de changer leur mode de vie pour mieux gérer leur maladie. Étant donné qu'un programme intensif intégrant régime alimentaire et exercice peut réduire la nécessité de prendre des médicaments tout en améliorant les complications associées au diabète, ce résultat suggère que davantage d'effort devra peut-être être investi pour encourager le recours à des thérapies non pharmaceutiques.

La prévalence des complications et de la comorbidité est un sombre testament du fardeau que représente le diabète pour les individus, les communautés et les dispensateurs de soins de santé. Le coût du diabète peut être énorme, particulièrement lorsque des complications surviennent. Une étude récente en Ontario a révélé que le coût moyen pour chaque nouveau patient atteint de diabète est de 5 104 \$ par année, comparativement à 2 174 \$ par année pour la moyenne des personnes qui n'ont pas le diabète (Goeree et al., 2009). Par ailleurs, étant donné que de nombreux adultes des Premières Nations vivent dans des communautés éloignées ou isolées, l'accès aux traitements entraîne des coûts élevés pour le transport des patients et une perturbation importante de la vie

familiale et communautaire de ceux atteints de diabète.

L'accès à des aliments nutritifs abordables est un aspect important autant de la prévention que de la gestion du diabète. Il est donc préoccupant de constater le nombre global élevé d'adultes des Premières Nations qui ont de la difficulté à maintenir leur sécurité alimentaire (voir Chapitre 7 : Nutrition et sécurité alimentaire). La consommation d'aliments traditionnels est moins élevée chez ceux atteints de diabète, tout comme la pratique d'activités traditionnelles comme la chasse et le piégeage. D'une part, si un régime alimentaire et un mode vie traditionnels étaient associés à une réduction de la prévalence du diabète, on pourrait s'attendre à ce que la pratique de ces activités soit plus élevée chez ceux qui n'ont pas le diabète. D'autre part, on pourrait s'attendre à ce que les aspects débilissants du diabète ainsi que ses complications et comorbidités réduisent la capacité des diabétiques de pratiquer ces activités. De même, le fait qu'un pourcentage plus élevé d'adultes des Premières Nations atteints de diabète ont un comportement sédentaire pourrait également résulter de leur état débilissant plutôt que d'un facteur causal du processus de la maladie. Une étude chez les Aborigènes d'Australie a démontré qu'un retour au mode de vie traditionnel d'un groupe d'hommes atteints de diabète avait grandement amélioré leur état (O'Dea, 1984). Une étude similaire chez les Cris de la Baie James a démontré le peu de bénéfices retiré d'un retour au territoire; mais les participants cris avaient emporté des provisions achetées au magasin (Robinson, Gebre, & Pickering, 1995). La comparaison des résultats de ces deux études soutient l'idée qu'un retour à un régime alimentaire traditionnel pourrait s'avérer un facteur plus important que l'exercice pour améliorer la gestion du diabète chez les adultes des Premières Nations.

Bien que les adultes des Premières Nations atteints de diabète rapportent une consommation relativement moins élevée de boissons à teneur élevée en sucres comme le jus et les boissons gazeuse, comparativement aux diabétiques, il est remarquable de noter qu'une proportion significative d'entre eux continue de consommer ces boissons dans des proportions élevées. Bien que trois quarts des diabétiques rapportent fréquenter une clinique du diabète, consulter un professionnel de la santé, ou estimer disposer d'assez de renseignements, on n'observe aucune différence dans la consommation rapportée de fruits et de légumes entre les diabétiques et ceux qui n'ont pas le diabète. Cela laisse croire que l'éducation sur les composantes nutritionnelles de la gestion du diabète a eu un effet limité. Contrairement à cela, le fait que davantage d'adultes des Premières Nations atteints de diabète rapportent toujours avoir un régime alimentaire

nutritif et équilibré indique peut-être une meilleure compréhension de ce que constitue une alimentation saine comme résultat de l'éducation reçue sur le diabète.

Le remplacement d'un régime alimentaire traditionnel faible en amidon et en sucre par un régime où les amidons raffinés et le sucre sont maintenant des composantes importantes peut être un facteur important de la prévalence du diabète chez les adultes des Premières Nations. Mais le pourcentage relativement faible d'adultes des Premières Nations qui rapportent consommer de grandes quantités d'aliments traditionnels et qui pratiquent des activités traditionnelles et ont tout de même le diabète suggère que les effets de comportements non traditionnels sont plus importants que les bénéfices de comportements traditionnels. Bien qu'il serait irréaliste de s'attendre à ce que tous les adultes des Premières Nations retournent entièrement à un régime alimentaire et un mode de vie traditionnels, une approche fondée sur les principes d'un régime alimentaire traditionnel, axé sur l'élimination des aliments les plus néfastes, en particulier les sucres et les glucides hautement raffinés, pourrait apparaître acceptable pour plusieurs personnes. Bien que des efforts aient été consentis pour améliorer les conseils conventionnels en matière de nutrition à l'intention des communautés des Premières Nations en intégrant des aliments traditionnels, le consensus qui se dégage en fait de nutrition pour les diabétiques veut que le régime ait une teneur élevée en glucides. Un nombre croissant de publications sur l'efficacité des régimes faibles en glucides pour aider à la perte de poids et améliorer la gestion du diabète, et la similarité de ce type de régime avec les régimes traditionnels de nombreuses Premières Nations laisse croire que cette approche pourrait représenter une solution raisonnable pour les adultes des Premières Nations qui désirent l'essayer. Au delà de cela, il est clair que davantage d'efforts en éducation doivent être investis pour réduire la consommation de boissons riches en calories et de sucre dans l'ensemble de la population des Premières Nations. Une réduction globale de la consommation de fructose serait un objectif logique pour une approche nutritionnelle renouvelée en ce qui a trait à la prévention du diabète et de ses complications.

Considérant que l'IDA a mis en place un programme avec des ressources ciblant l'éducation, la prévention, le dépistage et le traitement, les modestes améliorations des résultats observés entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 sont assez décevants. Si l'épidémie s'est stabilisée, cela prouve peut-être que l'IDA a une incidence positive. Bien que cela serait un développement souhaitable, davantage de recherche est tout de même nécessaire pour permettre cette conclusion. Les améliorations au

traitement peuvent résulter d'une sensibilisation accrue et d'une meilleure compréhension de l'importance du diabète dans l'ensemble de la population des Premières Nations. De façon générale, la sévérité continue de l'épidémie de diabète et sa résistance aux efforts en prévention permettent de penser que davantage de ressources sont nécessaires et que des approches adoptées dans le passé doivent être réévaluées.

CONCLUSIONS

L'épidémie de diabète dans la population des Premières Nations est une urgence de santé publique depuis un certain temps déjà. Un effort renouvelé pour endiguer cette épidémie est de toute évidence nécessaire. Étant donné les modestes gains réalisés jusqu'ici malgré les ressources considérables investies, la voie à privilégier doit permettre un élargissement de la portée des activités afin d'obtenir de meilleurs résultats que ceux obtenus à ce jour. La recherche appliquée pour tester de nouvelles approches doit être soutenue. La nature de la crise est telle que des mesures énergiques sont requises.

RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada. (2009). *Report from the National Diabetes Surveillance System: Diabetes in Canada, 2009*. Ottawa: Agence de santé publique du Canada. Consulté à partir de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/ndssdicsnsddac-09/pdf/report-2009-eng.pdf>
- Alberti, K. G. M. M., Eckel, R. H., Grundy, S. M., Zimmet, P. Z., Cleeman, J. I., Donato, K. A., Fruchard, J.-C., James, P. T., Loria, C. M., Smith, Jr., S. C. (2009). Harmonizing the metabolic syndrome: A joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*, *120*, 1640–45.
- American Diabetes Association. (2011). Standards of medical care in diabète–2011. *Diabetes Care*, *34*, Suppl 1, S11–S61.
- Association canadienne du diabète. (2008). Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, *32*, Suppl 1.
- Association canadienne du diabète. (2010). *La prévalence and costs of diabète*. Consulté à partir de http://www.diabète.ca/documents/about-diabète/PrevalanceandCost_09.pdf
- Ball, G. D., & McCargar, L. J. (2003). Childhood obesity in Canada: A review of prevalence estimates and risk factors for cardiovascular diseases and diabète de type 2. *Canadian Journal of Applied Physiology*, *28*, 117–40.
- Basciano, H., Federico, L., & Adeli, K. (2005). Fructose, insulin resistance, and metabolic dyslipidemia. *Nutrition and Metabolism*, *2*, 5.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Health Interview Statistics (2010). Data from the National Health Interview Survey. Consulté à partir de <http://www.cdc.gov/diabète/statistics/prev/national/figage.htm>
- Centre des Premières Nations. (2004). *First Nations and Inuit regional health surveys, 1997: A synthesis of the national and regional reports*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Organisation nationale sur la santé des Autochtones. Consulté à partir de http://rhs-ers.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_1997/rhs_1997_synthesis_report.pdf
- Chateau-Degat, M.-L., Dewailly, E., Louchini, R., Counil, E., Noël, M., Ferland, A., Lucas, M., Valera, B., Ékoë, J.-M., Ladouceur, R., Déry, S., Egeland, G. (2010). Cardiovascular burden and related risk factors among Nunavik (Quebec) Inuit: Insights from baseline findings in the circumpolar Inuit health in transition cohort study. *The Canadian Journal of Cardiology*, *26*, 190–6.
- Choi, H. K., & Curhan, G. (2008). Soft drinks, fructose consumption and the risk of gout in men: A prospective cohort study. *BMJ*, *336*, 309.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). First Nations Regional Longitudinal Health Survey (ERS) 2002–03: Results for adults, youth and children qui vivent communautés des Premières Nations. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Cordain, L., Eaton, S. B., Sebastian, A., Mann, N., Lindeberg, S., Watkins, B. A., O'Keefe, J. H., Brand-Miller, J. (2005). Origins and evolution of the Western diet: Health implications for the 21st century. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *81*, 341–54.
- Dean, H. (1998). NIDDM-Y in First Nation Children in Canada. *Clinical Pediatrics*, *37*, 89–96.
- Delisle, H. F., Rivard, M., & Ekoe, J. M. (1995). Prevalence estimates of diabète and of other cardiovascular risk factors in the two largest Algonquin communities of Quebec. *Diabetes Care*, *18*, 1255–59.
- Drewnowski, A., & Specter, S. E. (2004). Poverty and obesity: The role of energy density and energy costs. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *79*, 6–16.
- Dyck, R., Osgood, N., Lin, T. H., Gao, A., & Stang, M. R. (2010). Epidemiology of diabète mellitus among First Nations and non-adultes des Premières Nations. *CMAJ*, *182*, 249–56.
- Egeland, G. M., Skjarven, R., & Irgens, L. M. (2000). Birth characteristics of women who develop gestational diabète: Population based study. *BMJ*, *321*, 546–47.
- Goeree, R., Lim, M. E., Hopkins, R., Blackhouse, G., Tarride, J.-E., Xie, F., & O'Reilly, D. (2009). Prevalence, total and excess costs of diabète and related complications in Ontario, Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, *33*(1), 35–45.
- Gross, L. S., Li, L., Ford, E. S., & Liu, S. (2004). Increased consumption of refined carbohydrates and the epidemic of

- diabète de type 2 in the United States: An ecologic assessment. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 79(5), 774–79.
- Hegele, R. A., Zinman, B., Hanley, A. J., Harris, S. B., Barrett, P. H., & Cao, H. (2003). Genes, environment and Oji-Cree diabète de type 2. *Clinical Biochemistry*, 36, 163–70.
- Horn, O. K., Jacobs-Whyte, H., Ing, A., Bruegl, A., Paradis, G., & Macaulay, A. C. (2007). Incidence and prevalence of diabète de type 2 in the First Nation community of Kahnawake, Quebec, Canada, 1986-2003. *Canadian Journal of Public Health*, 98(6), 438–43.
- Hwang, I. S., Ho, H., Hoffman, B. B., & Reaven, G. M. (1987). Fructose-induced insulin resistance and hypertension in rats. *Hypertension*, 10, 512–16.
- Johnson, J. A., Pohar, S. L., Secnik, K., Yurgin, N., & Hirji, Z. (2006). Utilization of diabète medication and cost of testing supplies in Saskatchewan, 2001. *BMC Health Services Research*, 6, 159.
- Kim, C., Newton, K. M., & Knopp, R. H. (2002). Gestational diabète and the incidence of diabète de type 2. *Diabetes Care*, 25, 1862–68.
- Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 778–83.
- Kuhnlein, H. V., Receveur, O., Soueida, R., & Egeland, G. M. (2004). Arctic Indigenous peoples experience the nutrition transition with changing dietary patterns and obesity. *The Journal of Nutrition*, 134, 1447–53.
- Manuel, D. G., & Schultz, S. E. (2004). Health-Related Quality of Life and Health-Adjusted Life Expectancy of People With Diabetes in Ontario, Canada, 1996-1997. *Diabetes Care*, 27, 407–14.
- Marriott, B. P., Cole, N., & Lee, E. (2009). National estimates of dietary fructose intake increased from 1977 to 2004 in the United States. *The Journal of Nutrition*, 139(6), 1228S–35S.
- Mohamed, N., & Dooley, J. (1998). Gestational diabète and subsequent development of NIDDM in aboriginal women of northwestern Ontario. *International Journal of Circumpolar Health*, 57, Suppl 1, 355–58.
- Neel, J. V. (1962). Diabetes mellitus: A “thrifty” genotype rendered detrimental by “progress”? *American Journal of Human Genetics*, 14, 353–62.
- Neel, J. V. (1999). The “thrifty genotype” in 1998. *Nutrition Reviews*, 57, S2–9.
- O’Dea, K. (1984). Marked improvement in carbohydrate and lipid metabolism in diabetic Australian Aborigines after temporary reversion to traditional lifestyle. *Diabetes*, 33, 596–603.
- Ouyang, X., Cirillo, P., Sautin, Y., McCall, S., Bruchette, J. L., Diehl, A. M., Johnson, R. J., Abdelmalek, M. F. (2008). Fructose consumption as a risk factor for non-alcoholic fatty liver disease. *Journal of Hepatology*, 48(6), 993–99.
- Pohar, S. L., & Johnson, J. A. (2007). Health care utilization and costs in Saskatchewan’s registered Indian population with diabète. *BMC Health Services Research*, 7, 126.
- Pollex, R. L., Hanley, A. J., Zinman, B., Harris, S. B., Khan, H. M., & Hegele, R. A. (2006). Metabolic syndrome in aboriginal Canadians: Prevalence and genetic associations. *Atherosclerosis*, 184, 121–29.
- Porte, D., Jr., & Kahn, S. E. (2001). Beta-cell dysfunction and failure in diabète de type 2: Potential mechanisms. *Diabetes*, 50, Suppl 1, S160–3.
- Robinson, E., Gebre, Y., & Pickering, J. L. L. (1995). Effect of bush living on Aboriginal Canadians of the Eastern James Bay Region with non-insulin-dependent diabète mellitus. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 16, 144–48.
- Santé Canada. (2010). First Nations, Inuit and Aboriginal Health, Diseases and Health Conditions, Diabetes. Consulté à partir de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/diabete/index-eng.php>
- Speakman, J. R. (2008). Thrifty genes for obesity, an attractive but flawed idea, and an alternative perspective: The ‘drifty gene’ hypothesis. *International Journal of Obesity*, 32, 1611–17.
- Stanhope, K. L., Schwarz, J. M., Keim, N. L., Griffen, S. C., Bremer, A. A., Graham, J. L., Hatcher, B., Cox, C. L., Dyachenko, A., Zhang, W., McGahan, J. P., Seibert, A., Kruass, R. M., Chiu, S., Schaefer, E. J., Ai, M., Otokozawa, S., Nakajima, K., Nakano, T., Beysen, C., Hellerstein, M. K., Berglund, L., Havel, P. J. (2009). Consuming fructose-sweetened, not glucose-sweetened, beverages increases visceral adiposity and lipids and decreases insulin sensitivity in overweight/obese humans. *The Journal of Clinical Investigation*, 119(5), 1322–34.
- United States Department of Agriculture, Economic Research Service. (2010). Data Sets, Nutrient Availability. Consulté à partir de <http://www.ers.usda.gov/Data/FoodConsumption/NutrientAvailIndex.htm>
- Volek, J. S., & Feinman, R. D. (2005). Carbohydrate restriction improves the features of Metabolic Syndrome. Metabolic Syndrome may be defined by the response to carbohydrate restriction. *Nutrition and Metabolism*, 2, 31.
- WalDRAM, J. B., Herring, D. A., & Young, T. K. (2006). Aboriginal health in Canada: Historical, cultural, and epidemiological perspectives. 2nd ed. Toronto: University of Toronto Press.
- Wharton, C. M., & Hampl, J. S. (2004). Beverage consumption and risk of obesity among Native Americans in Arizona. *Nutrition Reviews*, 62, 153–59.
- Wu, Y. (2006). Overweight and Obesity in China, *BMJ*, 333, 362.
- Yancy, W. S., Jr., Froy, M., Chalecki, A. M., Vernon, M. C., & Westman, E. C. (2005). A low-carbohydrate, ketogenic diet to treat diabète de type 2. *Nutrition and Metabolism*, 2, 31.
- Yang, W., Lu, J., Weng, J., Jia, W., Ji, L., Xiao, J., Shan, Z., Liu, J., Tian, H., Ji, Q., Zhu, D., Ge, J., Lin, L., Chen, L., Guo, X., Zhao, Z., Li, Q., Zhou, Z., Shan, G., He, J., China National Diabetes and Metabolic Disorders Study Group. (2010). Prevalence of diabète among men and women in China. *The New England Journal of Medicine*, 362, 1090–101.
- Young, T. K. (2003). Review of research on aboriginal populations in Canada: Relevance to their health needs. *BMJ*, 327, 419–22
- Young, T. K., Dean, H. J., Flett, B., & Wood-Steiman, P. (2000). Childhood obesity in a population at high risk for diabète de type 2. *The Journal of Pediatrics*, 136, 365–69.

- Young, T. K., & Mustard, C. A. (2001). Undiagnosed diabète: Does it matter? *CMAJ*, *164*, 24–28.
- Young, T. K., Reading, J., Elias, B. & O'Neil, J. D. (2000). Type 2 diabète mellitus in Canada's First Nations: Status of an epidemic in progress. *CMAJ*, *163*, 561–66.
- Zimmet, P. (2000). Globalization, coca-colonization and the chronic disease epidemic: Can the Doomsday scenario be averted? *Internal Medicine Journal*, *247*(3), 301–10.
- Zimmet, P., Alberti, K. G. M. M., & Shaw, J. (2001). Global and societal implications of the diabète epidemic. *Nature*, *4*

Chapitre 12

État de santé et qualité de vie

SOMMAIRE

Fondé sur l'analyse de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10, le présent chapitre se divise en deux parties et vise les objectifs suivants :

- Examiner les données autodéclarées sur la santé chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques selon les concepts de santé florissante (par ex., état de santé « excellent », « très bon ») et non florissante (par ex., état de santé « bon », « passable » ou « mauvais »), et
- Examiner comment les résultats de l'Indice de l'état de santé (IES), une mesure de la qualité de vie par rapport à la santé, varient dans la population adulte des Premières Nations.

En ce qui a trait à l'état de santé autodéclaré, 44,1 % des adultes des Premières Nations indiquent que leur santé est florissante, comparativement à 60 % de l'ensemble de la population canadienne. Davantage d'hommes des Premières Nations que de femmes rapportent une santé florissante (46,4 % vs 41,7 %). On observe une nette corrélation inversée entre le fait de rapporter une santé florissante et le vieillissement chez les adultes des Premières Nations; c'est-à-dire que la proportion d'adultes dont la santé est florissante décroît avec l'âge. Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui ont une activité rémunérée actuellement ou qui ont un niveau de revenu plus élevé rapporte avoir une santé florissante, comparativement à ceux qui n'ont pas d'activité rémunérée actuellement et ceux qui ont un niveau de revenu moins élevé. Les adultes des Premières Nations qui rapportent avoir une santé florissante ont des scores d'IES considérablement plus élevés que ceux qui évaluent leur santé comme non florissante. De façon générale, 63 % des adultes des Premières Nations ont des scores d'IES supérieurs à 0,80, comparativement à 81,6 % de l'ensemble de la population canadienne. Moins de femmes des Premières Nations que d'hommes des Premières Nations ont des scores d'IES de 1,00 (13,6 % vs 22,3 %). Une plus faible proportion d'adultes atteints de diabète de type 2 ont des scores d'IES entre 0,90 et 1,00, comparativement aux adultes qui n'ont pas le diabète de type 2 (30,6 % vs 50,4 %). Au moins 70 % des adultes des Premières Nations qui rapportent être en harmonie sur les plans psychologique, physique, spirituel et affectif « en permanence » ont des scores d'IES supérieurs à 0,80.

PRINCIPAUX CONSTATS

- 44,1 % des adultes des Premières Nations rapportent que leur santé est florissante (état de santé « excellent » ou « très bon »), comparativement à 60 % de l'ensemble de la population canadienne.
- Davantage d'hommes des Premières Nations que de femmes des Premières Nations rapportent une santé florissante (46,4 % vs 41,7 %).
- Les trois principaux déterminants de la santé des adultes des Premières Nations sont un régime alimentaire sain (71,7 %), un bon sommeil (70 %), et le bonheur (63,5 %).
- 29,7 % des adultes des Premières Nations indiquent que leur état de santé est « bien meilleur qu'il y a un an » ou « meilleur qu'il y a un an ».
- On observe une nette corrélation inversée entre le fait de rapporter une santé florissante et le fait d'être âgé chez les adultes des Premières Nations (56,6 % chez ceux âgés de 18 à 29 ans, décroissant jusqu'à 19,5 % chez ceux âgés de 60 ans et plus).
- Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui ont une activité rémunérée ou qui ont un niveau de revenu plus élevé rapporte une santé florissante, comparativement à ceux qui n'ont pas une activité rémunérée et ceux qui ont un niveau de revenu moins élevé.
- Un score de l'Indice de l'état de santé (IES) de 0,80 ou plus est considéré comme indiquant une « bonne ou une pleine santé fonctionnelle ». Soixante-trois pour cent des adultes des Premières Nations âgés de 18 ans et plus ont un score d'IES de 0,80 ou plus, comparativement à 81,6 % de l'ensemble de la population canadienne âgée de 12 ans et plus.
- Moins de femmes des Premières Nations que d'hommes des Premières Nations ont un IES de 1,00 (13,6 % vs 22,3 %).
- Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent une santé florissante ont un IES supérieur à 0,80, comparativement à ceux qui n'évaluent pas leur santé comme florissante.
- 21 % des adultes des Premières Nations atteints de diabète de type 2 ont un IES inférieur à 0,50, comparativement à 10 % de ceux non atteints de diabète de type 2.
- Environ 70 % des adultes des Premières Nations qui rapportent se sentir en harmonie en permanence sur les plans physique, affectif, psychologique et spirituel ont un IES supérieur à 0,80.

PARTIE I : ÉTAT DE SANTÉ AUTODÉCLARÉ

Introduction

Contexte

Dans la première partie de ce chapitre, nous décrivons les tendances en matière d'état de santé autodéclaré chez les adultes des Premières Nations dans l'ERS 2008-10. L'état de santé autodéclaré est une mesure où les participants évaluent leur état de santé comme « excellent », « très bon », « bon », « passable » ou « mauvais ». Bien que l'état de santé autodéclaré ne soit pas une mesure directe de l'état de santé, l'autoévaluation de la santé est reconnue comme évaluation de substitution (Idler, Kasl, & Lemke, 1990; Kaplan & Camacho, 1983) et est fortement corrélée avec la mortalité, la morbidité, et l'utilisation des soins de santé (Miilunpalo, Vuori, Ola, Pasanen, & Urponen, 1997).

Santé florissante

Afin d'examiner comment l'état de santé autodéclaré varie selon les différents déterminants de la santé, le concept de santé florissante a été utilisé. Le concept d'état florissant, tel qu'utilisé dans la littérature sur la résilience, fait référence à la capacité d'une personne d'aller de l'avant face à l'adversité (Rutter, 1985). Dans le contexte de la santé et du bien-être, un cadre de résilience humaine est utile pour identifier les caractéristiques qui peuvent être associées à des développements positifs en santé chez ceux qui ont des risques élevés (Carver, 1998). Tel que noté par O'Leary et Ickovics (1995), la connaissance des facteurs qui favorisent un état florissant peut induire un changement de paradigme pour passer de la recherche fondée sur la maladie à une approche qui comprend, explique, et favorise la santé. Une telle approche représente un tournant radical pour les chercheurs qui travaillent sur la santé autochtone (Richmond, Ross, & Egeland, 2007).

Le principe d'état florissant a été appliqué à nos analyses de l'état de santé autodéclaré en évaluant l'état de santé florissante comme « excellent » ou « très bon » et l'état de santé non florissante comme « bon », « passable » ou « mauvais ». Suite à l'analyse d'autres travaux sur les populations autochtones (Richmond et al., 2007) et non autochtones (Ross, 2002), nous avançons que cette catégorisation du statut de l'état de santé autodéclaré permet une approche plus positive et fondée sur les atouts pour comprendre les tendances en santé.

Cette analyse est également guidée par d'autres recherches sur les déterminants de la santé chez les populations autochtones du Canada et d'ailleurs (par exemple : Newbold, 1998; Richmond et al., 2007;

Sibthorpe, Anderson, & Cunningham, 2001; Wilson & Rosenberg, 2002). L'examen de l'état de santé autodéclaré amène à prendre en considération un vaste éventail de déterminants de la santé, dont le sexe, l'âge, le revenu, et l'emploi, tels que conceptualisés par le Cadre culturel de l'ERS (Dumont, 2005).

Méthodologie

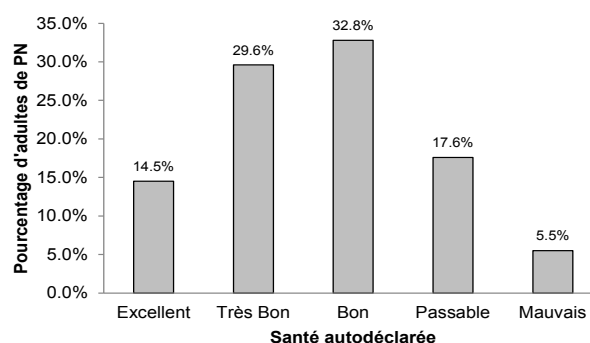
Pour présenter les résultats sur l'état de santé autodéclaré tels que recueillis dans le cadre de l'ERS 2008-10, des comparaisons ont été faites avec les données pour l'ensemble de la population canadienne issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et avec d'autres données sur la santé de l'Enquête auprès des peuples autochtones. Ces comparaisons sont indiquées dans le texte lorsque cela s'avère nécessaire.

Résultats

La répartition des résultats relatifs à l'état de santé autodéclaré

La Figure 12.1 montre les catégories de répartition des résultats relatifs à l'état de santé autodéclaré chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations. La tendance indique qu'une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations n'a pas une santé florissante. En comparaison, les données de l'ESCC (Statistique Canada, 2011) révèlent une tendance inverse dans l'ensemble de la population canadienne : en effet, près de 60 % de l'ensemble de la population canadienne évalue sa santé comme florissante.

Figure 12.1. État de santé autodéclaré chez les adultes des Premières Nations, ERS 2008-10



Santé autodéclarée et sexe

De façon générale, une plus grande proportion d'hommes des Premières Nations que de femmes rapportent que leur santé est florissante (46,4 % vs 41,8 %), tel que le démontre la Figure 12.2. Cette tendance

est similaire à celle observée dans l'Enquête auprès des peuples autochtones en 2001: 60 % des hommes rapportaient une santé florissante comparativement à 56 % des femmes (Richmond et al., 2007).

Dans l'ensemble de la population canadienne, la proportion d'adultes qui ont une santé florissante est plus grande que chez les Premières Nations. On n'observe aucune différence selon le sexe (voir Figure 12.3). Cet écart est similaire à celui identifié par Newbold (1998) dans ses analyses de l'Enquête auprès des peuples autochtones en 1991 et de l'Enquête sociale générale de 1991.

Figure 12.2. État de santé autodéclaré chez les adultes des Premières Nations, selon le sexe, ERS 2008-10

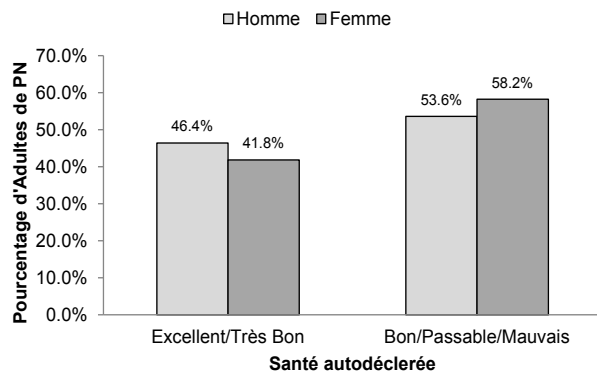
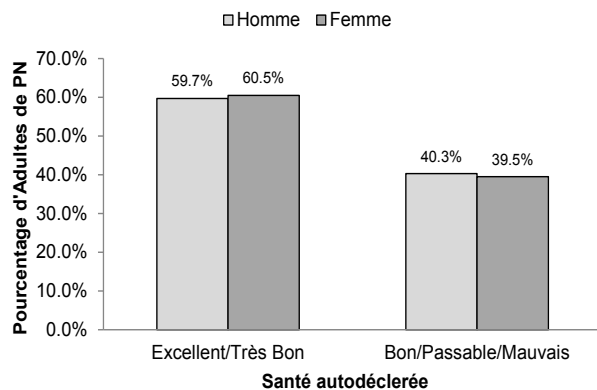
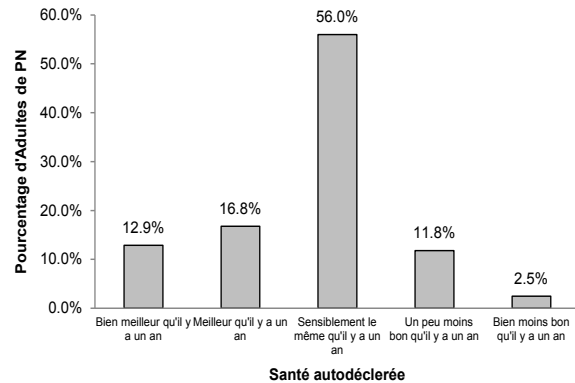


Figure 12.3. État de santé autodéclaré dans l'ensemble de la population canadienne, selon le sexe, ESCC 2010



Sur une note plus positive, environ un tiers (29,7 %) des adultes des Premières Nations indiquent que leur état de santé est « meilleur » ou « bien meilleur » maintenant comparativement à l'année précédente (voir Figure 12.4).

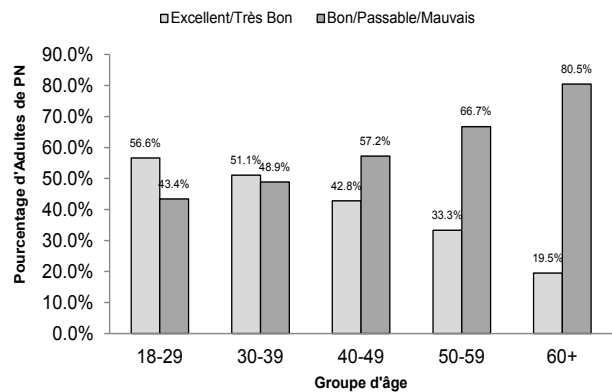
Figure 12.4. État de santé autodéclaré actuel comparativement à l'année précédente chez les adultes des Premières Nations



État de santé autodéclaré et âge

On observe une nette corrélation inversée entre l'état de santé autodéclaré et l'âge (voir Figure 12.5). Une proportion bien plus grande de jeunes adultes des Premières Nations évaluent leur santé comme florissante comparativement aux adultes plus âgés des Premières Nations (56,6 % de ceux âgés de 18 à 29 ans en décroissance jusqu'à 19,4 % chez ceux âgés de 60 ans et plus).

Figure 12.5. État de santé autodéclaré chez les adultes des Premières Nations, selon le groupe d'âge



Ce qui contribue à la santé des individus

Les adultes des Premières Nations qui rapportent un état de santé général « bon », « très bon », ou « excellent » ont été invités à choisir, parmi une liste prédéterminée, les facteurs qui contribuent à leur santé. Tel que le démontre la Figure 12.6, les principaux déterminants de la santé rapportés par les individus en santé sont un bon régime alimentaire, dont des aliments faibles en gras, des fruits et des légumes (71,7 %) et un bon sommeil/repos (70,0 %).

Figure 12.6. Éléments qui contribuent à la santé des individus (chez les adultes dont l'état de santé général est bon ou excellent) (n = 4448)

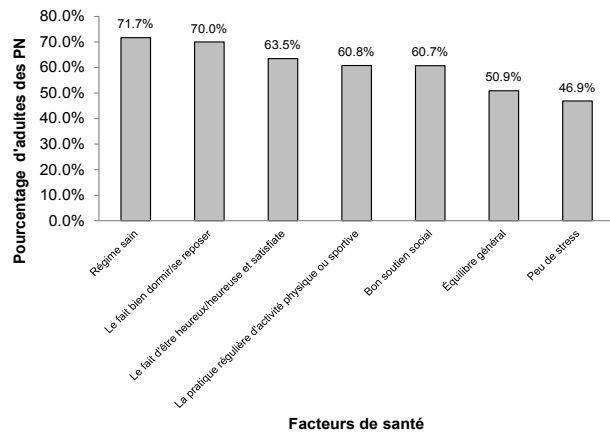
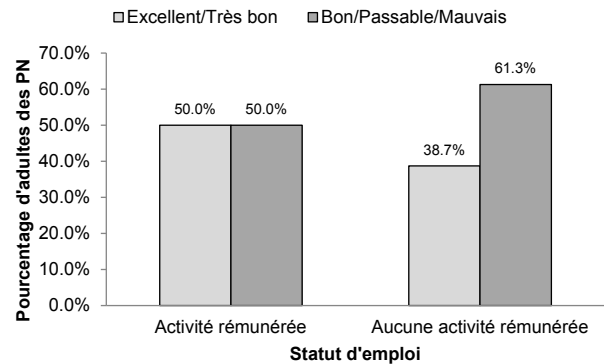


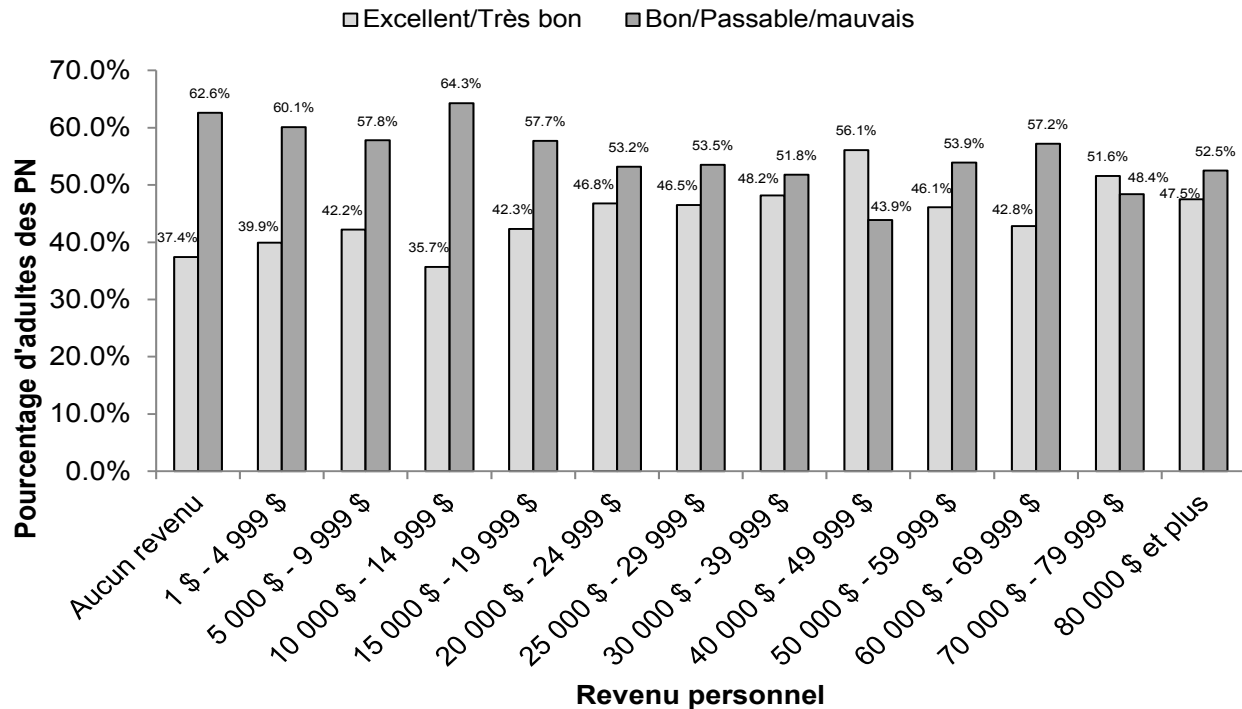
Figure 12.7. État de santé autodéclaré chez les adultes des Premières Nations, selon l'emploi



État de santé autodéclaré, statut d'emploi, et revenu

Tel qu'observé dans l'ensemble de la population canadienne et dans les analyses d'autres données sur la santé des Autochtones, il y a un net gradient social dans le statut de l'état de santé autodéclaré. Dans l'ERS 2008-10, une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations en emploi indiquent que leur santé est florissante comparativement à ceux qui n'ont pas une activité rémunérée actuellement (voir Figure 12.7). En ce qui a trait à l'association entre l'état de santé autodéclaré et le revenu, on observe une association positive entre le revenu et une santé florissante. C'est dans la plus basse tranche de revenu personnel (aucun revenu à 19 000 \$) que l'on observe la plus grande différence de l'état de santé : en effet, environ 40 % des adultes des Premières Nations indiquent que leur santé est florissante et 60 % indiquent que leur santé n'est pas florissante. La tendance commence à changer dans la tranche de revenu de 30 000 \$ à 39 999 \$, où des proportions à peu près équivalentes d'adultes des Premières Nations indiquent que leur santé est florissante et n'est pas florissante. Entre 40 000 \$ et 49 999 \$, une proportion considérablement plus grande d'adultes des Premières Nations indiquent que leur santé est florissante (56,1 %) plutôt que non florissante (43,9 %). Au-dessus de 50 000 \$, cette tendance s'estompe (voir Figure 12.8). Si l'on regarde cela d'un angle légèrement différent, il semble qu'une plus faible proportion d'adultes ayant un revenu annuel inférieur à 20 000 \$ indiquent avoir une santé florissante, comparativement à ceux ayant un revenu annuel supérieur à 20 000 (39,5 % vs 48,3 %). Malheureusement, la majorité des adultes des Premières Nations indiquent avoir un revenu annuel inférieur à 20 000 \$.

Figure 12.8. État de santé autodéclaré chez les adultes des Premières Nations, selon le revenu personnel



PARTIE II : INDICE DE L'ÉTAT DE SANTÉ (IES)

Introduction

Contexte

L'IES est une façon de décrire l'état de santé et de générer un score pour l'indice de l'état de santé qui reflète la qualité de vie par rapport à la santé (QVRS). La QVRS est définie par Patrick & Erickson (1993, p. 22) comme « la valeur assignée à la durée de la vie telle que modifiée par les déficiences, les états fonctionnels, les perceptions, et les opportunités sociales qui sont influencées par la maladie, les blessures, les traitements, ou les politiques ».

L'indice de l'état de santé a été élaboré par le *Health Utilities Group* à l'université McMaster; il s'agit d'un outil générique, exhaustif et bien étayé pour agréger les effets de la morbidité et de la mortalité (Feeny et al., 2002; Furlong, Feeny, Torrance, & Barr, 2001). Avec les années, le *Health Utilities Group* a élaboré et raffiné l'IES afin d'inclure les systèmes de *Health Utilities Index Mark 1* (HUI1), *Mark 2* (HUI2), et *Mark 3* (HUI3). Chaque mesure d'IES comprend un système de classification de l'état de santé et une formule de pointage fondée sur les préférences. Bien que l'HUI1 soit toujours utilisé, le *Health Utilities Group* (2003) indique que l'HUI2 et l'HUI3 sont utilisés beaucoup

plus fréquemment tant dans les enquêtes cliniques que dans les enquêtes sur la santé de la population. À ce jour, l'IES n'a pas été utilisé pour les Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations, et peu de littérature existe sur cet important enjeu.

La Partie II du présent chapitre est fondée sur des mesures prises à l'aide de l'HUI3, lequel faisait partie de l'ERS 2008-10. Les répondants à l'Enquête devaient penser à leur état de santé habituel et à leur capacité de faire des choses sur une base quotidienne, particulièrement à leurs capacités et leurs incapacités et à la façon dont ils se sentent habituellement. Plus précisément, l'HUI3 a été utilisé pour mesurer huit dimensions qui contribuent à la QVRS chez les adultes des Premières Nations. Ces huit dimensions comprennent la vue, l'ouïe, l'élocution, la mobilité (la capacité de se déplacer), la motricité (l'usage de mains et des doigts), les émotions (sentiments), la cognition (la mémoire et la pensée), et la douleur. Chaque dimension comporte cinq à six degrés qui mesurent les différentes capacités dans ces dimensions. Par exemple, en ce qui concerne la vue, ceux ayant évalué leur vue comme 1 indiquent ainsi qu'ils « voient assez bien sans lunettes ou verres de contact », tandis que ceux ayant évalué leur vue comme 6 indiquent qu'ils « ne voient pas du tout ». Les scores d'IES varient de -0,36 (pire état de santé) à 0,00 (mort) à 1,00 (pleine santé)

par augmentations de 0,001.¹ Un score global de 0,80 à 1,00 correspond à une santé fonctionnelle « bonne à complète »; un score inférieur à 0,80 correspond à une santé fonctionnelle « modérée à mauvaise ».

Une solide base empirique confirme le système HUI3 comme étant fiable et valide (Feeny et al., 2002; Furlong et al., 2001) et démontre qu'il réussit particulièrement bien à saisir la QVRS et l'incidence de la maladie dans les enquêtes sur les populations (Bowker, Pohar, & Johnson, 2006; Jones, Pohar, Warren, Turpin, & Warren, 2008; Maddigon, Feeny, & Johnson, 2005). Les recherches qui utilisent l'IES révèlent que les scores des participants corroborent le fardeau pour le système de santé et la QVRS chez les individus ayant une maladie chronique (Mo, Choi, Li, & Merrick, 2004). Par exemple, Trakas, Oh, Singh, Risebrough, & Shear (2001) ont utilisé l'HUI3 pour déterminer s'il y avait une différence clinique significative de l'indice de l'état de santé selon que les individus sont obèses ou non. Ils ont trouvé des différences significatives dans les différentes catégories d'indice de masse corporelle pour chacune des huit dimensions de l'HUI3. Cette information est utile pour l'élaboration de stratégies de prévention et de contrôle des maladies chroniques.

Le présent chapitre examine et analyse les associations entre le score d'IES et le sexe, le type de diabète, et le sentiment d'harmonie.

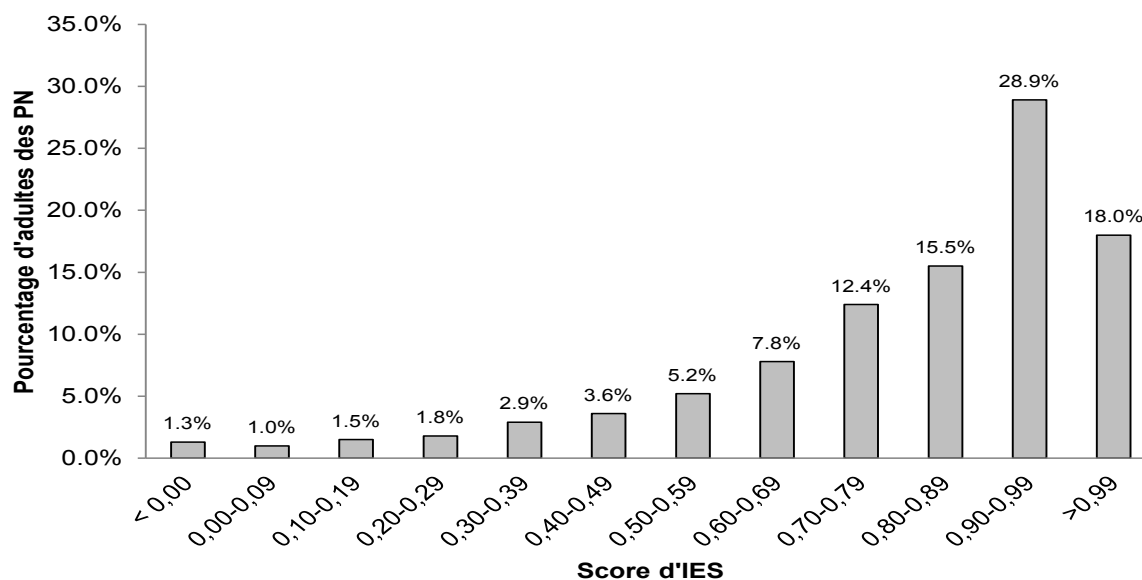
Résultats

Scores d'IES chez les adultes des Premières Nations

De façon générale, 62,4 % des adultes des Premières Nations âgés de 18 ans et plus ont des scores d'IES de 0,80 ou plus (i.e., santé fonctionnelle « bonne à complète ») (voir Figure 12.9). Comparativement à cela, ce sont 81,6 % de l'ensemble de la population canadienne âgée de 12 ans et plus qui obtiennent le même score, tel que le rapporte l'ESCC.

¹ Il est possible que certains individus qui correspondent aux extrêmes au plan des incapacités dans toutes les questions sur les dimensions, qui sont alors utilisées pour établir le score IES multidimensionnel, peuvent arriver à un score inférieur à 0,00.

Figure 12.9. Scores d'IES chez les adultes des Premières Nations

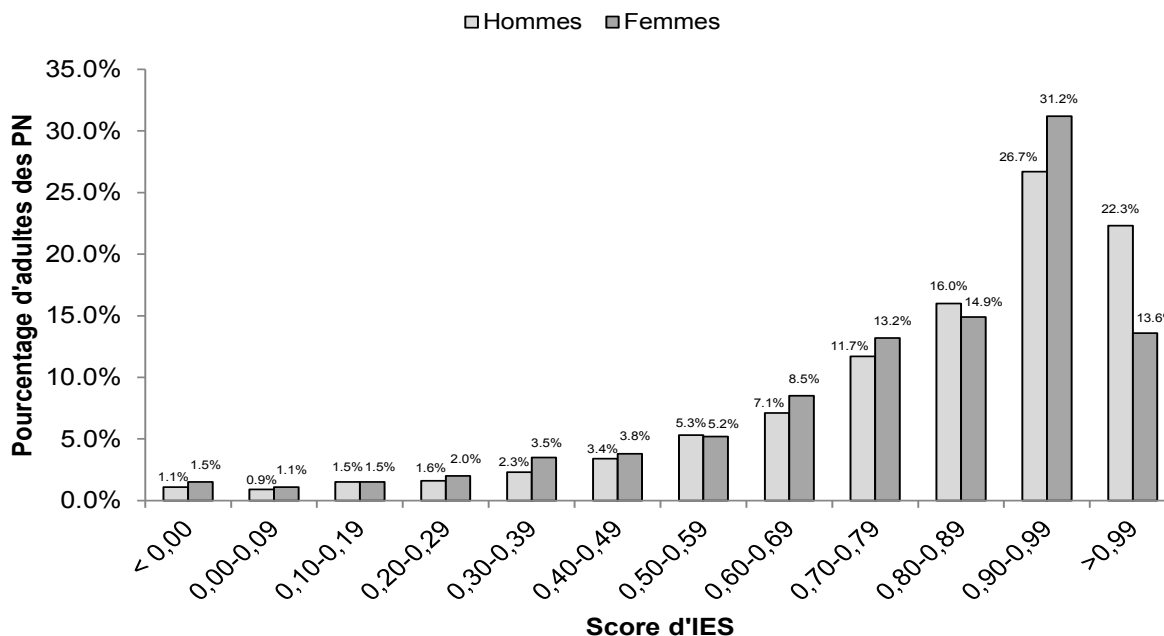


Scores d'IES selon le sexe

Une proportion plus faible de femmes des Premières Nations obtient un score d'IES de 1,00 (13,6 %), comparativement aux hommes (22,3 %). En revanche, une plus grande proportion de femmes des Premières Nations obtient un score d'IES qui se situe entre 0,90 et 0,99 (31,2 %) comparativement aux hommes (26,7 %).

On observe la même tendance dans une enquête sur des habitants de l'Ontario; l'ensemble des pourcentages est toutefois plus élevé : 35 % des hommes et 30 % des femmes ont un score d'IES de 1,00 (Roberge, Berthelot, & Wolfson, 1995). Comparativement aux hommes et aux femmes dans l'ensemble de la population en Ontario, 22,3 % moins d'hommes des Premières Nations et 13,6 % moins de femmes des Premières Nations indiquent être en parfaite santé.

Figure 12.10. Scores d'IES chez les adultes des Premières Nations, selon le sexe

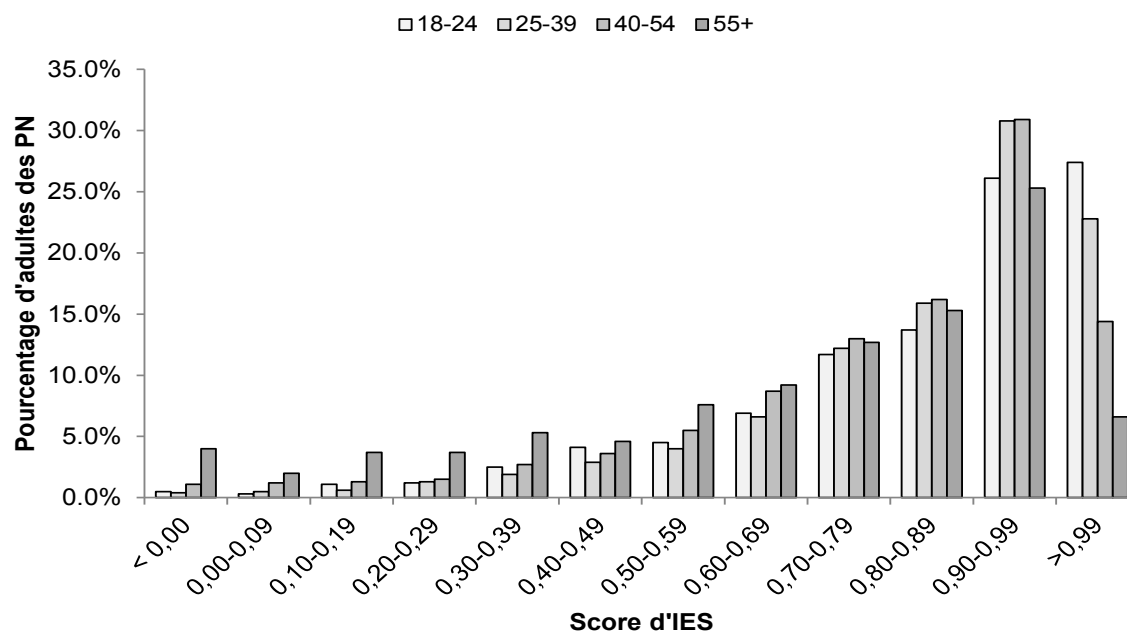


Scores d'IES selon le groupe d'âge

Chez les Premières Nations, les scores d'IES affichent une baisse constante avec l'âge (voir Figure 12.11). Alors que 27,4 % de ceux âgés de 18 à 24 ans obtiennent un score d'IES de 1,00, ce ne sont que 6,6 % de ceux âgés de 55 ans et plus qui obtiennent un score parfait. Les trois

plus jeunes groupes d'âge obtiennent des scores d'IES plus élevés (scores de 0,80 ou plus) : 18 à 24 ans (67 %), 25 à 39 ans (70 %), et 40 à 54 ans (62 %); en revanche, seuls 47 % des adultes des Premières Nations âgés de 55 ans et plus obtiennent un score d'IES de 0,80 ou plus.

Figure 12.11. Scores d'IES chez les adultes des Premières Nations, selon le groupe d'âge

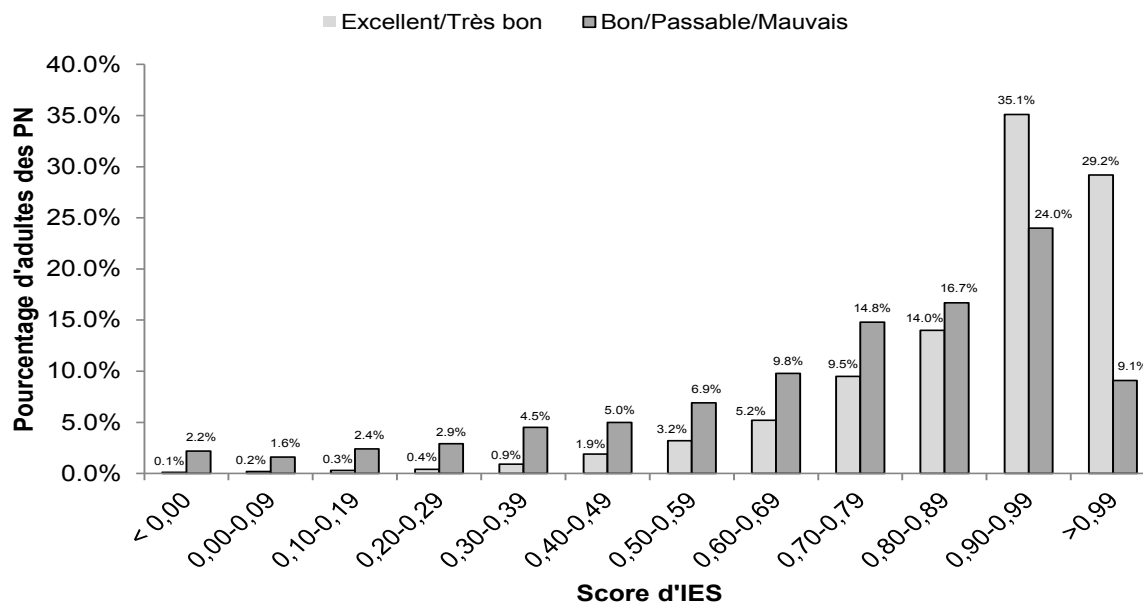
*Scores d'IES selon l'état de santé autodéclaré*

Si l'on examine attentivement la façon dont les scores d'IES varient dans la population des Premières Nations, on constate que certains déterminants de la santé révèlent des tendances en ce qui a trait aux scores d'IES (voir Figure 12.12).

Une proportion considérablement plus grande d'adultes des Premières Nations qui indiquent avoir une santé florissante ont des scores d'IES de 0,80 ou plus (80 %), comparativement à ceux qui indiquent que leur santé n'est pas florissante (moins de 50 %).

Dans l'ensemble de la population canadienne, 24 % des adultes indiquent être en excellente santé avec un score d'IES moyen de 0,96 (Eng & Feeny, 2007). En comparaison, 14,5 % des adultes des Premières Nations indiquent être en excellente santé avec un score d'IES moyen de 0,91.

Figure 12.12. Scores d'IES chez les adultes des Premières Nations, selon l'état de santé autodéclaré

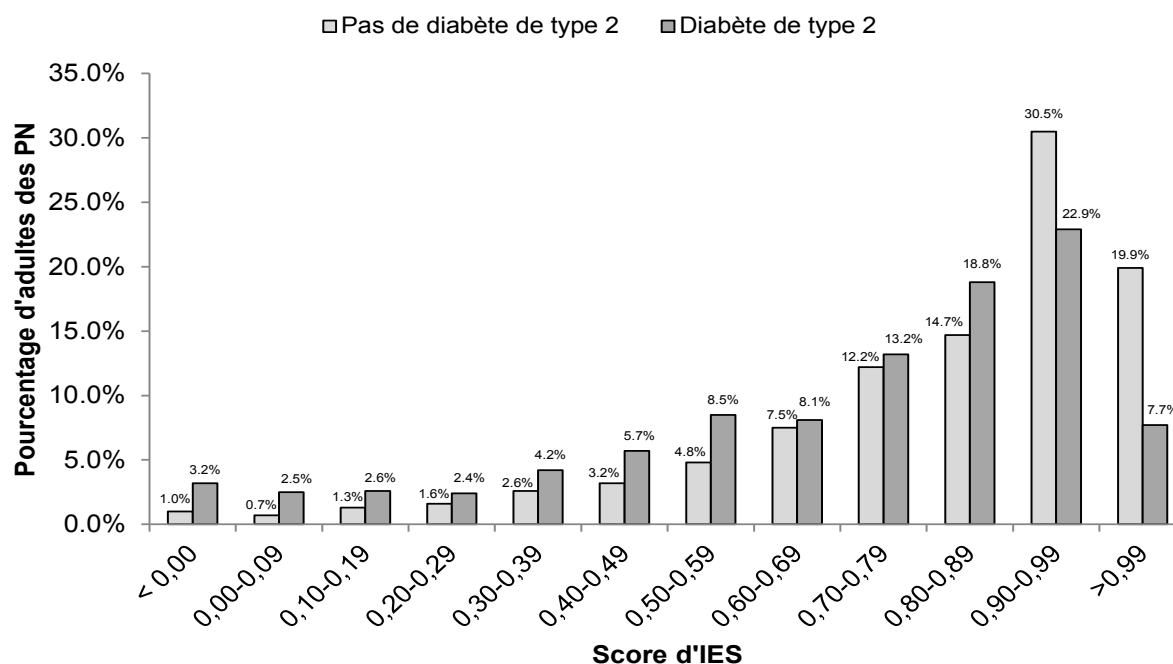


Scores d'IES chez les adultes des Premières Nations ayant le diabète de type 2

La prévalence des maladies chroniques influence directement le score d'IES. Nous examinons ici comment le score d'IES chez les adultes des

Premières Nations est influencé par la présence du diabète de type 2 (voir Figure 12.13). Une proportion significativement moins élevée d'adultes atteints de diabète de type 2 obtiennent des scores d'IES de 0,80, et plus (i.e., santé fonctionnelle de bonne à complète), comparativement à ceux qui n'ont pas le diabète de type 2.

Figure 12.13. Scores d'IES chez les adultes des Premières Nations, selon la prévalence du diabète de type 2

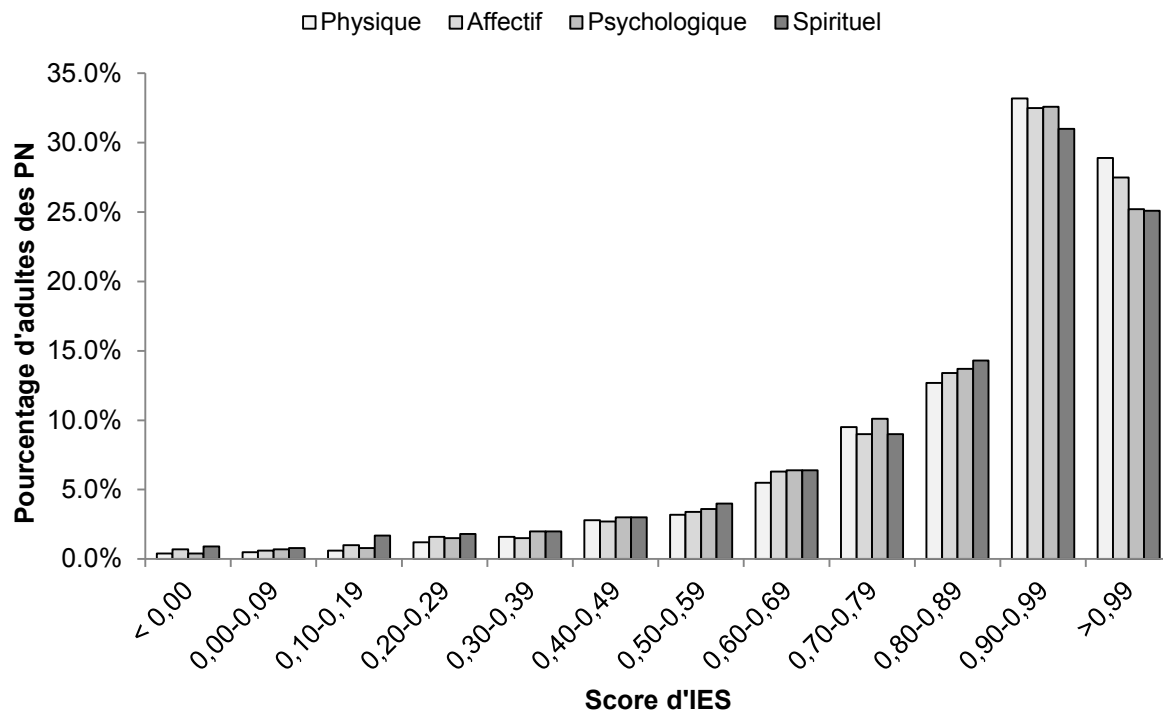


Scores d'IES selon le sentiment d'harmonie

Finalement, en tenant compte du cadre culturel de l'ERS, l'association entre l'IES et le sentiment d'harmonie a été examinée (voir Figure 12.14). Le sentiment d'harmonie est censé représenter l'état de santé holistique et comprend l'harmonie aux plans physique, psychologique, affectif, et spirituel. Les adultes des Premières Nations ont

été invités à indiquer dans quelle proportion du temps ils se sentent en harmonie dans leur vie; les réponses possibles étant : « Presque jamais », « Parfois », « La plupart du temps », et « En permanence ». Il n'est pas étonnant d'observer une nette corrélation positive entre le score d'IES et le sentiment d'harmonie. La majorité des adultes des Premières Nations qui indiquent se sentir en harmonie « en permanence » ont un score d'IES élevé.

Figure 12.14. Scores d'IES chez les adultes des Premières Nations, selon le sentiment d'harmonie (« en permanence »)



Environ 75 % des adultes des Premières Nations qui indiquent se sentir en harmonie au plan physique « en permanence » ont un score d'IES supérieur à 0,80, comparativement à 73,4 % de ceux qui indiquent se sentir en harmonie au plan affectif, 72 % de ceux qui indiquent se sentir en harmonie au plan psychologique, et 70 % de ceux qui indiquent se sentir en harmonie au plan spirituel. Il y a une nette association entre le sens holistique d'harmonie dans la vie des adultes des Premières Nations et la santé.

DISCUSSION

Nous avons comparé les données sur l'état de santé autodéclaré de l'ERS 2008-10 avec les données pour l'ensemble de la population canadienne issues de l'ESCC et d'autres données sur la santé des Autochtones issues de l'Enquête auprès des peuples autochtones.

En ce qui a trait à l'état de santé autodéclaré, en moyenne, les adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques sont moins susceptibles d'indiquer que leur santé est florissante que les adultes dans l'ensemble de la population canadienne. La tendance émergente reflète possiblement la prévalence plus élevée de l'état négatif d'autres déterminants de la santé chez les Premières Nations, tels que la santé mentale et le bien-être, les invalidités, et les maladies chroniques et infectieuses, qui touchent davantage la population des Premières Nations que l'ensemble de la population canadienne. Les différences de l'état de santé autodéclaré entre les Premières Nations et l'ensemble de la population canadienne ont été documentées dans d'autres études (Newbold, 1998; Richmond et al., 2007; Tjepkema, 2002; Wilson & Rosenberg, 2002). La probabilité moindre que des Premières Nations indiquent avoir une santé florissante comparativement

à la population non autochtone est une tendance qui a été décrite dans le cas d'autres nations également (Pink & Allbon, 2008; Spurling & Hayman, 2010).

Il n'est pas étonnant que nous observions des écarts significatifs dans la probabilité de rapporter une santé florissante selon le sexe et le groupe d'âge. Les hommes des Premières Nations sont plus susceptibles que les femmes des Premières Nations de rapporter avoir une santé florissante, et une relation inverse est observée entre le fait d'indiquer avoir une santé florissante et l'âge. On observe ces résultats de façon générale également.

Nous observons également des corrélations relativement fortes entre le fait de rapporter avoir une santé florissante et les mesures de statut socioéconomique, en particulier le revenu et le statut d'emploi. Un important corpus de preuves appuie le lien entre la santé et les mesures du statut socioéconomique dans la population autochtone canadienne (Loppie Reading & Wien, 2009), dans l'ensemble de la population canadienne (Raphael, 2001), et à l'échelle mondiale (Wilkinson, 1997). Le revenu est largement reconnu comme l'un des plus importants déterminants de la santé non-médicaux, et l'association entre la pauvreté et la santé est claire : à quelques exceptions près, les moins nantis financièrement ont les taux de maladie et de mort prématurée les plus élevés (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2001). La santé comporte un gradient social reconnu dans la mesure où il a été démontré que la santé s'améliore à mesure que la tranche de revenu augmente (Marmot & Wilkinson, 1999). Il est évident que l'association entre un mauvais état de santé et un faible statut socioéconomique est forte dans la population des Premières Nations, et davantage de recherche et d'élaboration de politiques doivent être entreprises afin de réduire les causes à l'origine du mauvais état de santé, de la maladie et des morts prématurées.

Il faut se rappeler qu'un individu qui obtient un score d'IES global entre 0,80 et 1,00 est considéré comme ayant une santé fonctionnelle « bonne ou complète », tandis qu'un score d'IES inférieur à 0,80 indique une santé fonctionnelle « modérée à mauvaise ». En moyenne, une plus grande proportion de la population adulte des Premières Nations obtient un score d'IES inférieur à 0,80 que les adultes dans l'ensemble de la population canadienne. Cela s'avère préoccupant dans la mesure où cela révèle que de plus grandes proportions d'adultes des Premières Nations souffrent de maladies chroniques et de leurs complications connexes, ce qui mène éventuellement à une réduction du statut de la santé fonctionnelle. Le diabète de type 2 est la maladie chronique la plus répandue dans la population adulte des Premières

Nations (Young, Reading, Elias, & O'Neil, 2000), et nos résultats indiquent clairement que ceux qui sont atteints de diabète de type 2 obtiennent également des scores d'IES anormalement moins élevés. Les scores d'IES les moins élevés obtenus par ceux atteints de diabète de type 2 peuvent s'expliquer, en partie du moins, par la hausse des complications et des comorbidités habituellement associées à cette maladie (Lloyd et al., 2008).

CONCLUSIONS

Dans les phases futures de l'ERS, il serait utile de continuer à mesurer l'état de santé autodéclaré et à appliquer de nouveau l'Indice de l'état de santé. L'intégration de ces mesures permettrait de mieux comprendre comment la santé de la population adulte des Premières Nations évolue avec le temps, et cela permettrait également de continuer les comparaisons avec l'ensemble de la population canadienne.

Une modélisation statistique plus complexe utilisant ces mesures de la santé fournirait un meilleur portrait de l'incidence de différents déterminants de la santé, tels que le revenu, la sécurité alimentaire, et le soutien social, sur l'état de santé autodéclaré et les scores d'IES. Cela est particulièrement prometteur dans le cas de l'état de santé autodéclaré, que d'autres (Newbold, 1998; Richmond et al., 2007; Sibthorpe et al., 2001; Wilson & Rosenberg, 2002) ont déjà produit avec d'autres données sur la santé des Autochtones. Étant donné la portée et l'ampleur uniques de l'ERS comparativement à d'autres bases de données sur réserve, les résultats pourraient être considérablement différents.

Par ailleurs, une analyse approfondie de l'HUI3 pourrait nous permettre de mieux comprendre la QVRS et le statut de la santé fonctionnelle de la population des Premières Nations. Tel que suggéré par Feng, Bernier, Macintosh, et Orpana (2009) dans leur travail sur l'IES pour évaluer les scores d'invalidités dans l'ensemble de la population canadienne, une alternative à l'utilisation des scores de HUI3 comme indices continus (c.-à-d., en considérant les scores sur 1,0) serait de les grouper en catégories fondées sur des systèmes préétablis pour classer les différents indices de santé, tels que la vue et la mobilité, selon les degrés de fonctionnalité de chaque dimension. Ce type d'approche permettrait une description plus précise du statut de santé fonctionnelle ou de l'invalidité, ce qui serait plus clair que des valeurs qui s'échelonnent de -0,36 à 1,00. Par ailleurs, en compartimentant les scores d'IES selon ces catégories, nous serions en mesure d'élaborer davantage de modèles statistiques concrets des déterminants de la santé, permettant

ainsi l'identification de divers états de fonctionnalité.

RÉFÉRENCES

- Bowker, S., Pohar S., & Johnson, J. (2006.) A cross sectional study of health-related quality of life deficits in individuals with comorbid diabetes and cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 17.
- Carver, C. (1998). Resilience and thriving: Issues, models and linkages. *Journal of Social Issues*, 54, 245–66.
- Dumont, J. (2005). First Nations Regional Longitudinal Health Survey (ERS) Cultural Framework. Ottawa: First Nations Information Governance Committee, Assembly of First Nations. Consulté à partir de http://www.fnigc.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_General/developing-a-cultural-framework.pdf
- Eng, K., & Feeny, D. (2007). Comparing the health of low income and less well educated groups in the United States and Canada. *Population Health Metrics*, 5, 10.
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. (2001). *Challenging inequities in health*. New York: Oxford University Press.
- Feeny, D., Furlong, W., Torrance, G. W., Goldsmith, C. H., Zhu, Z., DePauw, S., Denton, M., Boyle, M. (2002). Multi-attribute and single-attribute utility functions for the Health Utilities Index Mark 3 system. *Medical Care*, 40, 113–28.
- Feng, Y., Bernier, J., Macintosh, C., & Orpana, H. (2009). Validation of disability categories derived from Health Utilities Index Mark 3 scores. *Health Reports*, 20(2), 1–8.
- Furlong, W. J., Feeny, D. H., Torrance, G. W., & Barr, R. D. (2001). The Health Utilities Index (HUI) system for assessing health-related quality of life in clinical studies. *Annals of Medicine*, 33(5), 375–84.
- Idler, E. L., Kasl, S. V., & Lemke, J. H. (1990). Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington counties, Iowa, 1982–1986. *American Journal of Epidemiology*, 131, 91–103.
- Jones, C. A., Pohar, S., Warren, S., Turpin, K. V. L., & Warren, K. G. (2008). The burden of multiple sclerosis: A community health survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 1.
- Kaplan, G. A., & Camacho, T. (1983). Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, 117, 292–304.
- Lloyd, A., Nafees, B., Gavriel, S., Rousculp, M. D., Boye, K. S., & Ahmad, A. (2008). Health utility values associated with diabetic retinopathy. *Diabetic Medicine*, 25(5), 618–24.
- Loppie Reading, C., & Wien, F. (2009). Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health. *National Collaborating Centre for Aboriginal Health*, 1–41.
- Maddigan, S., Feeny, D., & Johnson, J. (2005). Health related quality of life deficits associated with diabetes and comorbidities in the Canadian National Population Health Survey. *Quality of Life Research*, 14, 1311–20.
- Marmot, M., & Wilkinson, R.G. (1999). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Miilunpalo, S., Vuori, I., Ola, P., Pasanen, M., & Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status in the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, 517–28.
- Mo, F., Choi, B. C., Li, F. C., & Merrick, J. (2004). Using Health Utility Index (HUI) for measuring the impact on health-related quality of LIFE (HRQL) among individuals with chronic diseases. *Scientific World Journal*, 27(4), 746–57.
- Newbold, B. (1998). Problems in search of solutions: Health and Canadian Aboriginals. *Journal of Community Health*, 23(1), 59–73.
- O'Leary, V. E., & Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in femmes's health. *Womens Health*, 1, 121–42.
- Patrick, D. L., & Erickson, P. (1993). Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press.
- Pink, B., & Allbon, P. (2008). *The Health and Welfare of Australia's Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples – 2008*. Australian Bureau of Statistics, Australian Institute of Health and Welfare.
- Raphael, D. (2001). From increasing poverty to social disintegration: How economic inequality affects the health of individuals and communities. In P. Armstrong, H. Armstrong & D. Coburn (Eds.), *Unhealthy Times*. Oxford: Oxford University Press, pp. 223–46.
- Richmond, C., Ross, N., & Egeland, G. (2007). Societal resources and thriving health: A new approach for understanding the health of Indigenous Canadians. *American Journal of Public Health*, 97(10), 1827–33.
- Roberge, R., Berthelot, J.-M., & Wolfson, M. (1995). The Health Utility Index: Measuring health differences in Ontario by socioeconomic status. *Health Reports*, 7(2), 25–33.
- Ross, N. A. (2002). Community belonging and health. *Health Report*, 13, 33–39.
- Rutter M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611.
- Sibthorpe, B., Anderson, I., & Cunningham, J. (2001). Self-assessed health among Indigenous Australians: How valid is a global question? *American Journal of Public Health*, 91(10), 1660–63.
- Spurling, G., & Hayman, N. (2010). Self-rated health status in an urban indigenous primary care setting: Implications for clinicians and public health policy. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 34(6), 598–601.
- Statistique Canada (2011). *Canadian Community Health Survey. Consulté à partir de* <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/110621/dq110621b-eng.htm>
- Tjepkema, M. (2002). The health of the off-reserve aboriginal population. Supplement to *Health Reports*, 13, 1–17.
- Trakas, K., Oh, P., Singh, S., Risebrough, N., & Shear, N. (2001).

The health status of obese individuals in Canada. *International Journal of Obesity*, 25(5), 662–68.

Wilkinson, R.G. (1997). *Unhealthy societies: The affliction of inequality*. London: Routledge.

Wilson, K., & Rosenberg, M., (2002). Exploring the determinants of health for First Nations peoples in Canada: Can existing frameworks accommodate traditional activities? *Social Science and Medicine*, 55, 2017–31.

Young, T.K., Reading, J., Elias, B., & O'Neil, J. (2000). Type 2 diabetes mellitus in Canada's First Nations status of an epidemic in progress. *Canadian Medical Association Journal*, 163(5).

Chapitre 13

Santé buccodentaire

SOMMAIRE

Le présent chapitre traite des indicateurs et des niveaux d'accès aux soins dentaires, du statut dentaire, et de la perception des besoins en traitement chez les adultes âgés de 18 ans et plus qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Dans l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10, 56,5 % des adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations indiquent avoir reçu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête. On n'observe aucun changement de la prévalence des soins dentaires au cours de l'année précédente depuis l'ERS 2002-03 (59,2 %); toutefois, la prévalence des soins dentaires au cours de l'année précédente chez les Premières Nations est considérablement plus basse que celle observée dans l'ensemble de la population canadienne [71,6 % dans le module sur la Santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-09 (ECMS)]. On observe des taux plus élevés de soins dentaires au cours de l'année précédente chez les femmes que chez les hommes, chez ceux âgés de 18 à 49 ans, ceux qui ont terminé leurs études secondaires, et ceux qui ont une activité rémunérée actuellement. La proportion d'adultes des Premières Nations qui ont reçu des soins dentaires au cours de l'année précédente est plus faible chez ceux qui n'ont aucune dent naturelle, ceux âgés de 50 ans et plus, ceux qui rapportent souvent être confrontés à des limites dans leurs activités quotidiennes, ceux qui évaluent leur état de santé comme passable ou mauvais, ceux qui ne participent jamais aux événements culturels communautaires, et ceux qui utilisent principalement une langue des Premières Nations dans leur vie de tous les jours. Le plus faible taux de soins dentaires reçus au cours de l'année précédant l'Enquête a été observé chez les adultes édentés (aucune dent naturelle) des Premières Nations âgés de 60 ans et plus (16,3 %).

Les obstacles à l'obtention de soins dentaires demeurent sensiblement les mêmes que ceux observés dans l'ERS 2002-03, avec près d'un quart (24,1 %) des adultes des Premières Nations qui rapportent une liste d'attente trop longue pour les soins dentaires.

Les autres principaux obstacles à l'accessibilité des soins dentaires sont notamment la non-disponibilité des services (18 %) et le fait que les services ne soient pas pris en charge par le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada (17,4 %).

En tout, 10,9 % des adultes des Premières Nations sont édentés, comparativement à 6,4 % dans l'ECMS. C'est dans le groupe d'âge plus vieux que l'on observe la plus grande disparité de prévalence de l'édentulisme entre les adultes des Premières Nations et les autres Canadiens : 41,8 % des adultes des Premières Nations âgés de 60 ans et plus sont édentés, comparativement à 21,7 % des adultes du même âge dans l'ensemble de la population canadienne. Le remplacement de dents manquantes (dentier partiel ou complet, implant, pont) est plus courant chez les femmes que chez les hommes (30,6 % vs 25,4 %). Parmi les dentés, le remplacement d'une dent est plus courant chez les groupes d'âge plus vieux, ce qui concorde avec le fait d'avoir moins de dents. Moins d'adultes édentés des Premières Nations âgés de 60 à 79 ans ont des dents remplacées comparativement aux Canadiens édentés (86,7 % vs 93,5 %).

Un adulte des Premières Nations sur quatre (24,8 %) n'a aucun besoin autodéclaré en traitement dentaire. Les besoins en restauration et en entretien ont augmenté depuis l'Enquête pilote de l'ERS en 1997 et l'ERS 2002-03 : 43,9 % des adultes des Premières Nations dans l'ERS 2008-10 nécessitent des traitements de restauration, comparativement à 36,9 % dans l'ERS 2002-03 et à 15,4 % dans l'Enquête pilote de l'ERS; et 61 % nécessitent un entretien (p. ex., examen ou nettoyage), comparativement à 48,4 % dans l'ERS 2002-03 et à 8,5 % dans l'Enquête pilote de l'ERS en 1997. L'analyse par groupe d'âge indique que 41,5 % des adultes âgés de 60 ans et plus nécessitent des traitements prothétiques; 8,3 % de ceux âgés de 50 à 59 ans nécessitent des soins parodontaux; 7,2 % de ceux

âgés de 18 à 29 ans nécessitent des traitements orthodontiques; et 6,9 % de ceux âgés de 40 à 49 ans nécessitent des soins d'urgence. Une importante population d'adultes édentés des Premières Nations nécessitent des traitements prothétiques : 55,1 % comparativement à 39,4 % des adultes édentés dans l'ensemble de la population canadienne.

Les résultats révèlent que les adultes des Premières Nations ont moins accès aux soins dentaires, connaissent une prévalence plus élevée d'édentulisme et des besoins plus élevés en traitements dentaires, que le reste de la population canadienne. Des ressources devraient être investies dans la promotion de la santé afin d'améliorer la santé buccodentaire et l'accès aux soins des membres des Premières Nations.

PRINCIPAUX CONSTATS

- 56,5 % des adultes des Premières Nations rapportent avoir eu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête, soit 63,1 % de femmes et 50,0 % d'hommes. On n'observe aucun changement aux soins dentaires dans l'année précédente depuis la dernière ERS (2002-03) (59,2 %); toutefois, les soins dentaires au cours de l'année précédente demeurent beaucoup moins élevés que ceux de l'ensemble de la population canadienne (71,6 % des adultes âgés de 20 à 79 ans dans l'ECMS 2007-09).
- Le taux les plus élevés de soins dentaires au cours de l'année précédant l'Enquête sont observés chez ceux ayant complété leurs études secondaires (65,9 %), ceux qui ont une activité rémunérée à l'heure actuelle (63,8 %), et ceux âgés de 18 à 49 ans (environ 60 %).
- Le plus faible taux de soins dentaires au cours de l'année précédant l'Enquête est observé chez les adultes édentés de 60 ans et plus (16,3 %).
- Près d'un quart (24,1 %) des adultes des Premières Nations rapportent des listes d'attente trop longues pour les soins dentaires. Le fait que des services ne soient pas pris en charge par le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada est également identifié comme un obstacle (17,4 %).
- Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations est plus susceptible d'avoir perdu toutes leurs dents naturelles comparativement aux adultes dans l'ensemble de la population canadienne (10,9 % vs 6,4 %).
- L'édentulisme (perte complète des dents) est plus élevé chez les Premières Nations âgés de 60 ans et plus (41,8 %).
- Le port de prothèses dentaires (fixes ou amovibles) est plus courant chez les adultes plus âgés des Premières Nations, ce qui concorde avec le fait d'avoir moins de dents.
- Moins d'adultes édentés des Premières Nations âgés de 60 à 79 ans ont des dents remplacées (c.-à-d., dentier partiel ou complet, implant ou pont) comparativement aux Canadiens édentés (86,7 % vs 93,5 %).
- De façon générale, un adulte des Premières Nations sur quatre n'a aucun besoin en traitement dentaire autodéclaré, mais les besoins dentaires varient selon l'âge et le statut dentaire.
- En général, le besoin en soins dentaires est plus élevé chez les jeunes adultes des Premières Nations, à l'exception des services prothétiques.
- Une plus grande proportion d'adultes édentés des Premières Nations nécessite des services prothétiques comparativement aux adultes édentés dans la population canadienne (55,1 % vs 39,4 %).
- Les besoins en restauration (par ex. obturation) et en entretien (par ex., examen de routine et nettoyage) ont augmenté depuis l'ERS 2002-03.

INTRODUCTION

Les Premières Nations au Canada doivent être en mesure d'accéder à des soins dentaires appropriés afin de maintenir et d'améliorer leur santé buccodentaire et leur bien-être. La plupart des Premières Nations qui reçoivent des soins dentaires y accèdent par l'entremise du Programme de services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada, lequel permet aux Indiens inscrits et aux Inuit reconnus d'accéder à un éventail de soins dentaires qui ne sont pas couverts par un autre régime d'assurance maladie public ou privé. Les dépenses des SSNA en 2008-09 s'élèvent à 934,6 M\$; les soins dentaires représentent la troisième plus importante dépense des SSNA (18,9 %) avec 176,4 M\$, et connaissent le plus haut taux de croissance annuel (6,5 %) de tous les services (Direction des Services de santé non assurés, 2010). Toutefois, malgré les importantes ressources croissantes investies pour les soins dentaires, le recours aux soins dentaires demeure plus faible chez les Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne. Dans l'ERS 2002-03, la plupart des adultes des Premières Nations (59,2 %) rapportent avoir reçu une forme ou une autre de soins dentaires au cours de l'année précédant l'Enquête (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2005). Davantage de femmes des Premières Nations que d'hommes indiquent avoir reçu des soins dentaires (64,8 % vs 53,6 %), et davantage de jeunes adultes que d'adultes plus âgés (63,4 % de ceux âgés de 18 à 29 ans vs 39,8 % des personnes âgées de 60 ans et plus) rapportent avoir reçu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête (CGIPN, 2007). Selon les résultats du module sur la Santé buccodentaire de l'ECMS 2007-09 (Santé Canada, 2010), une plus grande proportion de Canadiens âgés de 20 à 79 ans que d'adultes des Premières Nations dans l'ERS 2008-10 indiquent avoir consulté un professionnel des soins dentaires au cours de l'année précédente (71,6 % vs 59,2 %). Le module sur la Santé buccodentaire de l'ECMS 2007-09 était une enquête représentative sur la santé buccodentaire de la population canadienne âgée de 6 à 79 ans mais n'était pas conçue pour collecter des données dans un échantillon représentatif d'Autochtones vivant hors réserve et excluait délibérément les personnes vivant dans les communautés des Premières Nations.

À l'instar des résultats sur l'accès aux soins buccodentaires, les besoins autodéclarés en traitement sont beaucoup plus élevés chez les Premières Nations, comparativement à près de deux tiers (65,8 %) de la population dentée au Canada pour qui aucun besoin en traitement n'a été identifié lors des examens buccodentaires dans le cadre de l'ECMS

2007-09 (Santé Canada, 2010). Selon les résultats de l'ERS 2002-03 (CGIPN, 2005), 5,5 % des adultes des Premières Nations âgés de 18 ans et plus estiment avoir au moins un problème dentaire urgent, en plus de rapporter d'autres besoins dentaires comprenant des soins d'orthodontie (3,6 %), des soins parodontaux (5,6 %), de la chirurgie buccodentaire (12,4 %), des traitements au fluor (13,8 %), des traitements prothétiques (14,0 %), des soins de restauration (36,9 %) et de l'entretien régulier tel que des examens et des nettoyages (48,4 %).

Les adultes des Premières Nations sont susceptibles de représenter une proportion anormalement élevée de ceux qui ont une mauvaise santé buccodentaire car ils font face à des défis uniques en matière de santé ainsi qu'aux plans socioéconomique et géographique au sein de leur communauté. Les véritables niveaux de besoin non comblés nécessitent toutefois une enquête nationale sur la santé buccodentaire avec une composante clinique. Les enquêtes par entrevue auprès des ménages telles que l'ERS ne recueillent pas de données cliniques sur la prévalence et la sévérité des maladies buccodentaires. La proportion d'individus qui n'ont aucune dent naturelle (les individus édentés) est un indicateur simple mais important de l'état de santé buccodentaire de la population. La perte de dents totale (édentulisme) autodéclarée est aussi valable qu'une perte de dents mesurée de façon clinique. Dans l'ERS 2008-10, les données sur l'édentulisme chez les adultes ont été recueillies. En effet, il est important de documenter les niveaux d'édentulisme chez les Premières Nations parce qu'ils reflètent l'historique de maladie buccodentaire et la disponibilité et l'accessibilité des soins. La rétention des dents naturelles est un état de santé souhaitable parce que même si la plupart des individus édentés portent des prothèses dentaires, la perte des dents a une incidence sur la qualité du régime alimentaire et la nutrition ainsi que sur l'état de santé général et la qualité de vie (Locker & Quiñonez, 2009).

Ce chapitre présente les résultats sur l'accès aux soins dentaires des adultes des Premières Nations et rend compte sur un certain nombre de déterminants de la santé, définis par le Cadre culturel de l'ERS, qui influencent la capacité de recevoir et d'utiliser les services dentaires (Dumont, 2005). Ce chapitre traite également des obstacles à l'accès aux soins dentaires et aux Services de santé non assurés, des niveaux de besoins perçus en matière de traitements dentaires, de la prévalence autodéclarée du statut dentaire, du port d'une prothèse et des traumatismes dentaires chez les adultes des Premières Nations âgés de 18 ans et plus dans l'ERS 2008-10. Pour situer ces résultats en contexte, ils ont été comparés, lorsque cela était possible, aux données nationales des groupes d'âge

correspondants issues du module national sur la Santé buccodentaire de l'ECMS 2007-09 (Santé Canada, 2010). Ce chapitre comprend également des comparaisons avec les données des communautés des Premières Nations recueillies à d'autres périodes : l'Enquête pilote de l'ERS 1997 (Comité directeur national sur l'enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, 1999) et l'ERS 2002-03 (CGIPN, 2005). L'ERS est une source importante d'information sur le recours aux soins dentaires et les besoins en traitement chez les Premières Nations. La comparaison de ces résultats actuels avec ceux tirés d'enquêtes précédentes a permis d'évaluer les tendances en matière de recours aux soins dentaires et de besoins en traitement perçus dans cette population.

MÉTHODOLOGIE

Contenu sur la santé buccodentaire de l'ERS 2008-10

Six questions précises sur la santé buccodentaire ont été utilisées comme mesure de l'état aux fins d'analyse pour ce chapitre. Les questions visaient à recueillir de l'information sur l'accès aux soins dentaires, les besoins perçus en traitements dentaires, la présence de dents naturelles, et le port de prothèses. Dans une section distincte, les adultes étaient invités à indiquer s'ils avaient rencontré des obstacles dans l'obtention de soins dentaires par l'entremise du Programme des SSNA.

Les adultes des Premières Nations ont été invités à indiquer à quand remontait leur dernière visite chez le dentiste. Les réponses possibles étaient « moins de six mois », « de six mois à un an », « d'un à deux ans », « de deux à cinq ans », « plus de cinq ans », et « je n'y suis jamais allé ». Les réponses pondérées par la population sont présentées au Tableau 13.1. Elles ont ensuite été dichotomisées en « moins d'un an » et « plus d'un an ou jamais ». Ce seuil a été utilisé parce que la consultation d'un professionnel des soins dentaires au moins une fois au cours des 12 mois précédents est un indicateur de l'accès aux soins couramment utilisé dans les enquêtes nationales. Il s'agit néanmoins d'un indicateur très approximatif de l'accès aux soins dentaires dans la mesure où une consultation pour une extraction équivaut à une consultation ou plus pour un examen et un nettoyage.

Dans la seconde question, les adultes des Premières Nations ont été invités à identifier les obstacles rencontrés pour l'obtention de soins dentaires. Il y avait neuf réponses possibles qui n'étaient pas mutuellement exclusives (le répondant ne pouvait choisir qu'une seule réponse). La troisième question concernait la

section sur l'accès aux soins de santé du questionnaire à l'intention des adultes. Les adultes des Premières Nations étaient invités à indiquer s'ils avaient eu à surmonter des obstacles pour accéder à des services de santé par l'entremise du Programme SSNA. La question était générale et ne précisait pas une période de temps, comme une année, par exemple. La réponse « soins dentaires » a été sélectionnée pour l'analyse.

Les questions 4 et 5 portaient sur le statut dentaire, ou édentulisme (perte de dents totale), et le port de prothèses (*i.e.*, dentier partiel ou complet, implant ou pont). Les réponses possibles à ces questions étaient « oui » ou « non ». À la question 6, les adultes des Premières Nations devaient identifier les types de traitement dont ils avaient besoin, avec un choix de neuf réponses non mutuellement exclusives.

Un septième aspect a également été considéré. Découlant d'une section distincte de l'ERS qui traite des blessures, il consistait à demander aux participants s'ils avaient subi une blessure au cours de l'année précédant l'Enquête, puis à demander de l'information sur le type de blessure subie. Parmi les blessures rapportées, les traumatismes dentaires étaient ensuite choisis pour analyse.

Approche statistique

Des statistiques descriptives (fréquences et proportions) ont été utilisées pour estimer les niveaux d'accès aux soins dentaires, le statut dentaire, les besoins en traitement, et les autres aspects autodéclarés mesurés par les déterminants de la santé sélectionnés. Toutes les estimations sont fondées sur des données pondérées de façon à représenter la population des adultes des Premières Nations. L'estimation de la variance (intervalle de confiance de 95 %, coefficients de variation) est à l'origine de la procédure d'échantillonnage complexe. La différence entre les proportions est considérée statistiquement significative si la valeur p est inférieure à 0,05.

RÉSULTATS

Accès aux soins dentaires

Le Tableau 13.1 présente la répartition du pourcentage d'adultes des Premières Nations selon la dernière fois où des soins dentaires ont été reçus pour quelle que raison que ce soit. Un peu plus de trois quarts (76,6 %) ou trois adultes des Premières Nations sur quatre ont reçu une forme ou une autre de soins dentaires au cours des deux années précédant l'Enquête, et 32,4 % ont reçu des soins moins de six mois précédant l'Enquête. Une plus grande proportion de femmes des Premières Nations

que d'hommes indiquent avoir reçu des soins dentaires au cours de l'année précédente (63,1 % vs 50 %).

Les résultats de l'ERS en fonction de l'âge qui sont présentés au Tableau 13.1 révèlent une variation du recours aux soins dentaires selon l'âge. De façon générale, la proportion de l'accès récent aux soins dentaires est

plus grande chez les jeunes adultes et plus faible chez les adultes plus âgés. Par exemple, 84,1 % de ceux âgés de 18 à 29 ans ont eu recours à des soins dentaires au cours des deux années précédant l'Enquête, tandis que 29,5 % des personnes âgées de 60 ans et plus indiquent avoir eu des soins dentaires plus de cinq ans avant l'Enquête.

Tableau 13.1. Répartition du pourcentage d'adultes des Premières Nations, selon la dernière fois où des soins dentaires ont été reçus pour quelle que raison que ce soit, selon le sexe et le groupe d'âge (n = 10,353)

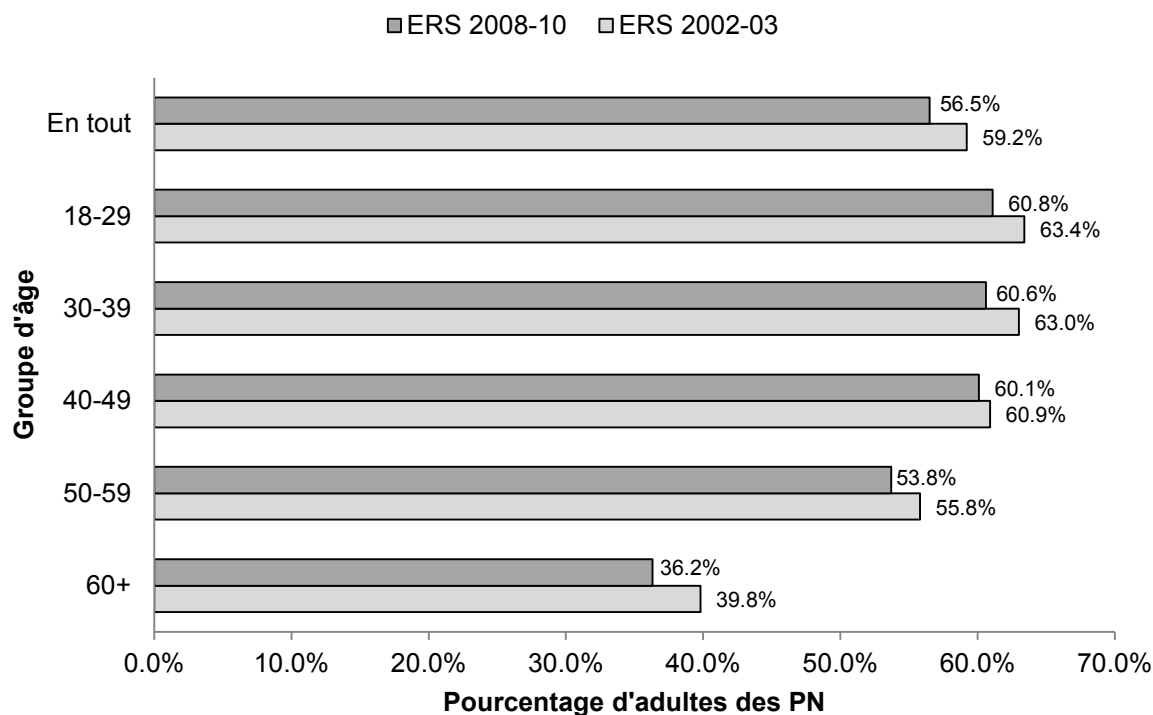
	Dernière fois où des soins dentaires ont été reçus					
	Moins de 6 mois	De 6 mois à 1 an	De 1 à 2 ans	De 2 à 5 ans	Plus de 5 ans	Jamais
	% (95 % IC)	% (95 % IC)	% (95 % IC)	% (95 % IC)	% (95 % IC)	% (95 % IC)
Tous	32,4 [31,1, 33,8]	24,0 [22,8, 25,3]	20,2 [19,0, 21,5]	12,0 [11,0, 13,1]	10,4 [9,7, 11,2]	0,8 [0,7, 1,0]
Hommes	28,6 [26,7, 30,5]	21,4 [19,7, 23,3]	21,3 [19,7, 23,0]	14,8 [13,2, 16,4]	12,8 [11,5, 14,1]	1,2 [0,9, 1,5]
Femmes	36,4 [34,5, 38,2]	26,7 [25,0, 28,5]	19,1 [17,3, 21,1]	9,3 [8,3, 10,4]	8,0 [7,3, 8,9]	0,5 ^E [0,4, 0,8]
Groupe d'âge						
18–29	34,4 [31,9, 36,9]	26,7 [24,5, 29,0]	23,0 [20,8, 25,3]	10,0 [8,4, 11,8]	5,6 [4,4, 6,9]	0,5 ^E [0,3, 0,8]
30–39	33,3 [30,4, 36,3]	27,3 [24,2, 30,6]	21,6 [18,2, 25,5]	12,0 [9,8, 14,6]	5,2 [4,1, 6,6]	0,6 ^E [0,4, 0,8]
40–49	34,0 [30,7, 37,4]	26,1 [23,5, 28,9]	18,6 [16,5, 20,9]	12,6 [10,2, 15,4]	8,5 [6,8, 10,6]	F
50–59	34,3 [30,5, 38,4]	19,4 [16,9, 22,2]	18,2 [15,8, 20,8]	13,3 [11,1, 15,8]	13,8 [11,9, 16,0]	1,0 ^E [0,5, 1,9]
60+	21,8 [19,4, 24,5]	14,4 [12,7, 16,4]	16,7 [14,4, 19,2]	14,5 [13,0, 16,2]	29,5 [26,8, 32,3]	3,0 [2,3, 4,0]

Note. IC = intervalle de confiance. E = Interpréter avec prudence (variabilité élevée de l'échantillonnage; coefficient de variation 16,6 % à 33,3 %). F = Donnée non fournie en raison de la variabilité extrême de l'échantillonnage ou de la petite taille de l'échantillon.

Comparativement aux données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009 sur les contacts avec un professionnel des soins dentaires au cours des 12 mois précédents, les 36,2 % d'adultes des Premières Nations âgés de 60 ans et plus ayant reçu des soins dentaires au cours de l'année précédant l'ERS 2008-10 sont une proportion moins élevée que les 56 % de Canadiens âgés de 65 ans et plus qui indiquent avoir consulté pour obtenir des soins buccodentaires au cours de l'année précédente dans l'ESCC 2009 (Agence de santé publique du Canada, 2010).

Comparativement aux résultats de l'ERS 2002-03 (CGIPN, 2005), on n'observe aucun changement dans l'obtention de soins dentaires au cours de l'année précédente chez les adultes des Premières Nations (voir Figure 13.1). Dans l'ERS 2008-10, l'obtention s'élève à 56,5 % (95 % IC: 54,8, 58,2), comparativement à 59,2 % (95 % IC: 57,1, 61,1) dans l'ERS 2002-03.

Figure 13.1. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui rapporte avoir reçu des soins dentaires quels qu'ils soient au cours des 12 mois précédant l'Enquête, selon le groupe d'âge, dans l'ERS 2008-10 (n = 10,345) et l'ERS 2002-03 (n = 10,455)



La prévalence de soins dentaires au cours de l'année précédente commence à décliner autour de 50 ans (voir Figure 13.1). Cette tendance a également été observée dans les résultats de l'ERS 2002-03.

Le Tableau 13.2 permet de comparer la prévalence de l'obtention de soins dentaires par les Premières Nations au cours de l'année précédente à la prévalence dans l'ensemble de la population canadienne (Santé Canada, 2010). Près de 72 % des adultes canadiens âgés de 20 à 79 ans ont reçu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant cette enquête, comparativement aux 56,5 % d'adultes des Premières Nations du même groupe d'âge. On observe cet écart dans tous les groupes d'âge, et plus particulièrement chez les personnes âgées : 36,9 % des adultes des Premières Nations âgés de 60 à 79 ans ont reçu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête comparativement à 68,4 % des personnes âgées dans l'ECMS.

L'accès aux soins dentaires varie également selon le statut dentaire; les adultes édentés des Premières Nations reçoivent moins de soins dentaires que les Canadiens ayant le même statut dentaire. Comparativement aux adultes dans l'ensemble de la population canadienne, les adultes dentés des Premières Nations affichent une prévalence moins élevée d'obtention de soins dentaires au cours de

l'année précédente (voir Tableau 13.2). Chez les adultes édentés, la seule comparaison possible est celle entre les adultes plus âgés (60-79 ans) dans l'ECMS et l'ERS en raison de la suppression de données pour l'ensemble de la population (par ex., prévalence trop faible pour un rapport fiable). L'obtention de soins dentaires chez les adultes édentés de 60-79 ans est beaucoup moins élevée chez les Premières Nations que chez les adultes du même âge dans l'ensemble de la population canadienne.

C'est chez les adultes édentés des Premières Nations âgés de 60 ans et plus que l'on observe le plus faible taux de soins dentaires reçus au cours de l'année précédente (16,3 %) (60-79 ans : 14,9 %).

Tableau 13.2. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui indiquent avoir reçu des soins dentaires quels qu'ils soient au cours des 12 mois précédant l'Enquête, selon l'âge et le statut dentaire, comparativement à l'ensemble de la population canadienne

Groupe d'âge		Soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête	
		ERS 2008-10 (n = 10,255)	ECMS 2007-09 (n = 3,508)
		% [95 % IC]	% [95 % IC]
20-79 ans	Total	56,4 [54,7, 58,2]	71,6 [68,4, 74,7]
	Dentés	59,7 [57,8, 61,5]	NA
	Édentés	28,9 [25,4, 32,7]	NA
20-39 ans	Total	60,7 [58,2, 63,3]	67,8 [64,0, 71,4]
	Dentés	60,8 [58,2, 63,3]	67,9 [64,1, 71,5]
	Édentés	59,6 [47,0, 71,1]	F
40-59 ans	Total	57,4 [55,0, 59,8]	76,7 [72,6, 80,4]
	Dentés	60,0 [57,5, 62,6]	78,5 [75,0, 81,6]
	Édentés	36,5 [9,3, 44,3]	F
60-79 ans	Total	36,9 [33,8, 40,1]	68,4 [59,6, 76,0]
	Dentés	51,1 [46,9, 55,3]	79,3 [72,9, 84,5]
	Édentés	14,9 [12,3, 18,0]	18,3 [13,6, 24,1]

Note. IC = Intervalle de confiance. F = Donnée non fournie en raison de la variabilité extrême de l'échantillonnage ou de la petite taille de l'échantillon.

Lorsque d'autres déterminants de l'obtention de soins dentaires par les adultes des Premières Nations sont utilisés, on observe des taux plus élevés de soins dentaires au cours de l'année précédant l'ERS chez ceux qui ont complété leurs études secondaires, ceux qui ont une activité rémunérée actuellement, les femmes, ceux âgés de 18 à 49 ans, ceux qui participent « parfois » ou « toujours ou presque toujours » aux activités culturelles communautaires, ceux qui sont dentés, ceux qui n'utilisent pas une langue des Premières Nations plus que toute autre langue dans leur vie quotidienne, ceux dont l'état de santé autodéclaré est bon/très bon/excellent, ceux qui ne portent pas de prothèse (c.-à-d., dentier partiel ou complet, implant ou pont), et ceux qui ne rapportent aucune limite à leurs activités quotidiennes. Il est intéressant de noter que la migration (quitter la réserve et y revenir plus d'une fois par année) n'est pas associée de façon significative à l'obtention de soins dentaires (voir Tableau 13.3).

Tableau 13.3. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui rapportent des soins dentaires quels qu'ils soient au cours des 12 mois précédant l'Enquête, selon des déterminants donnés de la santé

Déterminant de la santé (non pondéré n)	Soins dentaires au cours des 12 mois précédents	
	Pond. %	95 % IC
Tous (10,353)	56,5	[54,8, 58,2]
Hommes (4,711) Femmes (5,642)	50,0 63,1	[47,6, 52,4] [60,9, 65,1]
18–29 ans (2,364) 30–39 ans (1,770) 40–49 ans (1,713) 50–59 ans (1,920) 60+ ans (2,578)	61,1 60,6 60,1 53,7 36,3	[58,3, 63,8] [56,6, 64,4] [56,8, 63,3] [50,3, 57,2] [33,2, 39,4]
N'utilise pas une langue des Premières Nations dans la vie quotidienne (6,332) Utilise surtout une langue des Premières Nations dans la vie quotidienne (4,020)	58,8 52,3	[56,7, 61,0] [49,8, 54,9]
N'a pas complété d'études secondaires (6,664) A complété des études secondaires (3,469)	50,8 65,9	[48,7, 52,9] [63,7, 68,1]
N'a pas d'activité rémunérée actuellement (5,739) A une activité rémunérée actuellement (4,496)	49,8 63,8	[47,7, 51,9] [61,4, 66,1]
État de santé autodéclaré Excellent/très bon/bon (7,746) Passable/mauvais (2,584)	58,7 49,0	[56,7, 60,6] [46,1, 51,9]
Non-fumeur (4,865) Fumeur quotidien ou occasionnel (5,386)	57,9 55,5	[55,0, 60,6] [53,3, 57,6]
Édenté (1,718) Denté (8,547)	29,1 59,7	[25,8, 32,8] [57,8, 61,5]
Ne porte aucune prothèse (par ex., dentiers) (6,501) Porte une prothèse (3,759)	58,3 51,6	[56,3, 60,3] [48,9, 54,2]
Limites aux activités Non (7,002) Oui, parfois (2,006) Oui, souvent (1,043)	58,3 54,0 45,7	[56,3, 60,2] [50,4, 57,6] [41,1, 50,3]
Ne quitte pas et ne revient pas dans la réserve plus d'une fois par année (4,809)* Quitte et revient dans la réserve plus d'une fois par année (898)*	59,9 57,6	[57,8, 61,9] [53,0, 62,1]
Participe aux événements culturels communautaires Toujours/presque toujours (2,384) Parfois (4,626) Rarement (1,916) Jamais (1,200)	60,8 59,0 50,9 47,4	[57,6, 63,9] [56,8, 61,2] [47,6, 54,3] [43,7, 51,1]

*Parmi ceux qui ont vécu en dehors de leur communauté des Premières Nations

Obstacles à l'accès aux soins dentaires

Un peu moins d'un quart (24,1 %) des adultes des Premières Nations rapportent de longues listes d'attente pour les soins dentaires (voir Tableau 13.4). Les autres principaux obstacles à l'obtention de soins comprennent la non-disponibilité des services dans la région (18,0 %), le fait que les services ne sont pas pris en charge par le Programme des SSNA de Santé Canada (17,4 %), et l'impression que les soins dispensés ne répondent pas aux besoins (15,5 %). Dans une question distincte, les adultes des Premières Nations étaient invités à indiquer s'ils avaient dû surmonter des obstacles pour

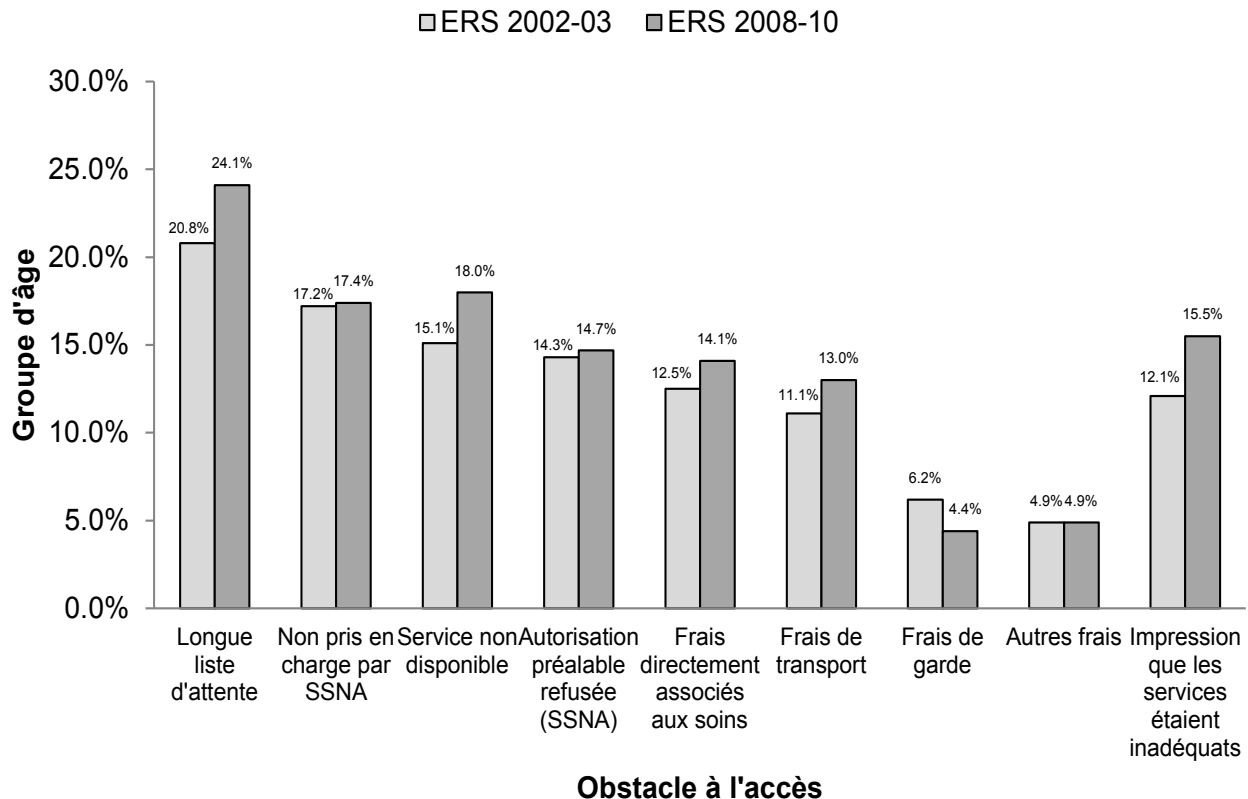
accéder à des services par le Programme des SSNA au cours des 12 mois précédents : 12,5 % ont rapporté des obstacles pour obtenir des soins dentaires. Une plus grande proportion de femmes que d'hommes rapportent certains obstacles (par ex., services non couverts par les SSNA, autorisation préalable de prise en charge pas les SSNA refusée, et frais de garde) (voir Tableau 13.4).

Tel qu'on peut le constater à la Figure 13.2, la prévalence des obstacles aux soins dentaires est demeurée relativement inchangée depuis l'ERS 2002-03.

Tableau 13.4. Obstacles à l'accès aux soins dentaires rapportés par les adultes des Premières Nations dans l'ERS 2008-10

Obstacles à l'accès aux soins dentaires	Hommes		Femmes		Tous	
	%	95 % IC	%	95 % IC	%	95 % IC
Services dentaires non disponibles dans ma région (n = 10,459)	17,4	[15,8, 19,2]	18,5	[16,9, 20,3]	18,0	[16,6, 19,5]
Liste d'attente trop longue (n = 10,320)	23,2	[21,2, 25,3]	25,1	[22,9, 27,4]	24,1	[22,3, 26,1]
Service non couvert par les SSNA (n = 9,979)	14,3	[12,5, 16,4]	20,5	[18,4, 22,7]	17,4	[15,7, 19,2]
Autorisation préalable pour services par les SSNA refusée (n = 9,952)	11,9	[10,4, 13,7]	17,4	[15,5, 19,5]	14,7	[13,2, 16,3]
Frais directement associés aux soins dentaires (n = 10,061)	12,7	[11,0, 14,7]	15,4	[13,8, 17,2]	14,1	[12,6, 15,7]
Frais de transport (n = 10,195)	12,2	[10,7, 13,9]	13,7	[12,5, 15,1]	13,0	[11,8, 14,2]
Frais de garde (n = 9,859)	3,4	[2,7, 4,3]	5,4	[4,7, 6,2]	4,4	[3,8, 5,1]
Autres frais (n = 9,576)	4,1	[3,4, 5,0]	5,7	[4,8, 6,7]	4,9	[4,2, 5,6]
Impression que les soins dentaires sont inadéquats (n = 9,433)	15,3	[13,5, 17,3]	15,7	[14,1, 17,5]	15,5	[14,2, 16,9]

Figure 13.2. Obstacles à l'accès aux soins dentaires rapportés par les adultes des Premières Nations dans l'ERS 2002-03 (n = 10,018–10,549) et l'ERS 2008-10 (n = 9,433–10,459)



Statut dentaire et port de prothèses

Dans l'ERS 2008-10, les répondants étaient invités à indiquer s'ils avaient toujours une de leurs propres dents ou plus (statut dentaire) et s'ils portaient un dentier partiel ou complet, un implant ou un pont pour remplacer des dents manquantes.

Dans l'ensemble, 10,9 % des adultes des Premières Nations rapportent être édentés. L'édentulisme augmente avec l'âge : 18-29 ans (2,6 % [1,9, 3,6]), 30-39 ans (2,2 % [1,7, 2,9]), 40-49 ans (7,6 % [5,9, 9,8]), 50-59 ans (17,1 % [14,7, 19,9]), et 60 ans et plus (41,8 % [39,2, 44,4]). Il apparaît que les adultes des Premières Nations

âgés de 18 à 39 ans ont des taux considérablement plus bas de perte de dents totale que les cohortes plus âgées. On n'observe aucune différence selon le sexe.

Le Tableau 13.5 permet de comparer l'édentulisme chez les adultes des Premières Nations et chez les adultes dans l'ensemble de la population canadienne selon le groupe d'âge. Le plus grand écart dans la prévalence de l'édentulisme entre les Premières Nations et les autres Canadiens peut être observé chez le groupe le plus âgé – ceux âgés de 60-79 ans – avec 39 % des Premières Nations qui sont édentés, comparativement à 21,7 % de leurs pairs dans l'ensemble de la population canadienne.

Tableau 13.5. Pourcentage d'adultes édentés (20-79 ans), selon le sexe et le groupe d'âge dans l'ECMS 2007-09 (n = 3,508) et l'ERS 2008-10 (n = 10,255)

	Pourcentage d'individus édentés	
	ERS 2008-10	ECMS 2007-09
	% 95 % IC	% 95 % IC
Tous	10,8 [10,0, 11,7]	6,4 [4,9, 8,3]
Hommes	10,6 [9,5, 11,9]	6,3 [4,6, 8,5]
Femmes	11,0 [10,0, 12,1]	6,5 [4,9, 8,6]
20-39 ans	2,5 [2,0, 3,1]	F
40-59 ans	11,6 [10,1, 13,3]	4,4 ^E [3,0, 6,3]
60-79 ans	39,9 [37,2, 42,6]	21,7 [15,7, 29,1]

Note. IC = Intervalle de confiance. F = Donnée non fournie en raison de la variabilité extrême de l'échantillonnage ou de la petite taille de l'échantillon

^E Interpréter avec prudence (variabilité élevée de l'échantillonnage; coefficient de variation 16,6 % à 33,3 %).

Près de trois adultes édentés des Premières Nations sur quatre (74,7 %) portent des prothèses (c.-à-d., dentier partiel ou complet, implant ou pont) (voir Tableau 13.6). Le port de prothèses est plus courant chez les femmes que chez les hommes (30,6 % vs 25,4 %). Parmi les dentés, le port de prothèses, qu'elles soient fixes ou amovibles, est plus courant chez les groupes plus âgés, ce qui concorde avec le fait d'avoir moins de dents.

Le port de prothèses chez les adultes édentés semble être plus élevé dans l'ensemble de la population canadienne comparativement à la population adulte des Premières Nations. En effet, tandis que 92,4 % (95 % IC [81,7, 97,1]) des Canadiens édentés âgés

de 40 à 59 ans portent des prothèses au maxillaire et à la mandibule, 74,5 % (95 % IC [67,5, 80,5]) des adultes édentés des Premières Nations du même groupe d'âge portent un type ou un autre de prothèses.

Pareillement, 93,5 % (95 % IC [89,1, 96,2]) des Canadiens édentés âgés de 60 à 79 ans portent des prothèses, comparativement à relativement moins (86,7 %, 95 % IC [83,3, 89,6]) d'adultes édentés des Premières Nations du même groupe d'âge.

Tableau 13.6. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui portent des prothèses* selon le sexe, le groupe d'âge et le statut dentaire dans l'ERS 2008-10

	Pourcentage qui portent des prothèses*	
	Pond. %	95 % IC
Tous (n = 10,790)	28,0	[26,7, 29,3]
Dentés (n = 8,887)	22,3	[21,0, 23,6]
Édentés (n = 1,824)	74,7	[70,8, 78,2]
Hommes (n = 4,952)	25,4	[23,7, 27,2]
Dentés (n = 4,112)	20,3	[18,6, 22,2]
Édentés (n = 807)	70,0	[63,9, 75,4]
Femmes (n = 5,838)	30,6	[29,0, 32,3]
Dentées (n = 4,775)	24,3	[22,7, 26,0]
Édentées (n = 1,017)	79,0	[75,0, 82,5]
18-29 ans (n = 2,434)	6,2	[4,9, 7,8]
Dentés (n = 2,344)	6,0	[4,7, 7,6]
Édentés (n = 64)	F	---
30-39 ans (n = 1,824)	13,2	[11,4, 15,3]
Dentés (n = 1,757)	12,4	[10,7, 14,4]
Édentés (n = 52)	39,7	[28,0, 52,7]
40-49 ans (n = 1,754)	30,8	[27,9, 34,0]
Dentés (n = 1,608)	28,5	[25,6, 31,7]
Édentés (n = 141)	58,3	[44,9, 70,6]
50-59 ans (n = 2,007)	50,9	[46,6, 55,3]
Dentés (n = 1,583)	44,2	[39,6, 48,9]
Édentés (n = 411)	84,0	[75,6, 89,9]
60+ ans (n = 2,762)	69,0	[66,3, 71,5]
Dentés (n = 1,587)	56,5	[53,3, 59,7]
Édentés (n = 1,155)	86,3	[83,0, 89,1]

Note. IC = Intervalle de confiance. n = nombre total de répondants (compte non pondéré). F = Donnée non fournie en raison de la variabilité extrême de l'échantillonnage ou de la petite taille de l'échantillon

* Prothèses = dentier partiel ou complet, implant ou pont.

Traumatismes dentaires

Selon les résultats de l'ERS 2008-10, 18,6 % (95 % IC [17,5, 19,8]) des adultes des Premières Nations ont subi une blessure au cours de l'année précédant l'Enquête, et parmi ceux-ci, seuls 5,4 % ont indiqué un traumatisme dentaire, 5,0 %^E d'hommes et 6,1 %^E de femmes (95 % IC

[3,2, 7,5] et [4,4, 8,5], respectivement). Ce taux se situe bien en-deçà du taux canadien de traumatismes à une incisive identifiés en clinique qui est estimé à 23,9 % (95 % IC [19,9, 28,4]) pour les non-Autochtones et à 19,9 % (95 % IC [10,8, 33,5]) pour les Autochtones qui vivent en dehors des réserves, selon les résultats de l'ECMS 2007–09 (Santé Canada, 2010). Dans l'ERS 2002-03, seuls 3,9 % des adultes des Premières Nations indiquaient avoir subi un traumatisme dentaire assez grave pour nécessiter des soins dentaires au cours de l'année précédant cette enquête (CGIPN, 2005). Bien que la prévalence de traumatismes dentaires ait augmenté chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations au cours de la période de cinq ans entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10, un nombre si faible de participants a subi un traumatisme dentaire qu'il a été impossible d'obtenir des données fiables ou d'investiguer les causes et les risques ou les facteurs préventifs de ces traumatismes ou leur lien potentiel avec la consommation l'alcool et d'autres substances.

Besoins en traitements dentaires perçus

Un adulte des Premières Nations sur quatre (24,8 %) n'a aucun besoin en traitement dentaire autodéclaré. En d'autres mots, trois adultes des Premières Nations sur quatre (75,2 %) estiment avoir des besoins en traitements dentaires. Les besoins perçus en traitement de restauration, traitement au fluor, et soins d'urgence (parmi ceux qui estiment avoir des besoins en traitements) ont diminué depuis l'ERS 2002-03 (voir Tableau 13.7). La prévalence des autres besoins en traitements est demeurée relativement stable depuis l'ERS 2002-03.

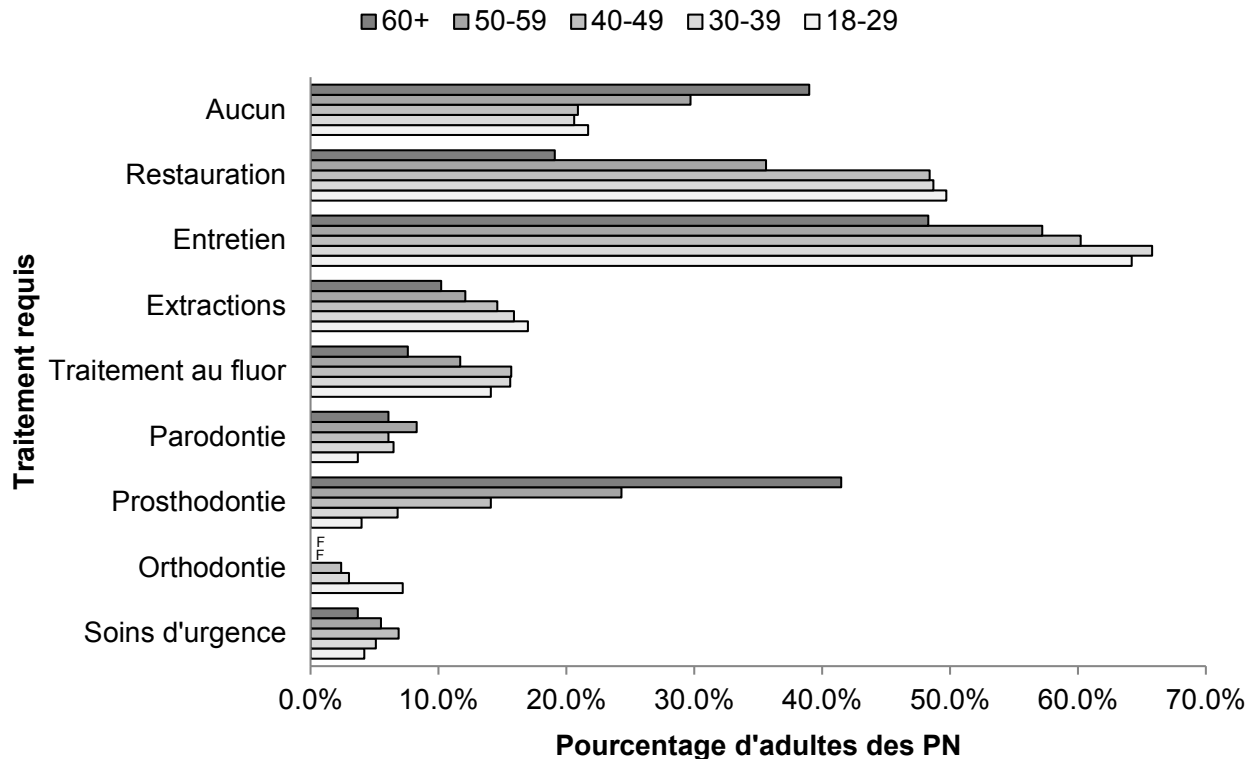
Tableau 13.7. Type de traitements requis (parmi ceux qui indiquent avoir des besoins en traitements dentaires)

Type de traitement dentaire requis*	ERS 2002-03 (n =7,649)	ERS 2008-10 (n =7,813)
	% [95 % IC]	% [95 % IC]
Restauration (par ex., obturation, couronne, pont)	48,8 [46,2, 51,4]	43,9 [42,2, 45,6]
Entretien (par ex., examen ou nettoyage)	63,9 [61,3, 66,6]	61,0 [59,0, 62,9]
Extraction	16,4 [14,9, 17,9]	14,8 [13,5, 16,1]
Traitement au fluor	18,3 [16,4, 20,3]	13,8 [12,5, 15,1]
Parodontie (soins des gencives)	7,5 [6,3, 8,8]	5,7 [4,7, 7,0]
Prosthodontie (par ex., dentiers, y compris réparation et entretien)	18,5 [16,7, 20,6]	13,8 [12,7, 14,9]
Orthodontie (par ex., broches)	4,7 [4,0, 5,5]	3,5 [2,9, 4,2]
Soins d'urgence (problèmes dentaires nécessitant une attention immédiate)	7,3 [6,4, 8,4]	5,1 [4,5, 5,9]

*Plusieurs réponses possibles.

L'analyse par groupe d'âge indique que les besoins en traitements dentaires, tels que la restauration et l'entretien, diminuent avec l'âge (voir Figure 13.3, Annexe). Les extractions et les traitements au fluor sont également plus courants chez les adultes plus jeunes, et la plus grande proportion de besoins en orthodontie est rapportée par ceux âgés de 18 à 29 (7,2 %). Les besoins en parodontie et en prosthodontie augmentent avec l'âge : 8,3 % de ceux âgés de 50 à 59 ans nécessitent des traitements en parodontie, et 41,5 % des adultes âgés de 60 ans et plus nécessitent des traitements en prosthodontie. Les besoins en soins d'urgence sont plus élevés chez les 40 à 49 ans (6,9 %).

Figure 13.3. Type de traitement requis, selon le groupe d'âge, dans l'ERS 2008-10 (n = 7,805) (parmi ceux qui nécessitent des traitements)



Note. F = Donnée non fournie en raison de la variabilité extrême de l'échantillonnage ou de la petite taille de l'échantillon. E = Interpréter avec prudence (variabilité élevée de l'échantillonnage; coefficient de variation 16,6 % à 33,3 %)

En ce qui a trait aux types de besoins en traitements et au statut dentaire (parmi ceux qui nécessitent des traitements), une plus grande proportion d'adultes dentés rapportent des besoins en entretien régulier (64,9 %), comparativement à 24,7 % des adultes édentés (voir Figure 13.3). En revanche, une grande proportion d'adultes édentés des Premières Nations nécessite des traitements en prosthodontie (55,1 %), comparativement aux adultes dentés.

DISCUSSION

De nombreuses études ont démontré qu'indépendamment de leur accès relatif au système biomédical ou de leur utilisation de celui-ci, les membres des Premières Nations continuent d'être affectés par un fardeau plus lourd en santé buccodentaire que leurs pairs dans l'ensemble de la population canadienne. Les présentes données de l'ERS confirment qu'un écart subsiste en ce qui a trait à l'accès aux soins dentaires. Alors que 56,5 % des adultes des Premières Nations indiquent avoir reçu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête, 71,6 % des adultes canadiens dans le module sur la Santé buccodentaire de l'ECMS 2007-09 avaient

consulté un professionnel des soins dentaires au cours de l'année précédente. Les comparaisons nationales révèlent également que les adultes des Premières Nations (20-79 ans) sont plus susceptibles d'avoir perdu toutes leurs dents naturelles que les non-Premières Nations au Canada (10,8 % vs 6,4 %) et que relativement moins (86,7 %) d'adultes édentés des Premières Nations âgés de 60-79 ans portent des prothèses comparativement à 93,5 % des Canadiens édentés de la même tranche d'âge. En conséquence, une grande proportion d'adultes édentés des Premières Nations rapporte des besoins en traitements prosthodontiques, soit 55,1 %. Alors que l'accès aux soins de santé occidentaux n'est qu'un des déterminants de la santé dont dépendent les Premières Nations pour leur santé et leur bien-être, il est évident qu'un accès dans de meilleurs délais à des soins dentaires culturellement appropriés dès le jeune âge pourrait contribuer à prévenir la perte de dents et l'édentulisme chez les adultes des Premières Nations.

Lorsque les données sur l'accès aux soins dentaires, sur le statut dentaire autodéclaré, et sur les besoins en traitements dentaires perçus sont comparées à celles de groupes autochtones dans d'autres pays, les mêmes

inégalités apparaissent. Par exemple, chez les adultes aborigènes âgés de 35 à 54 ans ayant participé à l'enquête nationale australienne sur la santé buccodentaire des adultes en 2004–06, un pourcentage moins élevé avait consulté pour des soins dentaires au cours de l'année précédente comparativement aux Australiens non aborigènes (43,9 % vs 63 % [*Australian Research Centre for Population Oral Health, University of Adelaide, South Australia, 2009*]). Pareillement, un pourcentage plus élevé d'adultes aborigènes âgés de 35 à 54 ans étaient édentés (7,6 %) et ont rapporté un besoin de prothèses (21,7 %) d'obturations ou d'extractions (72,3 %) (*Australian Research Centre for Population Oral Health, University of Adelaide, South Australia, 2009*).

Chez les adultes plus jeunes dans l'ERS, les restaurations, l'entretien, l'extraction de dents, les traitements au fluor, et les traitements orthodontiques sont plus courants que les besoins en traitements parodontaux et prosthodontiques. La parodontite chronique est une maladie qui apparaît à l'âge adulte, et 8,3 % de ceux âgés de 50 à 59 ans estimaient avoir besoin de soins parodontaux (gencives) tels que le détartrage. Bien que la collecte de données cliniques ne soit pas une composante de l'ERS, la prévalence plus élevée de diabète chez les individus des Premières Nations comparativement à leurs pairs dans l'ensemble de la population canadienne donne à penser que les maladies parodontales pourraient être davantage répandues dans la population des Premières Nations (CGIPN, 2005). Une récente étude a révélé une prévalence élevée de parodontite chez les membres adultes de la Première Nation Sandy Bay au Manitoba (Brothwell & Ghiabi, 2009). Parmi les individus ayant participé comme répondants, 42,6 % étaient atteints de parodontite modérée, et 22,4 % avaient une parodontite localisée ou grave (Brothwell & Ghiabi, 2009). Il est possible que les répondants à l'ERS aient sous-déclaré leurs besoins en traitements parodontaux dans la mesure où les maladies parodontales sont souvent asymptomatiques.

Il va sans dire que des visites régulières chez un professionnel des soins dentaires sont nécessaires pour parvenir à une bonne santé parodontale, de façon particulière, et à une bonne santé buccodentaire de façon générale, et pour la maintenir. Les données portent à croire que des examens sur une base régulière et des soins de suivi rigoureux favorisent une meilleure santé buccodentaire. Une meilleure santé buccodentaire pèse moins lourd sur les services et signifie une réduction correspondante des dépenses en santé. Une étude fondée sur les dossiers dentaires du Programme des SSNA entre 1994 et 2001 a investigué l'hypothèse selon laquelle les dépenses du programme seraient

moins élevées pour les clients qui consultent de façon régulière comparativement aux clients qui consultent de façon irrégulière (Leake, Birch, Main, & Ho, 2006). Contrairement aux attentes, l'étude a révélé que les clients qui consultent de façon régulière entraînent les dépenses de programme les plus élevées (Leake et al., 2006). Il est possible que les clients qui estiment avoir un mauvais état de santé buccodentaire aient consulté le plus souvent, mais sans données sur le statut de santé buccodentaire, cette hypothèse ne peut être vérifiée.

Heureusement, une collecte de données sur le statut de santé buccodentaire clinique d'individus des Premières Nations de tous âges vivant dans les communautés des Premières Nations a été menée entre février 2009 et février 2010. L'Enquête sur la santé buccodentaire des Premières Nations (ESBPN) a été coordonnée par le CGIPN, et le rapport sera publié en 2012. Ce rapport présentera des données nationales sur un vaste éventail de mesures buccodentaires chez les Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations afin de permettre des comparaisons avec les données nationales de l'ECMS 2007–09 (Santé Canada, 2010). Les données recueillies fourniront une base pour les prochaines enquêtes sur la santé buccodentaire qui permettront de suivre l'état de santé buccodentaire de cette population et d'aider les décideurs politiques, les gestionnaires de programmes et les fournisseurs de soins de santé dans la mise en œuvre de programmes pour maintenir, promouvoir et améliorer la santé buccodentaire dans les communautés des Premières Nations dans l'ensemble du pays.

Il est important de tenir compte des facteurs de risque et des déterminants de la santé lors de l'élaboration des stratégies de promotion de la santé ciblant l'amélioration de la santé d'une population donnée. Dans l'ERS, la comparaison des facteurs qui influencent le recours aux soins dentaires chez les adultes des Premières Nations est particulièrement révélatrice. Les taux les plus élevés de soins dentaires au cours de l'année précédant l'Enquête ont été observés chez ceux qui ont complété leurs études secondaires (65,9 %) ou ceux qui ont une activité rémunérée actuellement (63,8 %). Le rôle des déterminants sociaux dans la santé buccodentaire ne fait aucun doute, mais les facteurs géographiques peuvent également influencer la prestation et la fréquence des soins dentaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations. De nombreuses communautés des Premières Nations n'ont pas de dentiste résident. Les dentistes arrivent plutôt du sud du Canada en avion pour offrir des services dans les communautés éloignées; il arrive souvent que seuls les cas les plus graves ne soient vus en raison d'un manque de temps. Par ailleurs, les enfants

et les adultes des Premières Nations doivent quitter leur communauté par avion pour obtenir des traitements et des soins d'urgence, parcourant ainsi de grandes distances pour avoir accès à un dentiste généraliste, un dentiste spécialiste, un denturologue ou des services hospitaliers non disponibles dans leur région. Les enjeux de transports, y compris les frais associés aux déplacements, peuvent donc limiter l'accès des Premières Nations à une gamme de soins dentaires. Ces facteurs peuvent être aggravés par les conditions climatiques, lesquelles peuvent rendre les déplacements difficiles. Les résultats de l'ERS 2008-10 indiquent que près d'un adulte des Premières Nations sur quatre estime qu'il y a de longues listes d'attente pour les soins dentaires; 18 % indiquent que les services ne sont pas disponibles dans leur communauté; et 13 % indiquent que les frais associés au transport pour obtenir des soins dentaires sont trop élevés. Le rôle des SSNA dans l'accès aux services a également été mis en évidence, avec 17,4 % des adultes des Premières Nations qui rapportent que le type de soins dentaires requis n'était pas pris en charge par le Programme des SSNA, et 14,7 % dont l'autorisation préalable de prise en charge par les SSNA a été refusée. Il est évident que l'accès aux soins dentaires pour les Premières Nations ne connaîtra aucune amélioration sans que des changements ne soient apportés aux limites et aux lignes directrices du Programme SSNA. Les exigences administratives et bureaucratiques doivent également être réduites car elles peuvent représenter un fardeau pour les fournisseurs de soins dentaires, nonobstant le rôle éthique de la dentisterie « organisée », c'est-à-dire les associations dentaires qui doivent être partenaires dans les questions d'accès chez les Premières Nations. Par ailleurs, la proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent des obstacles à l'accès aux soins dentaires a augmenté pour la plupart des types d'obstacles depuis l'ERS 2002-03 (CGIPN, 2005). Parallèlement à cela, les besoins en traitements dentaires perçus par ce même groupe ont également augmenté pour la plupart des traitements depuis l'ERS 2002-03.

Finalement, pour aider les adultes des Premières Nations à parvenir à un statut de santé buccodentaire comparable à celui des autres Canadiens ou meilleur que celui-ci, il est impératif que la prestation de soins de santé buccodentaire, tout en étant axée sur les services cliniques et curatifs, comporte un volet de promotion de la santé (Organisation mondiale de la santé, 1986). Les services de santé et de soins dentaires doivent s'inscrire dans une approche holistique de la santé privilégiée par les peuples des Premières Nations en étant axés sur l'ensemble des besoins de l'individu plutôt qu'en ne traitant simplement que la partie malade. Habituellement, les soins de

santé buccodentaire pour les populations des Premières Nations sont offerts selon un modèle ou un cadre médical occidental inapproprié culturellement qui ne tient pas compte des pratiques médicales, des attitudes et du savoir médical traditionnels ou qui les discrédite. Par contre, le Cadre culturel de l'ERS appuie les approches communautaires qui visent à améliorer et à renforcer la santé et le bien-être des Premières Nations (Dumont, 2005). En travaillant avec ce cadre, il est possible d'accroître les chances que les adultes des Premières Nations aient une meilleure dentition et une vie plus saine.

CONCLUSIONS

Les résultats de l'Enquête ont révélé que les adultes des Premières Nations qui vivent dans des communautés des Premières Nations au Canada ont moins accès aux soins dentaires que le reste de la population canadienne. Chez les adultes des Premières Nations dans cette Enquête, les taux de soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête diminuent avec l'âge et sont plus bas chez les édentés que chez les dentés. Ces inégalités peuvent expliquer, en partie, la différence deux fois plus grande entre la prévalence de l'édentulisme chez les adultes des Premières Nations plus âgés et leurs pairs dans l'ensemble de la population canadienne, ainsi que les proportions plus faibles de port de prothèses chez les adultes des Premières Nations. Tous ces résultats concordent avec les constats à l'effet que considérablement plus d'adultes des Premières Nations dans l'ERS 2008-10 que dans l'ERS 2002-03 rapportent des besoins en traitements dentaires. Il semble y avoir une forte corrélation entre l'accès à des soins dentaires professionnels et les déterminants de la santé tels que l'âge, la scolarité, l'emploi, la langue et la culture. Ces données indiquent clairement qu'il est nécessaire de s'attaquer aux déterminants de la santé des Premières Nations et de lever les obstacles à l'accès aux soins dentaires pour les Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques afin d'améliorer leur statut de santé buccodentaire. Malheureusement, les obstacles à l'accès aux soins dentaires n'ont connu aucune modification majeure depuis les résultats de l'ERS 2002-03. Pour s'assurer que les Premières Nations connaissent une amélioration de l'accès aux soins et une amélioration de leur santé buccodentaire, des ressources doivent être investies afin de réorienter les services dentaires vers la promotion de la santé. Les efforts doivent cibler les interventions qui ont le potentiel de réduire les iniquités entre les Premières Nations et les autres Canadiens en ce qui a trait à la santé buccodentaire et à l'accès aux soins. *Par exemple, des programmes qui adoptent une stratégie holistique qui reflète la culture, les pratiques traditionnelles et la vision du monde autochtones*

devraient être mis en œuvre. Par ailleurs, il est important de s'assurer que chaque programme ou politique intègre une évaluation exhaustive selon l'ethnie afin que les chercheurs et les décideurs politiques soient conscients du progrès accompli pour réduire la répartition inégale de la maladie buccodentaire et de ses déterminants.

RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada. (2010). *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2010: Growing Older—Adding Life to Years*. Ottawa : Agence de santé publique du Canada. Consulté à partir de www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/index-eng.php
- Australian Research Centre for Population Oral Health, University of Adelaide, South Australia. (2009). Oral health and visiting patterns of Indigenous Australian adults aged 35-54 years. *Australian Dental Journal*, 54(3), 271–73.
- Brothwell, D., & Ghiabi, E. (2009). Periodontal health status of the Sandy Bay First Nation in Manitoba, Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 68(1), 23–33.
- Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit. (1999). *First Nations and Inuit Regional Health Survey*. Ottawa: Auteur.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (ERS) 2002–03: Results for adults, youth and children living in First Nations communities*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Direction des Services de santé non assurés. (2010). *Non-Insured Health Benefits Program. First Nations and Inuit Health Branch. Annual Report 2008/2009*. Ottawa: Direction de la santé des Premières Nations et des Inuit, Santé Canada. Consulté à partir de www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/pdf/pubs/nihb-ssna/2009_rpt/2009_rpt-eng.pdf
- Dumont, J. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (ERS) Cultural Framework*. Ottawa: First Nations Information Governance Committee, Assembly of First Nations. Consulté à partir de www.rhs-ers.ca/english/pdf/rhs2002-03reports/developing-a-cultural-framework.pdf
- Lawrence, H. P. (2010). Oral health interventions among Indigenous populations in Canada. *International Dental Journal*, 60(3 Suppl 2), 229–34.
- Leake, J. L., Birch, S., Main, P. A., & Ho, E. (2006). Is regular visiting associated with lower costs? Analyzing service utilization patterns in the First Nations population in Canada. *Journal of Public Health Dentistry*, 66(2), 116–22.
- Locker, D., & Quiñonez, C. (2009). Functional and psychosocial impacts of oral disorders in Canadian adults: A national population survey. *Journal of the Canadian Dental Association*, 75(7), 521, eJCDA 521, 521a–e.
- Organisation mondiale de la santé. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. Genève : Organisation mondiale de la santé. Consulté à partir de www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html
- Santé Canada. (2010). *Report on the findings of the oral health component of the Canadian Health Measures Survey 2007–2009*. Ottawa : Bureau du dentiste en chef, Santé Canada. Consulté à partir de www.fptdwc.ca/assets/PDF/CHMS/CHMS-E-tech.pdf

Chapitre 14

Blessures et invalidités

SOMMAIRE

Blessures

Les membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques subissent un nombre anormalement élevé de blessures comparativement à l'ensemble de la population canadienne. L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 auprès des adultes âgés de 18 ans et plus dans les communautés des Premières Nations au Canada révèle que près d'un individu sur cinq (18,6 %) rapporte avoir subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Les chutes sont la cause de blessure la plus souvent identifiée (35,2 %), suivies des efforts trop intenses ou mouvements exigeants (12,9 %), des contacts accidentels avec une autre personne ou un animal (11,0 %), des accidents de véhicule motorisé (9,9 %), et des agressions (conjugale, familiale ou autre, 10,9 %). Les résultats révèlent que les causes de blessures varient selon l'âge et le sexe. Par exemple, l'utilisation d'une machine et d'outils est plus souvent rapportée comme cause de blessure par les hommes que par les femmes, tandis que les chutes sont plus souvent rapportées comme cause de blessure par les adultes plus âgés que par les adultes plus jeunes. De façon générale, les hommes âgés de 18 à 34 ans subissent plus souvent des blessures; 27,6 % d'entre eux ont subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Dans 28,9 % des blessures, les adultes étaient sous l'influence de l'alcool, de la marijuana ou d'autres drogues. Une plus grande proportion d'adultes qui consomment de l'alcool (en particulier parmi ceux qui consomment de façon excessive) et du cannabis ont subi une blessure comparativement à ceux qui ne consomment pas ces substances.

Invalidités

Plus d'un quart (27,9 %) des adultes des Premières Nations rapporte avoir des contraintes qui limitent leurs activités quotidiennes. Les problèmes les plus courants comprennent ceux liés à la vue, tels que lire; à la capacité de lever ou de porter un poids; et à l'effort physique, tels que monter un escalier sans s'arrêter. La vue, l'ouïe, la mobilité, la motricité et la douleur tendent à s'aggraver avec l'âge. Les problèmes cognitifs, dont la mémoire, le raisonnement et la résolution de problèmes, sont plus courants chez les adultes les plus jeunes et les plus âgés. L'élocution, c'est-à-dire le fait de se faire comprendre, est un problème plus courant chez les jeunes adultes âgés de 18 à 39 ans que chez les adultes âgés de 50 à 59 ans. Les problèmes relatifs aux émotions sont répartis également dans tous les groupes d'âge. La prévalence des contraintes limitant les activités est près de deux fois plus élevée chez ceux qui rapportent une blessure et cinq fois plus élevée chez ceux qui rapportent un problème de santé ou plus.

PRINCIPAUX CONSTATS

Blessures

- Près d'un adulte sur cinq (18,6 %) rapporte avoir subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête. C'est chez les jeunes hommes âgés de 18 à 34 ans que l'on observe la plus grande proportion de blessures (27,6 %).
- Une « chute » est la cause de blessure la plus souvent rapportée par plus du tiers (35,2 %) des adultes des Premières Nations qui déclarent avoir subi une blessure. Les agressions, dont la violence familiale, sont la cause d'environ une blessure sur dix (10,9 %).
- L'alcool, la marijuana, et autres substances ont été une influence dans 28,9 % des blessures. La majorité de ceux qui ont subi une blessure lors d'une agression rapporte que la consommation de substances était en cause (70,4 %).
- Un pourcentage plus élevé de blessures est observé chez ceux ayant des niveaux de revenu personnel et du ménage moins élevés et ceux qui consomment de l'alcool de façon excessive (*i.e.*, 5 consommations ou plus au moins une fois par mois pendant un an).

Invalidités

- Plus d'un quart des adultes (27,9 %) indiquent être limités dans la nature ou le nombre de leurs activités en raison de contraintes physiques ou mentales.
- Le pourcentage d'adultes des Premières Nations qui rapportent une invalidité augmente avec l'âge. Plus de la moitié (50,5 %) de ceux âgés de 55 ans et plus rapportent être limités dans leurs activités.
- Les contraintes les plus souvent rapportées comprennent la difficulté à voir ou à lire le texte dans les journaux (19,8 %), lever ou transporter un poids de 10 livres (15,8 %), et monter un escalier sans faire de pause (15,0 %).
- Les scores moyens pour la vue, l'ouïe, la mobilité, la motricité, et la douleur sont moins bons avec l'âge. Au plan de l'élocution, qui comprend le fait d'« être compris », les jeunes adultes ont des scores moins élevés que les adultes plus âgés. Au plan cognitif, qui comprend la mémoire, le raisonnement, et la résolution de problèmes, les adultes les plus jeunes (18 à 29 ans) et les plus âgés (60 ans et plus) ont les scores les moins élevés.
- Le pourcentage d'adultes des Premières Nations ayant un ou plusieurs problèmes de santé est près de cinq fois plus élevé chez ceux qui rapportent être limités dans leurs activités que chez ceux pour qui ce n'est pas le cas.
- Les adultes des Premières Nations ayant un revenu personnel ou du ménage moins élevé, ceux qui ne sont pas très actifs et ceux qui sont en surpoids ou obèses rapportent des niveaux plus élevés de contraintes dans leurs activités.
- Les adultes des Premières Nations qui sont limités dans leurs activités rapportent plus souvent un état de santé « passable » ou « mauvais » et moins souvent un état de santé « excellent » ou « très bon ».

INTRODUCTION

Les blessures et les invalidités sont deux causes courantes de souffrance, souvent graves, et parfois associées qui affectent de façon anormalement élevée les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations.

Blessures

Entre les âges de 1 et 44 ans, les blessures sont la principale cause de décès chez les Premières Nations (Santé Canada, 2003) ainsi que dans la population canadienne en général (Agence de santé publique du Canada, n.d.). Chez les Indiens inscrits¹, les causes externes² sont responsables de 21 % des décès chez les individus de sexe masculin et de 11 % des décès chez les individus de sexe féminin. Chez les Premières Nations, les blessures représentent plus de la moitié de toutes les années potentielles de vie perdues, plus que toutes les autres causes combinées (Santé Canada, 2003).

Les taux de mortalité pondérés selon l'âge en raison de causes externes sont 3,5 fois plus élevés chez les Indiens inscrits de sexe masculin et 3,7 fois plus élevés chez les Indiens inscrits de sexe féminin comparativement aux Canadiens non autochtones (Tjepkema, Wilkins, Sénécal, Guimond, E. & Penney, 2009). Le suicide représente environ un sixième (Tjepkema et al., 2009) à un quart (Santé Canada, 2001) de tous les décès de causes externes chez les adultes des Premières Nations.

Les taux de blessures sont également plus élevés chez les Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne. Par exemple, les membres des Premières Nations en Colombie-Britannique sont 1,8 fois plus susceptibles d'être hospitalisés pour une blessure que les autres résidents de la Colombie-Britannique (Turcotte et al., 2006). Pareillement, les membres des Premières Nations en Alberta affichent un taux deux fois plus élevé d'hospitalisations liées à une blessure et 1,5 fois plus élevé de consultations dans un service d'urgence que les autres Albertains. Le rapport des blessures infligées volontairement est près de sept fois plus élevé (*Alberta Centre for Injury Control & Research*, 2005).

1 Un Indien inscrit signifie un individu reconnu par le gouvernement fédéral comme étant inscrit en vertu de la Loi sur les Indiens.

2 Les causes externes signifient les raisons à l'origine d'un problème médical qui impliquent un objet ou un processus extérieur au corps. Les causes externes comprennent les accidents, les agressions, les blessures intentionnelles auto-infligées et les blessures qui résultent d'une intention indéterminée.

Les taux élevés de blessures et de mortalité suite à une blessure chez les Premières Nations du Canada indiquent qu'il est important d'avoir une compréhension approfondie des blessures dans les communautés des Premières Nations. Il est non seulement essentiel d'investiguer les taux de blessures chez les Premières Nations et les autres Canadiens, mais également de comprendre les sous-groupes les plus touchés par les blessures ainsi que les facteurs connexes.

Invalidités

Environ un Canadien sur sept (14,3 %) avait une invalidité en 2006, une augmentation par rapport à un sur huit (12,4 %) en 2001. Les taux varient de 3,7 % chez les enfants de 0 à 14 ans à plus de la moitié (56,3 %) de ceux âgés de 75 ans et plus. Les types d'invalidités les plus courants concernent la douleur, la mobilité et la motricité (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, n.d.). Les individus qui ont une invalidité gagnent moins, en moyenne, et sont plus susceptibles d'avoir un faible revenu. Ils sont sous-représentés dans la plupart des secteurs d'emploi. Environ un individu sur sept (14,8 %) a des besoins non comblés en santé. Et ce taux monte à 30 % chez ceux ayant une invalidité plus grave (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2010).

Comme dans le cas des blessures, il a été démontré que la prévalence des invalidités est plus élevée chez les Premières Nations que dans l'ensemble de la population adulte canadienne. Les adultes des Premières Nations qui ont une invalidité ont également des résultats moins bons que ceux sans invalidités en ce qui a trait au niveau de scolarisation, au revenu, à l'emploi et à la santé (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2005).

Notre compréhension moderne des invalidités s'est éloignée du modèle médical centré sur l'individu qui a des « incapacités » résultant d'un corps ou d'un esprit « endommagé » ou « anormal ». Le cadre de l'ERS, tout comme celui de l'Organisation mondiale de la santé (Organisation mondiale de la santé, n.d.), conceptualise l'invalidité de façon élargie, en termes d'interactions complexes entre les individus et leur environnement qui résultent en contraintes dans les activités. Par exemple, l'environnement d'un individu, tel qu'une allée encombrée ou un milieu de travail non sécuritaire, peut rendre cet individu plus susceptible d'avoir une contrainte dans ses activités.

Ce chapitre adopte une perspective holistique des

invalidités et des blessures afin de brosser le portrait des blessures et des contraintes limitant les activités chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations au Canada. Il présente une description détaillée des types de blessures et des contraintes, et en présente la répartition par groupe d'âge, sexe et autres variables démographiques et contextuelles. Le chapitre met également en lumière comment les blessures et les contraintes limitant les activités sont liées à d'autres mesures de la santé autodéclarées.

MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre traite des réponses aux questions sur les blessures et les contraintes limitant les activités de la section de l'ERS 2008-10 à l'intention des adultes. Les adultes des Premières Nations qui ont participé à l'ERS 2008-10 ont été invités à indiquer s'ils avaient subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Ceux qui répondaient par l'affirmative devaient alors indiquer le type de blessure, la partie du corps touchée, à quel endroit la blessure est survenue, ce qu'ils faisaient lorsque la blessure est survenue, la cause de la blessure, et si l'alcool ou des drogues étaient en cause.

Les adultes des Premières Nations devaient également indiquer leur niveau d'invalidité. Ils devaient indiquer si des contraintes physiques, mentales ou des problèmes de santé limitent la nature ou le nombre de leurs activités domestiques, professionnelles ou autres (réponses possibles : « Oui, souvent », « Oui, parfois », et « Non »). Les répondants devaient indiquer s'ils ont de la difficulté à voir ou à lire les caractères dans les journaux (avec des lunettes ou des lentilles de contact si le répondant a l'habitude d'en porter), à entendre une conversation normale (avec une prothèse auditive si le répondant a l'habitude d'en porter), à avoir une élocution qui leur permet d'être compris par les gens qui parlent la même langue qu'eux, à soulever ou à porter un poids de 10 livres, à marcher 5 minutes sans pause, ou à monter un escalier sans pause. Les répondants devaient également répondre à une série de questions fondées sur l'Indice de l'état de santé (IES). L'IES, qui permet de mesurer les dimensions de la santé que sont la vue, l'ouïe, l'élocution, la mobilité, la douleur, la motricité, l'autonomie, les émotions et la mémoire, peut être utilisé pour créer une mesure de l'état de santé ou de la qualité de vie selon la santé (*Health Utilities Inc*, n.d.). L'IES a été utilisé pour générer un score pour chaque élément dans une série de domaines de la santé ainsi qu'un score global pour plusieurs éléments. Le plus haut score possible est 1,0.

Les résultats relatifs aux blessures sont d'abord

présentés, suivis de ceux sur les invalidités. Toute différence décrite entre deux groupes est statistiquement significative à moins d'indication contraire.

Les corrélations entre les blessures et les invalidités et différentes covariables ont également été évaluées.

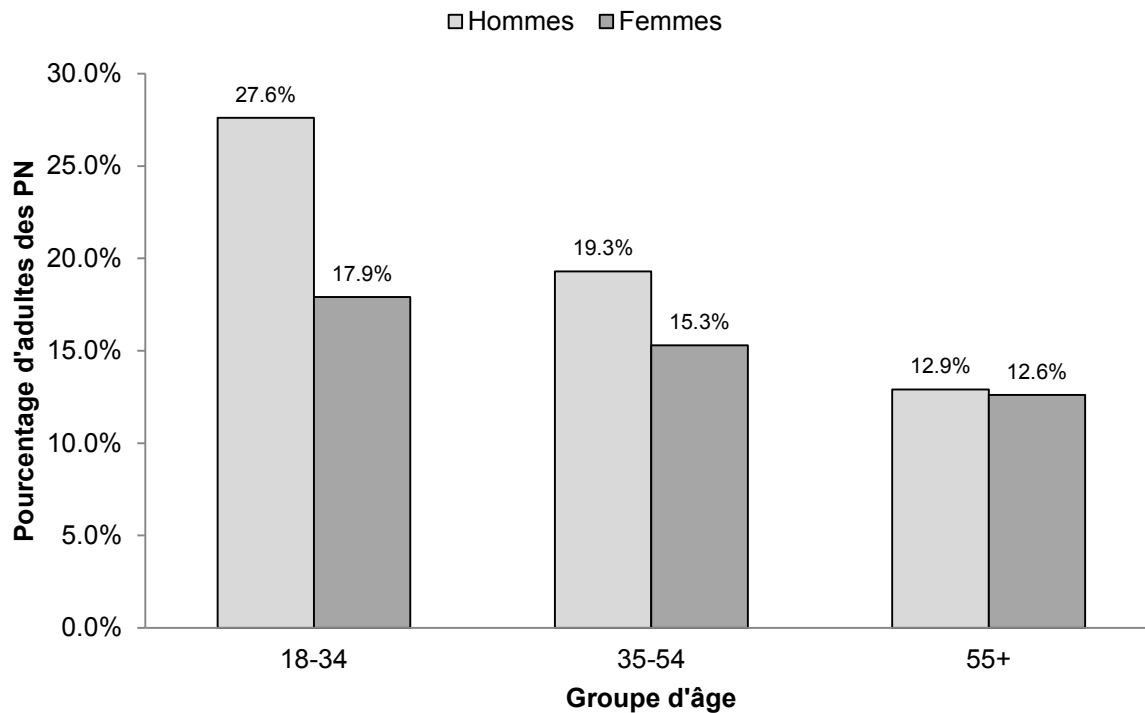
RÉSULTATS

Blessures

Près d'un adulte sur cinq (18,6 %, 95 % IC [17,5, 19,8]) âgé de 18 et plus rapporte avoir subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Bien que la prudence soit de mise dans les comparaisons en raison de changements à la formulation des questions entre les phases de l'ERS, ce taux de blessure semble inférieur à celui rapporté pour une question similaire dans l'ERS 2002-03, mais tout de même supérieur au taux rapporté pour l'ensemble des Canadiens en 2009. Dans l'ERS 2002-03, 28,8 % des répondants indiquent avoir subi une blessure qui « a nécessité les soins d'un professionnel de la santé » au cours des 12 mois précédant l'Enquête (CGIPN, 2005). Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009, 8,1 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus rapportent avoir subi une blessure au cours des 12 mois précédents qui a nécessité des soins médicaux (Statistique Canada, n.d.).

Dans l'ERS 2008-10, davantage d'hommes des Premières Nations que de femmes rapportent des blessures (21,3 % vs 15,8 %, 95 % IC [19,7, 23,0] et [14,3, 17,4]). C'est chez les hommes les plus jeunes (18 à 34 ans) qu'on observe la plus grande proportion de blessures (27,6 %, 95 % IC [26,1, 29,6]). Les taux de blessures chez les adultes selon le groupe d'âge et le sexe sont présentés à la Figure 14.1.

Figure 14.1. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui ont subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête, selon le groupe d'âge et le sexe (n = 10, 868)



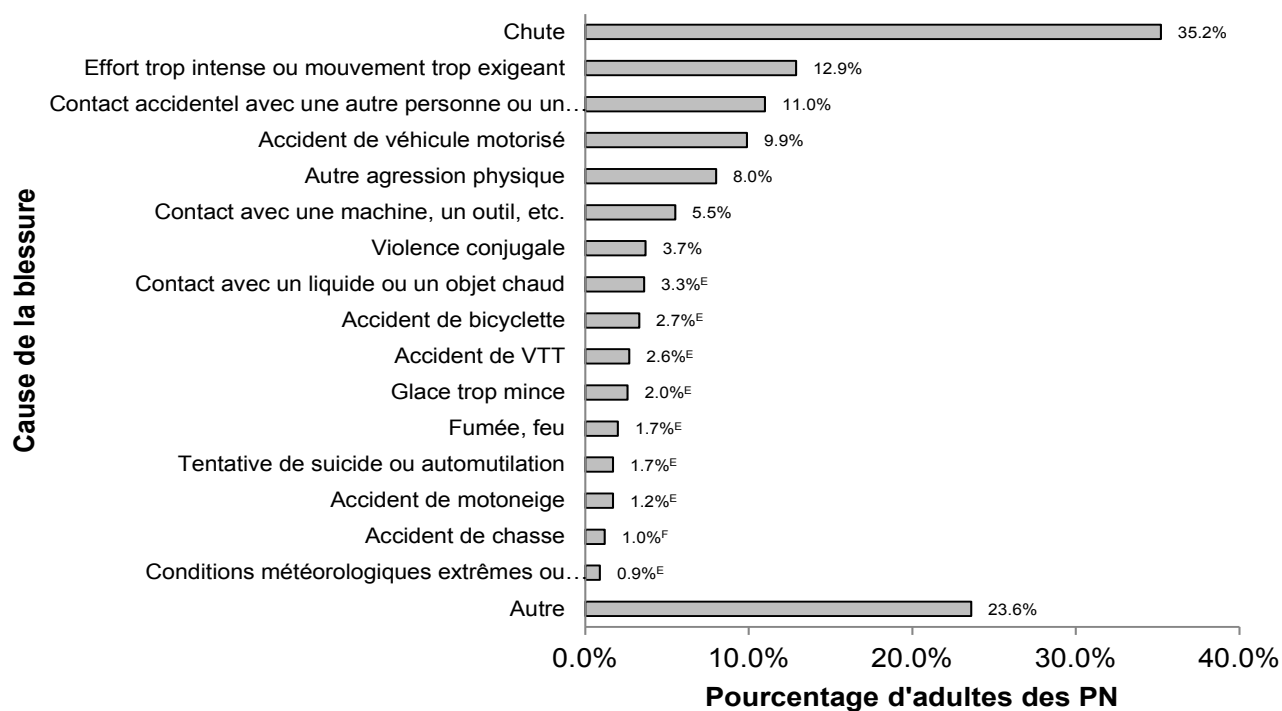
Bien que les questions et les taux précis de blessures varient, les *tendances* selon le groupe d'âge et le sexe dans l'ERS 2008-10 sont similaires à celles de l'ERS 2002-03 (CGIPN, 2005), ainsi qu'à celles de l'ensemble de la population canadienne (Statistique Canada, n.d.) et de la population autochtone hors réserve (Tjepkema, 2005). Dans tous les cas, les jeunes hommes sont le plus à risque de blessures.

CAUSES, ENDROITS ET NATURE DES BLESSURES

Tel que le montre la Figure 14.2, les « chutes » sont de loin la cause la plus courante de blessure; elle est rapportée par plus d'un tiers (35,2 %) des individus ayant subi une blessure. Elles sont suivies des « efforts trop intenses ou mouvements trop exigeants » (12,9

%), des « contacts accidentels avec une autre personne ou un animal » (11,0 %), des « accidents de véhicule motorisé » (9,9 %), et d'« autres agressions physiques » (8,0 %), 95 % IC [31,6, 39,0], [10,6, 15,6], [8,8, 13,6], [7,8, 12,5], et [6,3, 10,0], respectivement. Lorsque les « autres agressions physiques » sont combinées à la « violence conjugale » (3,7 %, 95 % IC [2,8, 5,0]), la proportion de blessures causées par une agression grimpe à environ une sur dix (10,6 %). Parmi ceux ayant subi une blessure lors d'un accident de véhicule motorisé, 70,7 % (95 % IC [59,9, 80,0]) indiquent qu'ils portaient leur ceinture de sécurité à ce moment.

Figure 14.2. Causes de blessures (parmi ceux ayant subi une blessure) (n = 1,713)



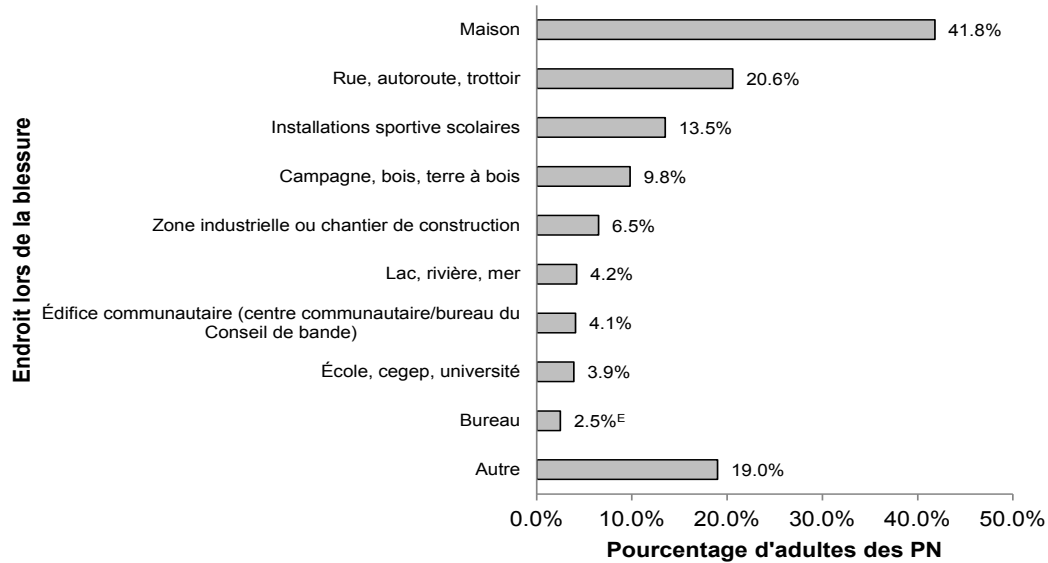
^E Variabilité élevée de l'échantillonnage. Utiliser les données avec prudence.

Note. Le pourcentage d'« accidents de bateau » a été supprimé en raison de la petite taille de la cellule (n < 5) ou de la très haute variabilité de l'échantillonnage (CV > ,333).

ENDROIT OÙ LA BLESSURE EST SURVENUE

L'endroit où des blessures sont le plus souvent survenues est la maison (41,8 %), suivie de « rue, autoroute, trottoir » (20,6 %), de « installations sportives scolaires » (13,5 %), et de « campagne, bois, terre à bois » (9,8 %), 95 % IC [38,3, 45,4], [18,0, 23,4], [11,4, 15,9], et [8,2, 11,7], respectivement (voir Figure 14.3).

Figure 14.3. Endroit où les blessures sont survenues (parmi ceux ayant subi une blessure) (n = 1,713)



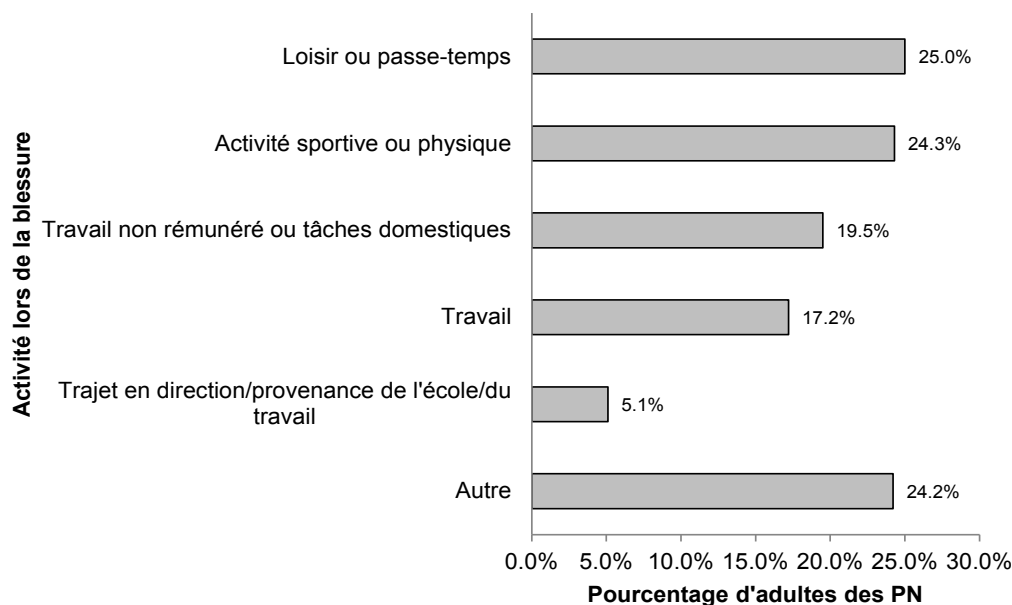
^E Variabilité élevée de l'échantillonnage. Utiliser les données avec prudence.

ACTIVITÉ PRACTIQUÉE LORS DE LA BLESSURE

Les individus faisaient différentes choses lorsque les blessures sont survenues. Le plus souvent, les individus pratiquaient « un loisir ou un passe-temps »

(25,0 %), une « activité sportive ou physique » (24,3 %), faisaient un « travail non rémunéré ou des tâches domestiques » (19,5 %), et un « travail » (17,2 %), 95 % IC [21,6, 28,7], [21,3, 27,5], [17,2, 21,9], et [14,9, 19,8], respectivement (voir Figure 14.4).

Figure 14.4. Activité pratiquée lors de la blessure (parmi ceux ayant subi une blessure) (n = 1,713)



Les blessures les plus courantes sont les fractures (33,1 %), les entorses ou foulures (32,6 %), et les coupures, éraflures et contusions mineures (28,8 %). Les parties

du corps les plus souvent blessées sont les mains (25,4

%), les chevilles (22,9 %), les genoux (20,5 %), et les bras (19,5 %). Les autres types de blessures et parties du corps blessées sont listés au Tableau 14.1.

Tableau 14.1. Types de blessures et parties du corps blessées (parmi ceux ayant subi une blessure) (n = 1,713)

Types de blessures	%	IC (95 %)
Fracture	33,1	[29,8, 36,5]
Entorse ou foulure	32,6	[29,9, 35,7]
Coupures, éraflures et contusions mineures	28,8	[25,9, 31,8]
Microtraumatismes répétés	8,8	[7,2, 0,8]
Commotion cérébrale	8,5	[6,4, 11,1]
Brûlure	7,5	[6,1, 9,2]
Luxation	7,4	[5,7, 9,4]
Blessure aux dents	5,4	[4,1, 7,1]
Hypothermie, engelure	1,0 ^E	[0,6, 1,7]
Intoxication	F	F
Blessure à un organe interne	2,5 ^E	[1,5, 4,0]
Autre	15,6	[13,6, 17,9]
Partie du corps		
Main	25,4	[22,6, 28,5]
Chevilles	22,9	[20,0, 26,1]
Genou	20,5	[18,0, 23,1]
Bras	19,5	[17,2, 22,1]
Jambe	17,0	[14,8, 19,4]
Tête	16,4	[14,1, 19,0]
Pied	15,4	[13,3, 17,6]
Poignet	15,1	[12,9, 17,7]
Torse	11,8	[9,9, 14,0]
Œil/yeux	4,8	[3,8, 6,2]
Autre	22,9	[20,0, 26,0]

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage. Utiliser les données avec prudence.

F La donnée a été supprimée en raison de la petite taille de la cellule (n < 5) ou de la très haute variabilité de l'échantillonnage (CV > ,333).

Blessures et consommation de substances. Dans le cadre de l'Enquête, les répondants devaient indiquer si l'alcool, la marijuana ou d'autres drogues avaient eu une « influence » sur le fait de subir une blessure. Un quart des adultes des Premières Nations (25,0 %, 95 % IC [21,7, 28,6]) ont identifié l'alcool comme ayant eu une influence sur le fait de subir une blessure. Moins d'adultes des Premières Nations ont identifié la marijuana ou d'autres substances (2,5 % et 1,3 %, respectivement, 95 % IC [1,5, 4,3] et [0,7, 2,5]). De façon générale, 28,9 % (95 % IC [25,2, 32,9]) des adultes des Premières Nations qui rapportent avoir subi une blessure

ont identifié la consommation de substances comme ayant eu une influence sur le fait de subir une blessure.

COVARIABLES DES BLESSURES

Sexe. On observe des différences dans la cause des blessures selon le sexe. La prévalence des causes les plus courantes de blessures selon le sexe est présentée au Tableau 14.2. Parmi ceux qui rapportent avoir subi une blessure, une plus grande proportion d'hommes des Premières Nations que de femmes rapportent des blessures causées par d'« autres agressions physiques » et « contact avec une machine ou un outil ».

Groupe d'âge. Les causes de blessures varient selon le groupe d'âge (voir Tableau 14.2). En effet, la prévalence des blessures en raison d'un « contact accidentel avec une autre personne ou un animal » est plus élevée chez les jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans, puis diminue avec l'âge. La prévalence d'« autres agressions physiques » est également plus souvent rapportée par les jeunes adultes. En revanche, on observe une prévalence plus élevée d'adultes âgés de 60 ans et plus qui indiquent une chute comme cause de leur blessure. Finalement, c'est chez les 40 à 49 ans que les blessures en raison d'un effort trop intense ou d'un mouvement trop exigeant sont les plus courantes.

Tableau 14.2. Causes de blessures les plus courantes, selon le groupe d'âge et le sexe (parmi ceux ayant subi une blessure) (n = 1,713)

Groupe d'âge et sexe	%	IC (95 %)
Chute		
18–29	32,9	[28,4, 37,9]
30–39	36,8	[27,9, 46,7]
40–49	34,4	[28,2, 41,3]
50–59	32,1	[25,5, 39,5]
60+	50,5	[42,8, 58,1]
Hommes	31,7	[27,6, 36,1]
Femmes	40,1	[34,6, 45,8]
Effort trop intense ou mouvement trop exigeant		
18–29	8,4	[6,2, 11,4]
30–39	14,9	[10,6, 20,4]
40–49	20,2	[14,6, 27,2]
50–59	14,6 ^E	[10,1, 20,5]
60+	8,0 ^E	[5,0, 12,6]
Hommes	14,0	[11,4, 18,1]
Femmes	10,8	[8,4, 13,6]
Contact accidentel avec une autre personne ou un animal		
18–29	16,8	[12,9, 21,6]
30–39	9,8 ^E	[5,0, 18,3]

40–49	9,4 ^E	[5,7, 15,0]
50–59	3,8 ^E	[1,9, 7,4]
60+	1,8 ^E	[0,9, 3,9]
Hommes	11,6	[9,3, 14,5]
Femmes	10,0	[6,2, 15,7]
Accident de véhicule motorisé		
18–29	9,2 ^E	[6,1, 13,8]
30–39	6,4 ^E	[4,0, 10,0]
40–49	15,1 ^E	[10,7, 20,9]
50–59	11,7 ^E	[6,8, 19,3]
60+	5,4 ^E	[2,8, 10,3]
Hommes	9,4	[6,8, 12,9]
Femmes	10,6	[8,1, 13,7]
Autre agression physique		
18–29	10,5	[7,7, 14,2]
30–39	9,4 ^E	[6,4, 13,7]
40–49	7,7 ^E	[4,2, 13,5]
50–59	3,2 ^E	[1,7, 5,6]
60+	1,6 ^E	[1,0, 2,5]
Hommes	10,1	[7,8, 13,0]
Femmes	5,0 ^E	[3,1, 7,8]
Contact avec une machine, un outil, etc.		
18–29	4,8 ^E	[2,9, 7,7]
30–39	4,4 ^E	[2,7, 7,0]
40–49	9,6 ^E	[6,0, 15,1]
50–59	F	[2,2, 9,9]
60+	F	[1,1, 6,3]
Hommes	8,3	[6,2, 10,9]
Femmes	1,6	[1,0, 2,7]

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage. Utiliser les données avec prudence.

F La donnée a été supprimée en raison de la petite taille de la cellule ($n < 5$) ou de la très haute variabilité de l'échantillonnage ($CV > ,333$).

Revenu. Une plus grande proportion de ceux qui ont un faible revenu personnel (inférieur à 20 000 \$ annuellement ou perte de revenu) ont subi une blessure comparativement à ceux qui ont un revenu personnel plus élevé (60 000 \$ et plus); 21,4 % vs 12,8 % (95 % IC [19,8, 23,2] et [8,3, 19,2], respectivement).

Scolarité. On n'observe aucune association entre le niveau de scolarité et la prévalence des blessures.

Consommation d'alcool. On observe une prévalence plus faible de blessures chez ceux qui n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 mois précédents (12,2 %, 95 % IC [11,1, 13,5], comparativement à ceux qui ont

consommé de l'alcool mais pas de façon excessive (17,5 %, 95 % IC [15,4, 19,9] et ceux qui ont consommé de l'alcool de façon excessive (*i.e.*, 5 consommations et plus en une seule occasion au moins une fois par mois pendant l'année précédente) (24,6 %, 95 % IC [22,6, 26,7]).

Consommation de cannabis. Une plus grande proportion d'adultes ayant consommé du cannabis au moins une fois au cours de l'année précédente a subi des blessures (comparativement à ceux n'ayant pas consommé de cannabis) (26,0 % vs 14,6 %, 95 % IC [23,9, 28,4] et [13,4, 15,8]).

État de santé autodéclaré. Comparativement à ceux n'ayant pas subi une blessure, une proportion plus faible d'adultes des Premières Nations ayant subi une blessure a évalué son état de santé comme « excellent » (10,3 % vs 15,6 %, 95 % IC [8,4, 12,6] et [14,4, 16,8]). En outre, par rapport à l'année précédente, une plus grande proportion d'adultes ayant subi une blessure ont évalué leur état de santé comme étant « un peu moins bon » (17,7 % vs 10,4 %, 95 % IC [15,6, 20,1] et [9,5, 11,5]) ou « beaucoup moins bon » (3,9 % vs 2,1 %, 95 % IC [2,8, 5,2] et [1,8, 2,6]), comparativement à ceux n'ayant pas subi une blessure.

Contraintes limitant les activités. Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations ayant subi une blessure rapportent des contraintes limitant « parfois » leurs activités comparativement à ceux n'ayant pas subi de blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête (40,6 % vs 24,8 % parmi ceux n'ayant pas subi de blessure, 95 % IC [37,2, 44,1] et [23,3, 26,3]).

Indice de l'état de santé. Le score moyen d'IES parmi ceux ayant subi une blessure est moins élevé que celui des adultes n'ayant pas subi de blessure (0,806 vs 0,716, 95 % IC [0,798, 0,814] et [0,696, 0,736]).

Invalidités

De façon générale, plus d'un quart (27,9 %, 95 % IC [26,3, 29,5]) des adultes rapportent avoir des contraintes physiques, mentales ou des problèmes de santé qui limitent la nature ou le nombre de leurs activités : 19,0 % (95 % IC [17,7, 20,3]) indiquent que ces contraintes les limitent « parfois » et 8,9 % (95 % IC [8,0, 9,8]) « souvent ».

Sexe. Tel qu'il est possible de le constater dans la Figure 14.5, les contraintes limitant les activités sont un peu plus élevées chez les femmes.

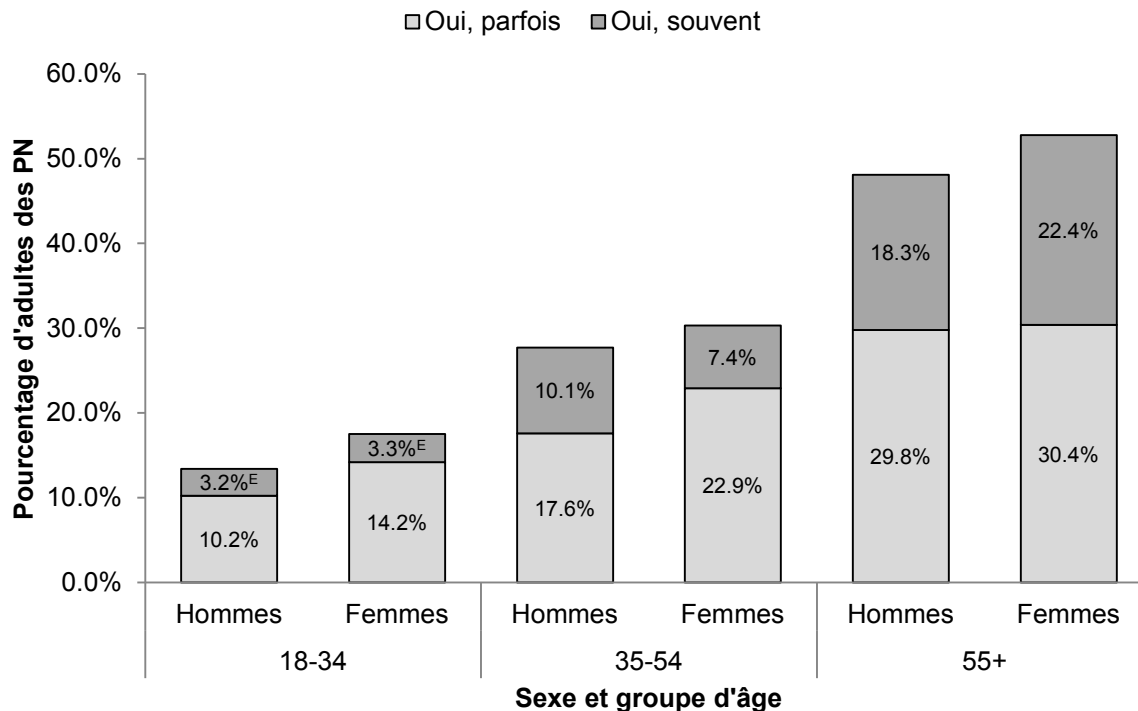
Groupe d'âge. Environ un individu sur six (15,5 %) âgé de 18 à 34 ans rapporte une contrainte limitant « parfois » ses activités, comparativement à la moitié

(50,5 %) de ceux âgés de 55 ans et plus (voir Figure 14.5).

Comparativement à l'ensemble de la population canadienne, la proportion d'adultes des Premières Nations qui ont des contraintes limitant leurs activités est

considérablement plus élevée chez ceux âgés de 45 à 64 ans (37,8 % vs 32,9 %) et ceux âgés de 65 ans et plus (57,4 % vs 48,2 %), 95 % IC [35,6, 40,1], [31,8, 34,1], [53,8, 60,9], et [47,0, 49,5], respectivement (*Health Utilities Inc*, n.d.).

Figure 14.5. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui rapportent des contraintes limitant leurs activités parfois ou souvent, selon le groupe d'âge et le sexe (n = 10,616)



^E Variabilité élevée de l'échantillonnage. Utiliser les données avec prudence.

NATURE DES CONTRAINTES

Ceux qui rapportent des contraintes physiques ou mentales ou des problèmes de santé rapportent des difficultés dans six différents types d'activités. La difficulté la plus courante, rapportée par 42,4 % des adultes des Premières Nations, concerne la capacité de lever ou de transporter un poids de 10 livres. Presque autant d'adultes rapportent des difficultés à monter un escalier sans faire de pause (38,7 %), suivis de 31,6 % qui rapportent être limités lorsqu'il s'agit de voir ou de lire les caractères dans le journal; 29,5 % rapportent des difficultés à marcher pendant 5 minutes sans faire de pause. Environ un adulte sur cinq (19,2 %) rapporte être limité lorsqu'il s'agit d'entendre une conversation normale, et 11,2 % rapportent des difficultés à se faire comprendre par ceux qui parlent la même langue qu'eux (95 % IC [39,3, 45,5], [35,8, 41,6], [28,9, 34,4], [26,8, 32,4], [17,0, 21,6], et [9,7, 12,8], respectivement). Les taux pour chaque type de contrainte augmentent avec

l'âge (voir Tableau 14.3). Un examen des résultats selon le groupe d'âge et le sexe révèle qu'un pourcentage plus élevé de femmes des Premières Nations que d'hommes dans chaque groupe d'âge rapporte avoir des difficultés à lever ou à transporter un poids de 10 livres. Davantage de femmes des Premières Nations âgées de 55 ans et plus que d'hommes du même groupe d'âge rapportent également avoir de la difficulté à monter un escalier. Pour plus de détails, veuillez consulter le Tableau 14.A3 en annexe.

Tableau 14.3. Types de contraintes limitant les activités (parmi ceux ayant une contrainte), selon le groupe d'âge et le sexe

Groupe d'âge et sexe	Types de contraintes % [95 % IC]					
	Voir/lire caractères dans le journal	Entendre une conversation normale	Avoir une élocution qui est comprise	Lever ou transporter un poids de 10 lbs	Marcher 5 minutes	Monter un escalier
Hommes						
18–34	11,2 [5,9, 20,2]	6,5 [3,2, 12,8]	14,0 [8,7, 21,8]	16,6 [11,1, 24,1]	11,5 [7,0, 18,5]	13,4 [8,4, 20,7]
35–54	33,9 [26,3, 42,4]	18,3 [13,6, 24,2]	11,3 [7,6, 16,4]	39,5 [32,1, 47,3]	26,0 [19,0, 34,5]	38,8 [31,4, 46,7]
55+	40,9 [36,3, 45,7]	30,6 [25,9, 35,7]	14,3 [11,1, 18,2]	42,1 [37,0, 47,3]	39,4 [34,1, 45,0]	42,3 [37,4, 47,3]
Femmes						
18–34	20,0 [15,5, 25,3]	10,0 [7,2, 13,8]	7,8 [5,2, 11,5]	33,6 [27,5, 40,3]	16,8 [11,8, 23,2]	22,9 [16,8, 30,5]
35–54	31,2 [25,6, 37,5]	17,5 [12,8, 23,5]	7,2 [5,0, 10,3]	45,9 [38,5, 53,4]	26,4 [21,2, 32,3]	35,5 [29,3, 42,3]
55+	39,8 [35,7, 44,1]	25,1 [21,9, 28,7]	14,0 [11,5, 16,9]	60,8 [57,2, 64,4]	46,3 [42,2, 50,5]	62,6 [58,5, 66,5]
Total						
18–34	16,2 [12,5, 20,7]	8,5 [6,3, 11,4]	10,5 [7,8, 14,0]	26,3 [21,8, 31,2]	14,5 [10,9, 19,0]	18,8 [12,4, 24,1]
35–54	32,6 [27,4, 38,1]	17,9 [14,3, 22,3]	9,3 [7,0, 12,1]	42,6 [37,2, 48,3]	26,2 [21,9, 31,0]	37,2 [32,2, 42,4]
55+	40,3 [37,0, 43,8]	27,6 [24,6, 30,9]	14,1 [12,2, 16,4]	52,2 [48,5, 55,8]	43,1 [39,6, 46,7]	53,2 [49,7, 56,7]
Tous âges (18-55)	31,6 [28,9, 34,4]	19,2 [17,0, 21,7]	11,2 [9,7, 12,8]	42,4 [39,4, 45,5]	29,5 [26,8, 32,4]	38,7 [35,9, 41,7]

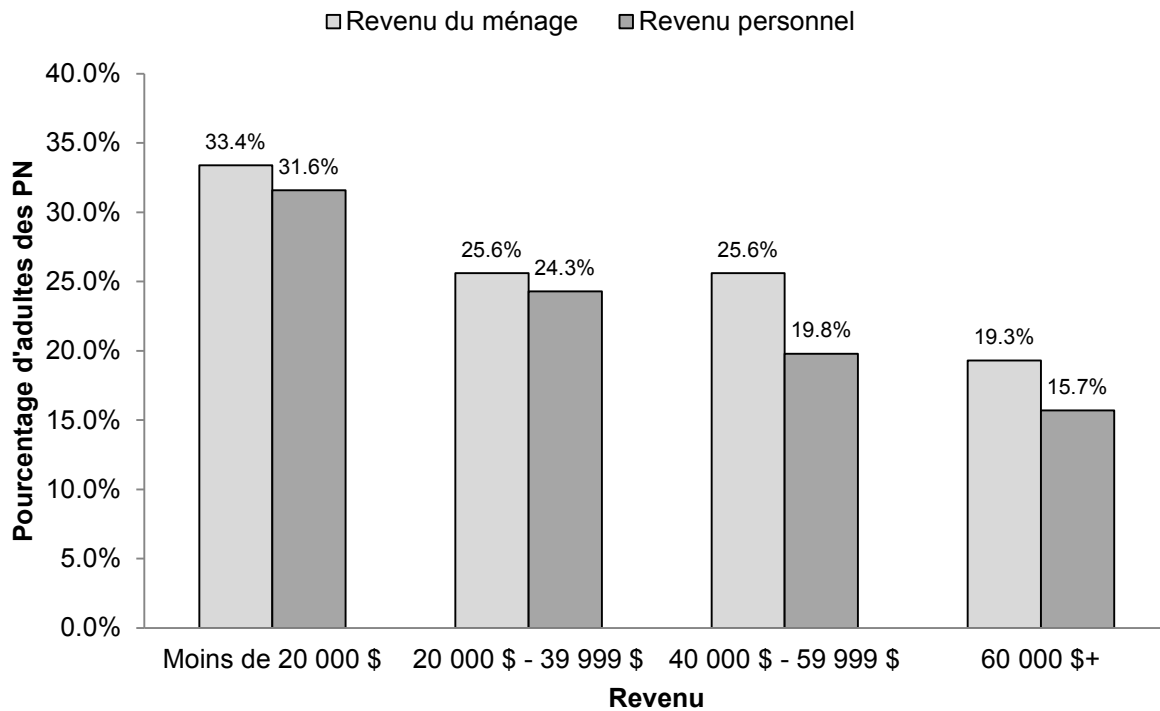
INDICE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

L'IES a été utilisé pour générer un score pour chaque élément dans une série de domaines de la santé. En général les scores pour le degré de douleur sont les plus faibles de tous les domaines. Les scores de l'indice de l'état de santé diminuent avec l'âge en ce qui a trait à la vue, à l'ouïe, au degré de douleur et à la mobilité. La motricité ne commence pas à décroître avant l'âge de 55 ans. Les scores relatifs à l'élocution s'améliorent avec l'âge : les scores sont plus élevés chez ceux âgés de 55 ans et plus comparativement à ceux âgés de 18 à 34 ans. On n'observe aucune différence d'émotion ou de mémoire selon le groupe d'âge. On n'observe aucune différence selon le sexe.

COVARIABLES DES CONTRAINTES LIMITANT LES ACTIVITÉS

Revenu et scolarité. Les contraintes limitant les activités sont liées au revenu personnel et du ménage (voir Figure 14.6). Les adultes des Premières Nations ayant les plus faibles niveaux de revenu personnel (inférieur à 20 000 \$ par année, y compris aucun revenu et perte de revenu) rapportent deux fois plus de contraintes limitant les activités que ceux qui ont un revenu de 60 000 \$ ou plus. Pareillement, c'est chez les individus qui vivent dans les ménages ayant les plus faibles revenus que l'on observe la plus grande répartition de contraintes limitant les activités, comparativement à ceux qui vivent dans les ménages ayant les revenus les plus élevés. On n'observe aucune différence statistiquement significative selon le niveau de scolarité.

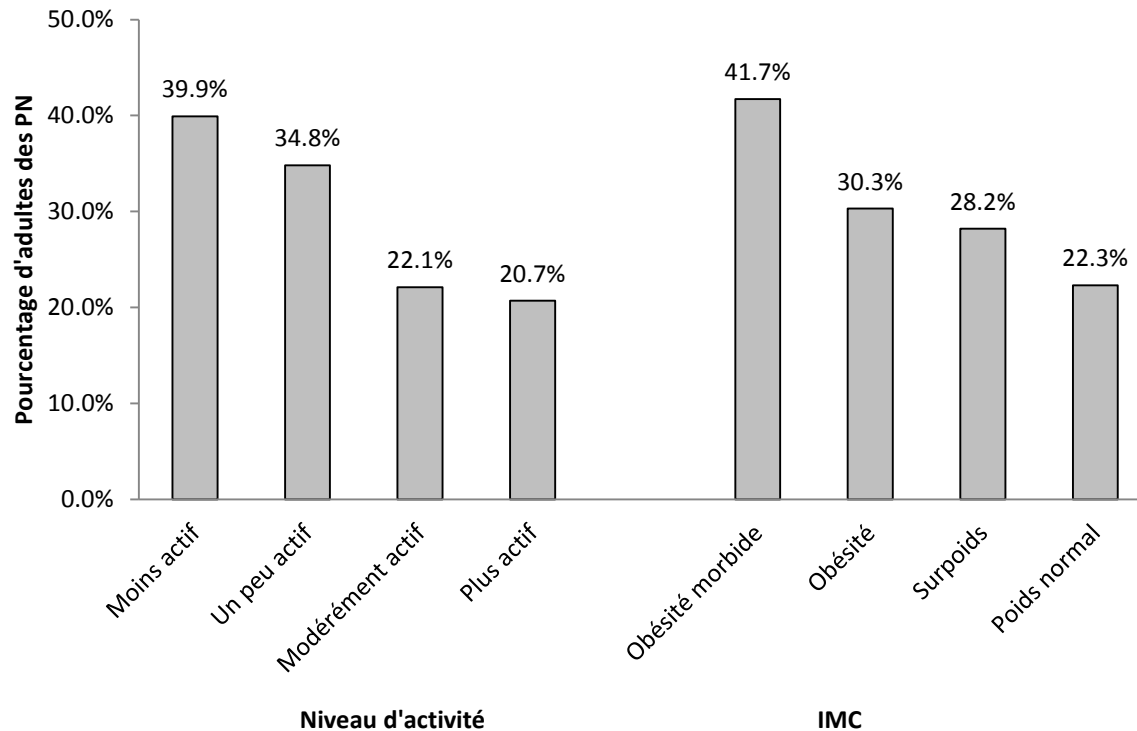
Figure 14.6. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui rapportent des contraintes limitant les activités, selon le revenu personnel et du ménage ($n = 8,319$ and $n = 7,226$)



Activité quotidienne typique. Un plus grand pourcentage d'adultes des Premières Nations qui sont rarement actifs (passent la plupart de leurs journées assis) ou très peu actifs (au moins 30 minutes d'activité physique une fois par semaine) au cours d'une semaine typique ont une contrainte limitant leurs activités (39,9 % et 34,8 %), comparativement à ceux qui sont modérément actifs (35 à 50 minutes d'activité modérée par jour) ou très actifs (au moins 60 minutes d'activité modérée par jour) (22,1 % et 20,7 %).

Indice de masse corporelle. Le pourcentage d'adultes des Premières Nations qui rapportent une contrainte limitant les activités est plus élevé chez ceux qui sont en surpoids (28,2 %), obèses (30,3 %), ou qui souffrent d'obésité morbide (41,7 %), comparativement à ceux qui ont un poids normal (22,3 %) ou qui sont en insuffisance pondérale (24,6 %) (voir Figure 14.7).
Note. Le poids normal est fondé sur un indice de masse corporelle entre 18,5 et 24,9; surpoids : 25 à 29,9; obèse : 30 à 39,9; et obésité morbide : 40 ou plus.

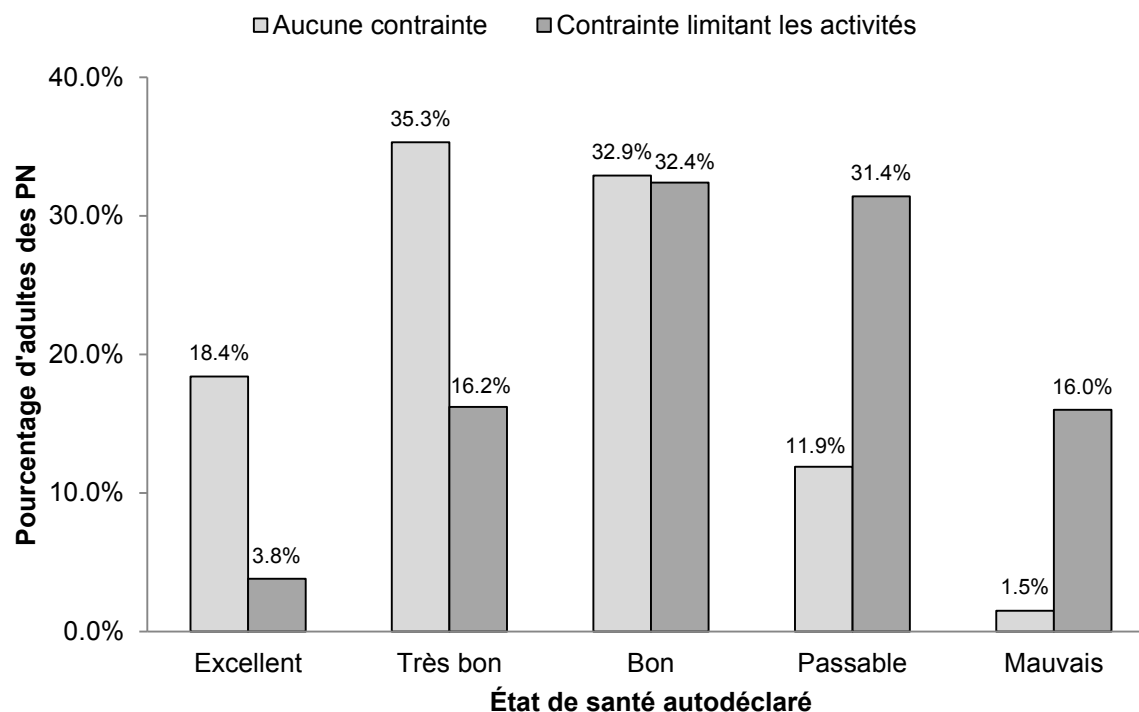
Figure 14.7. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui rapportent une contrainte limitant leurs activités, selon les activités quotidiennes typiques et l'indice de masse corporelle ($n = 10,072$ et $n = 10,040$)



Maladies chroniques. La proportion d'adultes des Premières Nations qui ont une contrainte limitant leurs activités est plus élevée chez les adultes qui ont au moins une maladie chronique (40,2 %, 95 % IC [38,3, 42,1]) comparativement à ceux qui n'ont pas de maladie chronique (8,8 %, 95 % IC [7,6, 10,1]).

État de santé autodéclaré. Une plus grande proportion de ceux ayant une contrainte limitant leurs activités rapporte un état de santé «passable» ou «mauvais» comparativement à ceux qui n'ont pas de contrainte (voir Figure 14.8).

Figure 14.8. État de santé autodéclaré selon les contraintes (n = 10,602)



DISCUSSION

Blessures

Les résultats de l'ERS 2008-10 indiquent qu'un adulte des Premières Nations sur cinq a subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Bien qu'aucune comparaison directe ne soit possible en raison de modifications aux questions de l'Enquête, le taux de blessures semble être plus faible que ce qui avait été rapporté pour une question similaire dans l'ERS 2002-03, mais tout de même plus élevé que le taux rapporté par l'ensemble des Canadiens en 2009. Cela concorde avec des recherches antérieures qui ont révélé des taux plus élevés de blessures et de mortalité faisant suite à une blessure dans les communautés des Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne.

La proportion élevée de blessures chez les adultes des Premières Nations représente une quantité significative de souffrance, d'invalidités, de productivité perdue et d'autres effets néfastes. Les données de l'ERS indiquent une plus grande proportion de contraintes limitant les activités, des scores d'IES plus faibles, et une probabilité accrue de rapporter un état de santé détérioré chez ceux qui ont subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête.

Les chutes sont la cause de blessure la plus souvent

identifiée, suivies des efforts trop intenses ou des mouvements trop exigeants, des agressions (conjugale et autres combinées), des contacts accidentels avec une autre personne ou un animal, et des accidents de véhicule motorisé. Encore ici, ces résultats concordent avec des recherches antérieures qui ont démontré que les plus fréquentes causes d'hospitalisation suite à une blessure chez les adultes des Premières Nations sont les chutes, les complications postopératoires, les tentatives de suicide, les accidents de véhicule motorisé, et les agressions (Turcotte et al., 2006), et que les plus fréquentes causes de consultations au service d'urgence suite à une blessure sont les chutes, les agressions, les accidents de véhicule motorisé, les tentatives de suicide, et les intoxications (Alberta Centre for Injury Control & Research, 2005).

Des recherches antérieures l'ont démontré, et les résultats de l'ERS 2008-10 le confirment : les jeunes hommes subissent des blessures de façon anormalement élevée. Les causes de blessure les plus courantes varient cependant selon le groupe d'âge et le sexe. Par exemple, les hommes citent plus souvent le « contact avec une machine, un outil, etc. » et « autres agressions physiques ». Les adultes plus jeunes citent plus souvent « autres agressions physiques » et « contact accidentel avec une autre personne ou un animal ». Les blessures des adultes plus âgés sont plus souvent causées par une chute, et ceux âgés de 40 à 49 ans citent plus

souvent les efforts trop intenses ou les mouvements trop exigeants ainsi que les accidents de véhicule motorisé. Les causes de blessures chez les adultes des Premières Nations varient donc selon le sous-groupe en question et doivent faire l'objet d'un examen approfondi afin d'en avoir une compréhension holistique plutôt que selon les blessures prises de façon individuelle.

Des sous-groupes précis ont subi un plus grand nombre de blessures au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Les adultes des Premières Nations ayant un faible revenu personnel et du ménage rapportent plus souvent avoir subi une blessure que ceux ayant un revenu personnel et du ménage élevé. L'alcool et les drogues sont en cause dans près d'un tiers des blessures et dans plus de deux tiers des blessures résultant d'une agression (conjugale ou autre). En plus de l'influence de l'alcool et des drogues sur le fait de subir une blessure, ceux qui consomment de l'alcool de façon excessive et les consommateurs de cannabis affichent une incidence de blessures plus élevée.

Une analyse à plusieurs variables pourrait contribuer à clarifier l'incidence du revenu et de la consommation de substances sur le fait de se blesser, en indiquant de façon spécifique si l'âge est une variable confusionnelle plausible. Dans tous les cas, les interactions entre pauvreté, alcool et drogues, d'un côté, et violence et blessures, d'un autre, sont complexes et nécessitent d'être approfondies dans des recherches ultérieures.

Il est important de noter que les incidences de traumatismes historiques (colonisation, pensionnats, racisme, isolement) se traduisent de différentes façons, y compris dans les taux élevés de blessures suite à la violence et d'autres facteurs (Chandler & Lalonde, 1998; The Healing Journey, 2006; Wesley-Esquimaux & Smolewski, 2004).

Invalidités

Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations, en particulier ceux âgés de plus de 45 ans, ont des contraintes qui limitent leurs activités comparativement aux Canadiens en général. Plus d'un quart de tous les adultes des Premières Nations indiquent qu'ils ont des contraintes physiques, mentales ou des problèmes de santé qui limitent la nature et le nombre de leurs activités. Les problèmes les plus courants comprennent ceux liés à la vue, tels que la lecture; au fait de lever et de transporter un poids; aux efforts physiques, tels que monter un escalier sans faire de pause. La vue, l'ouïe, la mobilité, la motricité et le degré de douleur tendent à s'aggraver avec l'âge. Les problèmes cognitifs, y compris ceux

liés à la mémoire, au raisonnement et à la résolution de problèmes, sont plus courants chez les adultes les plus jeunes et les plus âgés. Les problèmes affectifs sont répartis également dans tous les groupes d'âge.

Il est intéressant de noter que l'élocution ou la capacité de « se faire comprendre » est davantage un problème chez les jeunes adultes âgés de 18 à 39 ans que chez ceux âgés de 50 à 59 ans. Ce résultat inattendu est peut-être lié à la façon dont les répondants ont interprété la question. Certains d'entre eux ont pu penser qu'il s'agissait d'une compréhension sur le plan personnel (c.-à-d., « Les gens comprennent-ils qui je suis et mon cheminement? ») plutôt que sur le simple plan linguistique.

Les taux de contraintes limitant les activités chez les Premières Nations augmentent avec l'âge et touchent plus de la moitié de ceux âgés de 55 ans et plus. Par ailleurs, la répartition des contraintes est 1,6 fois plus grande chez les adultes qui ont subi une blessure, et cinq fois plus grande chez les adultes qui ont un problème de santé ou plus. Il n'est pas étonnant de constater que les invalidités sont associées à la présence de problèmes de santé et de blessures, indiquant ainsi que les causes et les conséquences des invalidités sont grandement liées à l'état de santé général et au bien-être.

Les données de l'ERS 2008-10 à elles seules ne permettent pas d'expliquer les principales causes de contraintes limitant les activités chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations. Mais les résultats indiquent tout de même que les invalidités sont liées au revenu, à l'activité physique et à l'indice de masse corporelle. La littérature permet de comprendre que les problèmes de santé courants sous-jacents à la plupart des invalidités sont fortement influencés par l'âge et le statut socioéconomique, ainsi que par des facteurs de risque modifiables dont l'inactivité physique, le surpoids ou l'obésité, l'alcool, la tension artérielle et le tabagisme (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2009; Rodgers, 2004; Organisation mondiale de la santé, 2009). Tout comme pour les blessures, les causes profondes sont complexes et doivent faire l'objet de recherches additionnelles.³

CONCLUSIONS

Possibilités pour les recherches à venir

Les résultats de l'ERS 2008-10 offrent un portrait général des taux de blessures et d'invalidités dans les réserves et les collectivités nordiques. Ils mettent en

3 Pour des exemples, voir http://www.preventconnect.org/wiki/index.php?title=River_Story

évidence les écarts entre les différents groupes au plan des blessures et des contraintes limitant les activités et font ressortir des facteurs associés aux invalidités et aux blessures. Des recherches additionnelles permettraient de mieux comprendre les blessures et les invalidités chez les adultes des Premières Nations.

D'abord, une plus grande cohérence entre l'ERS et l'ESCC permettrait d'avoir une compréhension plus précise de la façon dont les communautés des Premières Nations se comparent aux Canadiens en général. Plus particulièrement, il devrait y avoir une harmonisation des principales questions sur les blessures qui invitent les répondants à indiquer s'ils ont subi une blessure au cours des 12 mois précédents. Différentes questions additionnelles pourraient être maintenues afin de refléter les différentes priorités et réalités des deux populations. Ensuite, les questions sur les blessures de l'ERS, partiellement modifiées entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10, devraient être stabilisées pour permettre d'extraire des tendances. Par ailleurs, notre compréhension des invalidités dans les communautés des Premières Nations tirerait avantage d'une question additionnelle portant spécifiquement sur ce que les répondants estiment être la cause de la contrainte qui limite leurs activités.

Les analyses futures des données de l'ERS 2008-10 devraient inclure des analyses à variables multiples qui contribueraient à éliminer des variables confusionnelles et à identifier des corrélations importantes. Bien qu'elles ne permettent pas encore de dégager la séquence causale ou temporelle, les analyses à variables multiples permettraient de caractériser de façon plus précise les liens entre les blessures et les invalidités, d'un côté, et les causes potentielles, les groupes à risque et les facteurs de risque, d'un autre côté.

Les données d'enquête sont particulièrement utiles pour quantifier des problèmes et des tendances, établir des comparaisons et identifier des associations. Les données aident à répondre aux questions relatives au *quoi*, *qui*, *dans quelle mesure* et, parfois, *quand*. Les histoires individuelles, la recherche qualitative et les cadres conceptuels, tels que le Cadre culturel de l'ERS, l'histoire des traumatismes culturels et autres aident à répondre au *comment*.

Action

L'immense fardeau des blessures dans les communautés des Premières Nations exige des efforts concertés et renouvelés à tous les niveaux, y compris par les décideurs politiques nationaux et le leadership dans les communautés des Premières Nations et à l'extérieur de celles-ci. Les

stratégies et les ressources ciblant la prévention et tirant profit du savoir local et des meilleures pratiques devraient être renforcées. Fondées sur l'ERS et les données publiées, les stratégies devraient être centrées sur :

- Les chutes, particulièrement chez les personnes plus âgées
- La violence et les agressions (conjugale et autre), envers les hommes et les femmes
- Les accidents de véhicule motorisé
- Les jeunes hommes

La reconnaissance du fait que les blessures sont, en partie, la manifestation de problèmes plus profonds et plus complexes signifie que les stratégies de prévention doivent adopter une approche holistique et doivent aborder des problèmes qui vont bien au delà des blessures. Les stratégies de prévention des blessures, en particulier celles qui abordent la violence, sont incomplètes si elles ne traitent pas des problèmes sous-jacents (*Injury Prevention Centre*, 1995; McDonald, 2004). Travailler sur la pauvreté, la consommation de substances et les traumatismes historiques constitue la clé pour arriver à réduire une part considérable du fardeau que représentent les blessures.

La prévention est possible par des changements sur trois plans : l'individu, les outils et l'équipement, et le contexte ou l'environnement plus vaste. Se limiter à un seul plan entrainera moins de résultats (Haddon, 1980). En plus de la prévention, des stratégies pour améliorer l'accès aux soins de santé pourraient aider à réduire les conséquences des blessures.

Le fardeau que représentent les contraintes limitant les activités pour les adultes des Premières Nations exige également des efforts de prévention concertés, ainsi que des stratégies d'atténuation. Des mesures sont nécessaires à plusieurs plans. Pour les Premières Nations qui ont des invalidités, du soutien, des investissements et l'élaboration de politiques sont nécessaires pour parvenir à :

- Améliorer l'accès à l'emploi et bonifier le revenu
- Améliorer l'accès à du logement sécuritaire, abordable, non institutionnel dans les communautés des individus
- Améliorer l'accessibilité et réduire les obstacles à l'inclusion au travail, à l'école et dans les activités sociales et culturelles
- Améliorer l'accès aux technologies de soutien personnel (par ex., marchettes, prothèses auditives, fauteuils roulants, technologie) et aux aménagements environnementaux (par ex., rampe d'accès, affichage en braille, barres de soutien)⁴

⁴ Voir le site Web du Conseil des Canadiens avec déficiences : <http://www.ccdonline.ca/fr/>

Certains des changements requis sont dans le champ d'influence des leaders et des institutions locales des Premières Nations, tandis que d'autres nécessitent du travail à d'autres niveaux.

Parce que les invalidités sont en grande partie causées par les maladies chroniques, et que les maladies chroniques sont influencées, en grande partie, par le statut socioéconomique et des facteurs de risque modifiables, les stratégies de prévention doivent être de nature holistique et s'appliquer en amont. Bien qu'une stratégie de prévention des invalidités distincte ne soit pas nécessairement toujours appropriée, la participation d'individus ayant une invalidité est essentielle à la réussite de la planification et de l'élaboration de stratégies.

Les blessures et les invalidités – dont la plupart peuvent être évitées – sont beaucoup trop répandues dans les communautés des Premières Nations. Les stratégies qui permettent la réduction même minime de ces cas auraient une incidence importante sur l'amélioration de la santé et du bien-être. Le défi consiste à aborder ces enjeux de façon holistique.

RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada. (n.d.). "Leading causes of death, Canada, 2005, males and females combined: counts (crude death rate per 100,000)". Consulté à partir de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/lcd-pcd97/table1-eng.php>
- Alberta Centre for Injury Control & Research. (2005). *Injury-related health services use by First Nations in Alberta: Hospital admissions, 2000 and emergency department visits, 2000*. Consulté à partir de <http://acir.ca/Upload/documents-reports/injury-factsdata-reports/injury-data-reports/first-nations-injuries-health-service-use-2005/FirstNationsInjuriesHealthServiceUse.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2009). Prevalence and most common causes of disability among adults—United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 58(16), 421–26.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 193–211.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, youth and children qui vivent dans les communautés des Premières Nations*. Ottawa : Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Haddon, W., Jr. (1980). The basic strategies for preventing damage from hazards of all kinds. *Hazard Prevention*, 16.
- Health Utilities Inc. (n.d.) Consulté à partir de www.healthutilities.com
- Injury Prevention Centre. (1995). *Injury Prevention: A Guide for Aboriginal Communities*.
- McDonald, R. J. (2004). *Injury prevention and First Nations: A strategic approach to prevention*. Ottawa: Assembly of First Nations Health Secretariat.
- Organisation mondiale de la santé. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.
- Organisation mondiale de la santé. (n.d.) *International classification of functioning, disability and health* [Web page]. Consulté à partir de <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Rodgers, A., Ezzati, M., Vander Hoorn, S., Lopez, A. D., Lin, R.-B., Murray, C. J. L., & Group Comparative Risk Assessment Collaborating. (2004). Distribution of Major Health Risks: Findings from the Global Burden of Disease Study. *PLoS Medicine* 1(1), e27.
- Santé Canada. (2001). *Unintentional and intentional injury profile for aboriginal people in Canada 1990-1999*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Santé Canada. (2003). *A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada*.
- Statistique Canada. (n.d.). CANSIM Table 105-0501: Health indicator profile, annual estimates, by age group and sex, Canada, provinces, territories, health regions (2007 boundaries) and peer groups, occasional (1382400 series). Consulté à partir de <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=eng&id=1050501&paSer=&pattern=105-0501&stByVal=2&csid=>
- The Healing Journey. (2006). *Understanding the Roots of Interpersonal Violence* [Web page]. Consulté à partir de <http://www.thehealingjourney.ca/inside.asp?129>
- Tjepkema M. (2005). Non-fatal injuries among Aboriginal Canadians. *Health Reports*, 16(2), 9–22. Consulté à partir de <http://www.statcan.ca/bsolc/english/bsolc?catno=82-003-X20040027786>.
- Tjepkema, M., Wilkins, R., Sénécal, S., Guimond, E., & Penney, C. (2009). Mortality of Métis and Registered Indian adults in Canada; An 11-year follow-up study, *Health Reports (Statistics Canada, Catalogue 82-003) 2009; 20(4): 31-51*.
- Turcotte, K., Han, G., Kinney, J., Rajabali, F., Pike, I., & Dawar, M. (2006). *Injuries among First Nations people within British Columbia*. A report prepared for the BC Injury Research and Prevention Unit, Supported by First Nations & Inuit Health Branch Pacific Region, Health Canada.
- Wesley-Esquimaux, C. C., & Smolewski, M. (2004). *Historic Trauma and Aboriginal Healing*. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation. Consulté à partir de www.ahf.ca/downloads/research-compendum.pdf

Chapitre 15

Soins préventifs

SOMMAIRE

Ce chapitre présente les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 sur les examens préventifs (i.e., pression artérielle, glycémie, taux de cholestérol, examen ophtalmologique, et examen médical complet) et le dépistage du cancer (i.e., test de Pap, auto-examen des seins, mammographie, et examen de la prostate) chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques.

En ce qui a trait à l'amélioration de la prévalence du dépistage en prévention secondaire, comparativement à l'ERS précédente (2002-03), les adultes des Premières Nations sont plus susceptibles d'avoir subi un test de glycémie et un examen ophtalmologique. Les résultats révèlent également que le nombre de femmes des Premières Nations qui passent une mammographie a augmenté depuis l'ERS 2002-03, et que la majorité des femmes des Premières Nations observent les lignes directrices canadiennes en ce qui a trait au test de Pap.

Malgré ces succès, il y a place à amélioration. Par exemple, les hommes des Premières Nations sont beaucoup moins susceptibles de subir un examen de la prostate (toucher rectal ou test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique) que ceux dans l'ensemble de la population canadienne. De plus, bien que les taux de mammographies chez les femmes des Premières Nations aient connu une augmentation, ils sont toujours plus bas que ceux dans l'ensemble de la population canadienne. Finalement, la prévalence des examens médicaux complets a diminué depuis l'ERS précédente. Les résultats donnent à penser qu'il serait nécessaire d'augmenter les examens dans certains segments précis de la population des Premières Nations : les hommes des Premières Nations et les adultes plus jeunes des Premières Nations sont moins susceptibles de passer un test de dépistage. L'incidence des résultats est également examinée.

PRINCIPAUX CONSTATS

- En moyenne, environ trois quarts des adultes des Premières Nations (76,9 %) ont subi un test ou un examen de routine au cours des 12 mois précédant l'Enquête.
- En ordre décroissant, les adultes des Premières Nations ont subi un examen de la pression artérielle (63,9 %), un test de glycémie (54,3 %), un examen ophtalmologique (54,1 %), un examen médical complet, (40,6 %) et un test de cholestérol (38,1 %) au cours des 12 mois précédant l'Enquête.
- Davantage de femmes des Premières Nations que d'hommes ont subi un test de glycémie, un examen ophtalmologique, un examen médical complet, et un test de cholestérol au cours des 12 mois précédents.
- La participation des adultes des Premières Nations à des tests spécifiques et à des examens de dépistage augmente avec l'âge.
- Les deux tiers (60 %) des femmes des Premières Nations âgées de 18 ans et plus ont procédé à un auto-examen des seins au cours de leur vie.
- Environ deux cinquièmes (41 %) des femmes des Premières Nations âgées de 18 ans et plus ont eu une mammographie au cours de leur vie.
- Environ trois cinquièmes des femmes des Premières Nations âgées de 50 à 59 ans (60,2 %) et de 60 ans et plus (61,6 %) indiquent avoir subi une mammographie au cours des 3 années précédentes.
- 90,3 % des femmes des Premières Nations âgées de 18 ans et plus indiquent avoir eu un test de Pap. Les taux de tests de Pap rapportés par les femmes des Premières Nations sont semblables à ceux des femmes dans l'ensemble de la population canadienne, quel que soit l'âge.
- Le taux de femmes des Premières Nations ayant subi un test de Pap au cours des 3 années précédentes (74,0 %) est comparable à celui des femmes dans l'ensemble de la population canadienne (72,8 %).
- Au cours des cinq dernières années, le taux de prévalence du test de Pap chez les femmes des Premières Nations est demeuré similaire à celui des femmes dans l'ensemble de la population canadienne.
- 23,4 % des hommes des Premières Nations âgés de 18 ans et plus rapportent avoir subi un toucher rectal (TR) ou un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS). On observe une hausse de la fréquence du TR/APS chez les hommes des Premières Nations à mesure qu'ils avancent en âge.
- 44,1 % des hommes des Premières Nations âgés de 50 à 59 ans, et 52,8 % des hommes des Premières Nations âgés de 60 ans et plus indiquent avoir subi un TR.

INTRODUCTION

Le taux accéléré d'acculturation des Premières Nations au Canada au cours des 30 dernières années a vraisemblablement contribué à une prévalence plus élevée de l'obésité, du tabagisme sur une base quotidienne, et du mode de vie sédentaire, comparativement aux autres Canadiens (Cobb & Paisano, 1998; Smeja & Brassard, 2000; Sarkar, Lix, Bruce, & Young, 2010). Ces changements au mode de vie sont associés à une augmentation des maladies débilitantes, dégénératives et chroniques. Par exemple, près d'un tiers des Autochtones âgés de 15 ans et plus rapporte avoir appris d'un professionnel de la santé qu'ils souffraient d'une maladie chronique (MacMillan, MacMillan, Offord, & Dingle, 1996). Des études ont révélé que les populations des Premières Nations au Canada ont un taux disproportionnellement plus élevé de certaines maladies chroniques comparativement aux autres Canadiens (Reading, 2009). Marks, Cargo, et Daniel (2007) visent particulièrement le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, les troubles lipidiques, l'obésité et le syndrome métabolique. Les cinq maladies les plus souvent rapportées par les adultes des Premières Nations dans l'ERS 2002-03 sont l'arthrite et les rhumatismes, les allergies, l'hypertension, le diabète, et les maux de dos chroniques (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2005), des maladies qui sont également présentes dans l'ensemble de la population adulte canadienne. Des soins cliniques inadéquats et une promotion de la santé déficiente, ainsi que de médiocres services de prévention des maladies sont identifiés comme de fréquents et importants facteurs contribuant au mauvais état de santé des Premières Nations (Huffman & Galloway, 2010).

La « prévention » fait référence aux politiques et aux actions visant à éradiquer une maladie ou à minimiser ses effets; à réduire l'incidence ou la prévalence de la maladie, d'invalidité, et de mort précoce; à réduire la prévalence des précurseurs et des facteurs de risque de la maladie dans la population; et, si rien de cela n'est faisable, à ralentir la progression de la maladie incurable (Last, 2007). La prévention primaire comprend la protection contre les effets de l'exposition à un agent pathogène, comme la vaccination contre des agents pathogènes infectieux, tandis que la prévention secondaire comprend l'utilisation de tests de dépistage ou toute autre procédure appropriée afin de détecter des maladies graves aussi tôt que possible afin que leur progression puisse être stoppée et, si possible, la maladie éradiquée. Par tests de dépistage on entend notamment les mammographies,

les tests de Pap, et les tests de glycémie (Last, 2007).

Il est important de documenter la participation des Premières Nations aux activités de prévention secondaire afin d'orienter les soins cliniques, ainsi que les initiatives de promotion et de prévention de la santé pour améliorer l'état de santé dans les cas de maladies chroniques. L'information tirée de la littérature, et en particulier des résultats de l'ERS 2002-03, nous permet de mieux comprendre comment les adultes des Premières Nations sont engagés dans la prévention secondaire. Les résultats issus de l'ERS 2002-03 donnent à penser que la pression artérielle élevée, aussi appelée hypertension, qui peut causer un accident cérébrovasculaire [ACV], une crise cardiaque, une insuffisance cardiaque ou rénale, est davantage prévalente chez les adultes des Premières Nations que dans l'ensemble de la population (20,4 % vs 16,4 %). Ces résultats indiquent également que la prévalence de l'hypertension chez les adultes des Premières Nations augmente avec l'âge (CGIPN, 2005). Santé Canada (2005) rapporte que les Premières Nations qui vivent dans les réserves sont davantage à risque de mortalité par crise cardiaque, avec un taux attesté normalisé selon l'âge de 72,7 par 100 000 (dans les réserves, 2001) comparativement à 52,1 par 100 000 pour l'ensemble des Canadiens (2000), ce qui suggère une apparition précoce. Un diagnostic et un traitement adéquats peuvent réduire jusqu'à 40 % des risques d'ACV et jusqu'à 25 % des risques de crise cardiaque (Fondation des maladies du cœur, 2011).

Le taux de diabète dans la population des Premières Nations est de trois à cinq fois plus élevé que dans l'ensemble de la population canadienne (Ho, Gittelsohn, Harris, & Ford, 2006). Les taux en hausse de diabète sont concomitants à une épidémie de surpoids et d'obésité qui coïncide avec un bouleversement socioculturel et la perte des modes de vie traditionnels (Dyck, Osgood, Lin, Gao, & Stang, 2010). Chez les Premières Nations, le diabète est une maladie qui frappe les jeunes adultes, et davantage les jeunes femmes que les jeunes hommes. En revanche, dans l'ensemble de la population canadienne, le diabète est une maladie qui frappe les adultes qui avancent en âge, et se retrouve davantage chez les hommes que chez les femmes (Dyck et al., 2010). La vérification de la glycémie est essentielle au dépistage du diabète de type 2 et pour toutes les personnes atteintes de diabète. Dans l'ERS 2002-03, 19,7 % des adultes des Premières Nations indiquent avoir reçu un diagnostic de diabète. La plupart (78,2 %) d'entre eux sont atteints de diabète de type 2; 9,9 % ont le diabète de type 1; et 9,8 % indiquent avoir appris qu'ils sont dans un état pré-diabétique. En outre, une femme des Premières Nations sur huit (11,9

%) rapporte souffrir de diabète gestationnel. Le diabète est une maladie chronique, débilitante et coûteuse (Daniel et al., 1999). Bien qu'il n'existe aucune cure pour le diabète, la maladie et ses complications peuvent être prévenues, retardées et gérées en identifiant les facteurs de risque afin de pouvoir déceler la maladie de façon précoce (Ley et al., 2009). Selon la Fédération internationale du diabète, 74 % des personnes qui ont le diabète pendant 10 ans et plus développeront une forme ou une autre de rétinopathie diabétique (Chris, 2009).

Un examen ophtalmologique exhaustif permet de détecter les premiers signes de maladies de l'œil ayant le potentiel d'entraîner la cécité, telles que le glaucome, la dégénérescence maculaire liée à l'âge et l'hypertension. Selon la Société canadienne d'ophtalmologie (2009), la fréquence des examens devrait croître avec l'âge et devrait survenir deux fois par année pour les individus âgés de 65 ans et plus. Dans l'ERS 2002-03, 3,6 % des adultes des Premières Nations âgés de 18 ans et plus rapportent être atteints de cécité ou de troubles graves de la vue qui ne peuvent être corrigés par des lunettes, 4,2 % ont des cataractes, et 1,6 % ont un glaucome (95 % IC [$\pm 0,4$], [$\pm 0,4$], et [$\pm 0,4$], respectivement). Les examens ophtalmologiques sont une étape importante pour maintenir et restaurer une bonne vue.

Dans l'ERS 2002-03, de faibles taux de participation ont été notés pour les examens médicaux complets et les tests de cholestérol. Un examen médical complet augmente la probabilité qu'un individu subisse d'autres tests de dépistage. Par exemple, après avoir réalisé des examens médicaux complets et une batterie de tests spécifiques sur des membres des Premières Nations atteints de diabète de type 2 en Alberta, des chercheurs en médecine ont trouvé qu'un nombre considérable de participants souffraient de complications non diagnostiquées du diabète : 23 % avaient des lésions rénales; 22 % avaient un taux de cholestérol élevé; 11 % avaient des plaies au pied; 9 % souffraient d'hypertension; et 7 % avaient une rétinopathie (Oster, Virani, Strong, Shade, & Toth, 2009). Bien que cet exemple vise les Premières Nations ayant reçu un diagnostic de diabète, il démontre et souligne à quel point un examen médical complet peut contribuer à poser un bon diagnostic, ce qui mène à un plan de traitement qui permettra d'améliorer l'état de santé.

Le taux de maladies cardiaques est 1,5 fois plus élevé chez les Premières Nations que chez les autres Canadiens et représente la première cause de décès (Santé Canada, 2001). Un taux de cholestérol sanguin élevé est l'un des facteurs qui contribue aux maladies coronariennes. Dans l'ERS 2002-03, les résultats autodéclarés indiquent

que la participation des Premières Nations aux tests de cholestérol au cours des 12 mois précédant l'Enquête était plus faible que pour tous les autres tests. Dans l'ensemble de la population canadienne, 47 % des adultes âgés de 40 à 59 ans ont des taux élevés de cholestérol total, qui est une mesure de l'ensemble des cholestérols et de tous les types de lipides dans le sang (Société canadienne de cardiologie, 2010). Des tests de dépistage réguliers constituent une mesure de protection pour détecter et gérer les maladies cardiaques. Un test de dépistage du cholestérol tous les un à trois ans est recommandé pour les individus à risque élevé (Société canadienne de cardiologie, 2009). Cela comprend les hommes âgés de 40 ans et plus et les femmes âgées de 50 ans et plus.

Le cancer est une cause de maladie importante et la troisième cause de mortalité chez les Premières Nations (après les maladies cardiaques et les accidents de véhicule motorisé; Marrett & Chaudhry, 2003). Les taux de survie chez les Premières Nations sont plus faibles que la moyenne parce que les cancers tendent à n'être diagnostiqués qu'à des stades plus avancés (Alberta Cancer Board, 2007). De nombreux cancers peuvent être prévenus ou traités aux premiers stades. En ce moment, l'information sur l'état actuel du dépistage du cancer dans la population des Premières Nations est déficiente, principalement parce qu'aucun système de surveillance de la santé ne saisit d'information sur l'ethnicité au Canada. Mais toutes les recherches sur ce sujet pointent dans la même direction : malgré des améliorations dans certains domaines, l'accès des Premières Nations aux services de dépistage accuse un retard comparativement à l'ensemble de la population canadienne (Assemblée des Premières Nations [APN], 2009).

Bien que les résultats de l'ERS 2002-03 révélant un plus faible accès des Premières Nations aux services de dépistage du cancer soient préoccupants (APN, 2009), la participation à certaines activités de dépistage, telles que la participation des femmes des Premières Nations aux tests de Pap, est encourageante. De façon générale, dans l'ERS 2002-03, on observe des taux similaires de dépistage du cancer du col utérin chez les femmes des Premières Nations (76 %) et chez les autres femmes au Canada; et une femme de la clientèle cible sur neuf indique ne jamais avoir passé de test de Pap, soit la même proportion que dans l'ensemble de la population canadienne. Au Canada, le taux de participation visé pour le test de Pap est de 85 % (APN, 2009), il semble donc que l'écart soit en train de se combler entre les femmes des Premières Nations et celles dans l'ensemble de la population canadienne. Toutefois, dans sa revue des taux de participation des femmes des Premières Nations aux

tests de dépistage du cancer du col utérin, l'Assemblée des Premières Nations renvoie à des études antérieures et concomitantes à l'ERS 2002-03, dans laquelle les taux de participation des femmes des Premières Nations étaient environ 30 % plus bas que ceux des autres femmes au Canada (APN, 2009). Des résultats similaires ont été observés dans le cadre d'un sondage d'opinion public réalisé en 2002 par l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), où 50 % des répondantes des Premières Nations avaient subi un test de Pap au cours de l'année précédant le sondage. Le test de Pap est l'une des meilleures et des plus efficaces méthodes de prévention et d'intervention précoce en ce qui a trait au cancer du col utérin. Une participation accrue au test de Pap peut réduire l'incidence plus élevée et la mortalité accrue liées au cancer du col utérin qui ont été observées dans certains groupes de femmes des Premières Nations (Waldrum, Herring, & Young, 1995).

L'incidence de cancer du sein est plus faible chez les femmes des Premières Nations que chez les femmes dans l'ensemble de la population canadienne. Toutefois, lorsque les femmes des Premières Nations reçoivent un diagnostic de cancer du sein, elles sont plus susceptibles que les autres femmes canadiennes de recevoir ce diagnostic à un stade avancé du cancer (Tatemichi, Miedema, & Leighton, 2002). Malgré des taux plus faibles, le cancer du sein est la forme de cancer la plus répandue chez les femmes des Premières Nations et représente environ un cinquième des cas de cancer (Cobb & Paisano, 1998; Smeja & Brassard, 2000). En 2007, la Société canadienne du cancer a cessé de recommander que les femmes utilisent l'auto-examen des seins (AES) comme moyen de dépister des anomalies du sein. Par ailleurs, les mammographies ont maintenant la réputation d'être plus efficaces. En effet, de récentes études ont révélé que 85 % des cancers sont détectés lors d'une mammographie et 26 % lors d'un AES (Société canadienne du cancer, 2009). Selon la Société canadienne du cancer, les examens cliniques et les mammographies sont les meilleures façons de détecter le cancer du sein à un stade précoce crucial chez les femmes de 40 à 69 ans. La Société canadienne du cancer (2011) indique que les femmes dans la quarantaine devraient envisager subir une mammographie tous les ans, tandis que les femmes âgées de 50 à 59 ans devraient subir une mammographie tous les deux ans. Les cancers du sein à un stade précoce sont associés à des taux de survie de cinq ans supérieurs à 90 % (Mai, Sullivan, & Chiarelli, 2009).

Au Canada, chez les hommes, le cancer de la prostate est le type de cancer malin le plus courant et le troisième cancer le plus meurtrier (Nam & Klotz, 2009). Bien que

l'étude de la littérature ait globalement fait ressortir que le cancer de la prostate figure parmi les trois cancers les plus souvent diagnostiqués chez les hommes des Premières Nations, il existe un manque de données à jour criant sur le dépistage et l'incidence du cancer de la prostate ainsi que sur le taux de mortalité par ce cancer. Ce manque de données rend difficile de comparer les hommes dans l'ensemble de la population canadienne et les hommes des Premières Nations et d'en dégager des constats. En 2001, Santé Canada a fait état d'un taux de mortalité par le cancer de la prostate plus élevé parmi les hommes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations que chez les hommes dans l'ensemble de la population canadienne (Assemblée des Premières Nations, 2009). Un rapport sur l'incidence du cancer et le taux de mortalité par le cancer chez les Premières Nations de l'Ontario entre 1968 et 1991 a démontré que le cancer de la prostate était le type de cancer le plus diagnostiqué chez les hommes des Premières Nations (Marrett & Chaudhry, 2003). En 2007, selon Statistique Canada (2010a), 23 181 canadiens de sexe masculin ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate. Ce cancer cause environ 11 % de tous les décès par cancer chez les hommes. On estime qu'un homme sur sept aura un cancer de la prostate au cours de sa vie, la plupart du temps après 60 ans. Le cancer de la prostate peut être détecté tôt grâce au test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique et à l'examen physique de la prostate, au moyen du toucher rectal, mais il est pour l'instant impossible de dire si la détection précoce et le traitement précoce qui s'ensuit ont pour effet de modifier l'évolution naturelle de la maladie et l'issue des cas de cancer (Institut national du cancer, 2011).

Pour résumer, dans la plupart des cas, il semble que les adultes des Premières Nations soient moins susceptibles de participer à des tests de dépistage de prévention secondaire, ce qui se traduit en général par des taux plus élevés de maladie chronique. Le présent chapitre présente de récentes données autodéclarées sur la participation de la population des Premières Nations à des activités de dépistage. La surveillance des activités de prévention secondaire et de dépistage du cancer est essentielle car elle fournit des renseignements qui peuvent contribuer à faire ressortir des secteurs requérant plus de ressources cliniques, des mesures de promotion de la santé et des initiatives de prévention.

MÉTHODOLOGIE

Les adultes des Premières Nations âgés de 18 ans et plus ont dû indiquer s'ils ont subi un test de cholestérol, un examen ophtalmologique, un test de pression artérielle,

un test de glycémie ou un examen médical complet au cours des 12 mois précédents. Les femmes adultes ont aussi dû indiquer : à quelle fréquence elles procèdent à un auto-examen des seins (réponses possibles : environ une fois par mois, environ tous les 2 à 3 mois, moins de tous les 2 à 3 mois, jamais) et à quand remontent leur dernière mammographie et leur dernier test de Pap (réponses possibles : moins de 6 mois, plus de 6 mois mais moins de 1 an, cela fait plus de 1 an mais moins de 3 ans, plus de 3 ans mais moins de 5 ans, plus de 5 ans, je n'en ai jamais passé). Les hommes adultes ont dû indiquer s'ils ont déjà subi (oui / non) un examen de la prostate (toucher rectal [TR]) ou un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique [APS]).

Les constats actuels sont comparés à ceux de la dernière ERS (2002-03; CGIPN, 2005), du sondage d'opinion national sur la santé des Autochtones et les soins de santé au Canada de 2002 (Organisation nationale de la santé autochtone, ONSA), et, selon le cas, à ceux de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

RÉSULTATS

Dépistage et examens de santé spécifiques au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10

Un peu plus des trois quarts (76,9 %, 95 % IC [$\pm 1,3$]) des adultes des Premières Nations rapportent dans l'ERS 2008-10 avoir subi certains tests ou examens de routine au cours des 12 mois précédant l'Enquête.

Le Tableau 15.1 montre les taux de participation des adultes des Premières Nations à certains tests de santé entre 2008 et 2010. Le test le plus couramment subi est celui de la pression artérielle (63,9 %), suivi de celui de la glycémie (54,3 %) et de l'examen ophtalmologique (54,1 %). Les examens médicaux complets (40,6 %) et le test de cholestérol (38,1 %) sont les tests les moins usités.

Tableau 15.1. Recours à certains tests de santé au cours des 12 mois précédents

Test ou examen	%	95 % IC
Pression artérielle ($n = 10,603$)	63,9	[$\pm 1,5$]
Glycémie ($n = 10,511$)	54,3	[$\pm 1,5$]
Examen ophtalmologique ($n = 10,435$)	54,1	[$\pm 1,6$]
Examen médical complet ($n = 10,449$)	40,6	[$\pm 1,7$]
Cholestérol ($n = 10,435$)	38,1	[$\pm 1,6$]

Les constats sont que, dans l'ensemble, les hommes des Premières Nations sont systématiquement moins susceptibles que les femmes des Premières Nations

d'avoir subi certains tests au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Cela est généralement le cas peu importe le groupe d'âge. Toutefois, l'écart entre les hommes et les femmes semble se rétrécir avec l'âge (voir Tableau 15.2).

Des changements ont été observés depuis l'ERS 2002-03. Un des points préoccupants soulevés par l'ERS 2002-03 était le taux de participation à des examens médicaux complets : seulement 34,4 % des adultes des Premières Nations âgés de 18 à 29 ans avaient rapporté avoir subi un examen médical complet au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Cinq ans plus tard, ce pourcentage est légèrement en recul, à 28,4 % (95 % IC [$\pm 2,5$]). La proportion d'adultes âgés de 60 ans et plus ayant subi un examen médical complet a également diminué, passant de 61,2 % dans l'ERS 2002-03 à 53,8 % (95 % IC [$\pm 2,7$]) dans l'ERS 2008-10. Fait encourageant, les tests de glycémie et les examens ophtalmologiques sont plus courants aujourd'hui pour l'ensemble des groupes d'âge qu'ils ne l'étaient dans l'ERS 2002-03.

Tableau 15.2. Pourcentages d'adultes des Premières Nations ayant subi certains tests de santé au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10

Test de cholestérol, % [95 % IC]						
	Total	18-29	30-39	40-59	50-59	60+
Hommes	34,2 [31,9-36,5]	13,0 [10,3-16,3]	27,6 [23,4-32,1]	37,0 [32,5-41,7]	57,1 [51,8-62,2]	62,3 [58,4-66,1]
Femmes	42,2 [40,2-44,3]	17,2 [14,6-20,1]	39,3 [33,8-45,1]	47,3 [43,3-51,4]	64,9 [60,7-68,9]	65,2 [62,1-68,1]
Examen ophtalmologique, % [95 % IC]						
	Total	18-29	30-39	40-59	50-59	60+
Hommes	48,9 [44,2-46,9]	40,1 [36,1-44,2]	40,9 [36,7-45,3]	51,7 [47,0-56,4]	59,4 [53,6-64,9]	64,5 [60,3-68,5]
Femmes	59,3 [57,5-61,2]	48,5 [44,7-52,3]	57,2 [52,1-62,1]	60,8 [56,8-64,6]	68,4 [65,1-71,5]	72,9 [70,2-75,4]
Test de pression artérielle, % [95 % IC]						
	Total	18-29	30-39	40-59	50-59	60+
Hommes	59,5 [57,1-61,9]	39,6 [35,6-43,9]	50,8 [46,4-55,3]	68,1 [63,6-72,2]	77,2 [72,9-81,0]	83,9 [80,9-86,5]
Femmes	68,3 [66,6-70,0]	53,8 [50,3-57,3]	62,9 [58,0-67,6]	70,9 [67,2-74,4]	81,3 [77,4-84,6]	88,4 [86,4-90,1]
Test de glycémie, % [95 % IC]						
	Total	18-29	30-39	40-59	50-59	60+
Hommes	48,4 [46,0-50,7]	26,6 [23,4-30,1]	42,4 [37,9-46,7]	55,2 [50,3-60,1]	67,1 [62,2-71,7]	74,8 [71,1-78,2]
Femmes	60,4 [58,6-62,2]	42,8 [39,5-46,2]	55,9 [50,8-60,9]	63,6 [59,7-67,4]	75,3 [71,6-78,5]	82,1 [79,5-84,5]
Examen médical complet, % [95 % IC]						
	Total	18-29	30-39	40-59	50-59	60+
Hommes	35,4 [33,0-38,0]	21,3 [17,9-25,2]	30,6 [26,5-35,0]	39,3 [34,5-44,2]	48,3 [43,5-53,2]	54,8 [50,6-58,9]
Femmes	45,9 [43,7-48,1]	36,0 [32,4-39,7]	46,0 [40,9-51,1]	48,5 [44,5-52,5]	54,4 [49,8-59,0]	52,9 [49,3-56,5]

PRESSION ARTÉRIELLE

Le sondage d'opinion publique mené par l'ONSA en 2002 et l'ERS 2002-03 ont tous deux révélé que le test de dépistage le plus courant est le test de pression artérielle. Et cela se confirme dans la plus récente ERS.

Il existe un écart notable entre la population des Premières Nations et l'ensemble de la population canadienne pour ce qui est des tests de pression artérielle. Selon Statistique Canada (2010c), en 2008, 16,4 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus rapportent présenter une pression artérielle élevée.

En comparaison, la dernière ERS indique que 21,8 % (95 % IC [±1,2]) des adultes des Premières Nations se sont fait dire que leur pression artérielle était élevée.

GLYCÉMIE

Le test de glycémie est le deuxième type de test le plus courant chez les adultes des Premières Nations selon l'ERS 2008-10 (54,3 %, 95 % IC [±1,5]; voir Tableau 15.2). Les résultats du sondage d'opinion publique de 2002 de l'ONSA indiquaient un taux de participation de 56 % (ONSA, 2003), ce qui suggère des pourcentages de recours aux tests comparables.

Dans l'ensemble, il n'y a pas, entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10, de variation significative des réponses dans les taux de participation aux tests de glycémie selon les groupes d'âge et le sexe.

EXAMEN DE LA VUE OU DE L'ŒIL

Plus de la moitié (54,1 %, 95 % IC [±1,6]) des adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des

Premières Nations rapportent avoir déjà subi un examen ophtalmologique. Cela est semblable au pourcentage de 54 % obtenu dans le cadre du sondage de l'ONSA (ONSA, 2003). Plus de femmes que d'hommes (59,3 % vs 48,8 %, 95 % IC [$\pm 1,9$] et [$\pm 2,4$], respectivement) rapportent avoir subi un examen ophtalmologique au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10. Tant chez les femmes que chez les hommes, les taux de recours à ce type d'examen montent en flèche à partir de 50 ans. Parmi les personnes âgées de 60 ans et plus, la majorité (68,9 %, 95 % IC [$\pm 2,3$]) rapporte avoir subi un examen ophtalmologique au cours des 12 mois précédant l'Enquête.

EXAMEN MÉDICAL COMPLET

Dans l'ensemble, quatre adultes des Premières Nations âgés de 18 ans et plus sur dix (40,6 %, 95 % IC [$\pm 1,7$]) rapportent avoir subi un examen médical complet au cours de l'année précédant l'Enquête. Une plus grande proportion de femmes que d'hommes (45,8 % vs 35,4 %, 95 % IC [$\pm 2,2$] et [$\pm 2,5$]) rapporte avoir subi un examen médical complet.

Depuis l'ERS 2002-03, les pourcentages d'adultes ayant subi des examens médicaux complets ont diminué. Par exemple, en 2002-03, 34,3 % des adultes âgés de 18 à 29 ans avaient subi un examen médical au cours de la dernière année, comparativement à 28,4 % en 2008-10. Dans le même ordre d'idée, dans l'ERS 2002-03, 61,2 % des adultes des Premières Nations de 60 ans et plus avaient indiqué avoir subi un examen médical dans la dernière année, comparativement à 53,8 % des personnes âgées de 60 ans et plus dans l'ERS 2008-10.

CHOLESTÉROL

Tant l'ERS 2002-03 que l'ERS 2008-10 ont montré que le test de cholestérol est celui que les adultes des Premières Nations sont le moins susceptibles d'avoir subi au cours de l'année précédant l'Enquête (38,1 %, 95 % IC [$\pm 1,6$]). L'ONSA (2003) est arrivée à un constat similaire avec 39 % des répondants qui avaient subi un test de cholestérol au cours des 12 mois précédents.

Dans l'ERS 2008-10, environ 42,2 % (95 % IC [$\pm 2,0$]) des femmes et 34,2 % (95 % IC [$\pm 2,3$]) des hommes des Premières Nations rapportent avoir fait vérifier leur taux de cholestérol au cours des 12 mois précédents.

Aucune variation statistique n'a été observée quant à la participation aux tests de cholestérol entre 2002-03 et 2008-10.

Dépistage et prévention du cancer

Les femmes des Premières Nations devaient indiquer si elles ont subi un test de Pap et une mammographie au cours de leur vie et déjà procédé à un auto-examen des seins (AES). Les résultats indiquent que 90,3 % des femmes ont subi un test de Pap, 60 % ont procédé à un AES et 41 % ont eu une mammographie (voir Tableau 15.3).

Les hommes devaient quant à eux indiquer s'ils ont déjà subi un toucher rectal (TR) ou un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS). Un quart des hommes des Premières Nations (23,4 %) rapporte avoir déjà subi un TR ou un test de dépistage de l'APS (voir Tableau 15.3).

Tableau 15.3. Proportion d'adultes des Premières Nations ayant subi certains tests de dépistage du cancer au cours de leur vie

Test	Femmes % [95 % IC]	Hommes % [95 % IC]
Test de Pap (<i>n</i> = 5,252)	90,3 [$\pm 1,2$]	S/O
AES (<i>n</i> = 5,204)	60,0 [$\pm 2,1$]	S/O
Mammographie (<i>n</i> = 5,415)	41,0 [$\pm 1,8$]	S/O
TR ou test de dépistage de l'APS (<i>n</i> = 4,575)	S/O	23,4 [$\pm 2,0$]

TEST DE PAP

La majorité (74 %) des femmes des Premières Nations respectent la directive canadienne en matière de dépistage qui recommande un test de Pap tous les trois ans (Société canadienne du cancer, 2010; voir Tableau 15.4). Aucun changement n'a été observé dans la proportion de femmes respectant les recommandations pour ce qui est du test de Pap depuis l'ERS 2002-03 (75,6 %; CGIPN, 2005). La proportion de femmes des Premières Nations ayant passé un test de Pap au cours des trois dernières années (ou moins) est comparable à celle observée dans l'ensemble de la population canadienne (72,7 %; Statistique Canada, 2006)⁵.

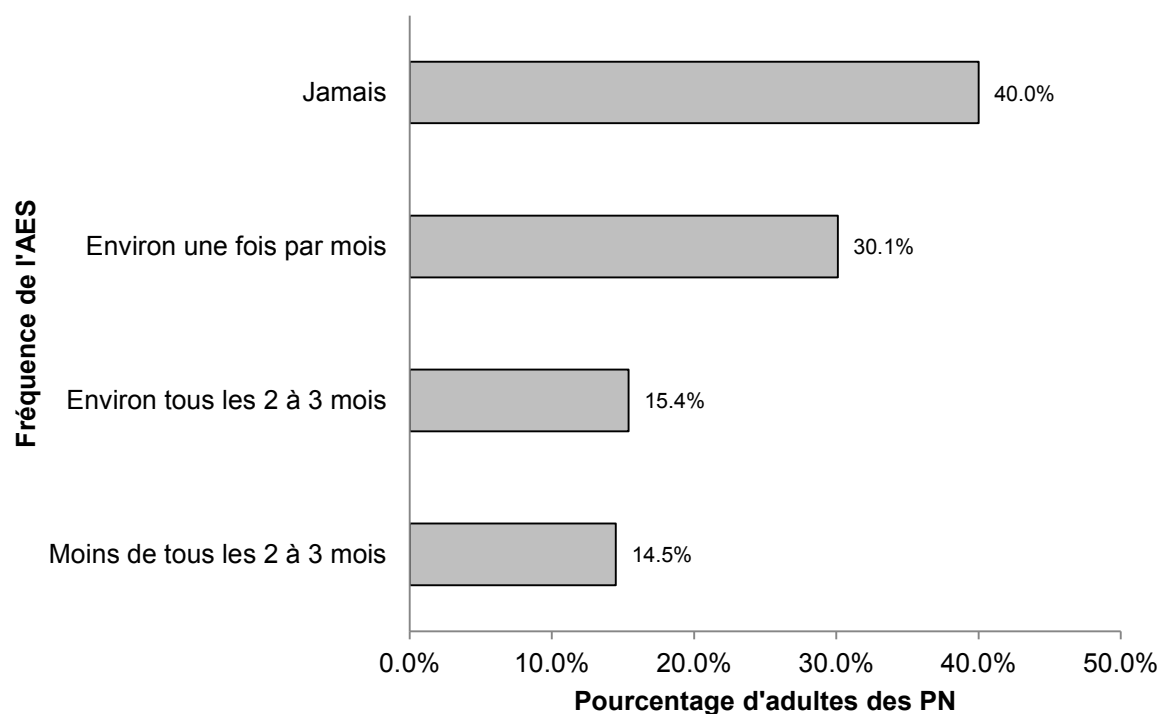
⁵ Les données canadiennes concernent les femmes de 18 à 69 ans alors que les pourcentages de l'ERS concernent les femmes de 18 ans et plus. Par ailleurs, les répondantes qui n'ont pas répondu à la question sur le test de Pap (« ne sais pas » ou « refus ») ont été exclues des calculs de fréquence dans les ERS (200203 et 200810), mais incluses dans les calculs de Statistique Canada (2,2 % n'ont pas répondu). Il convient donc d'interpréter avec prudence les données sur le test de Pap se rapportant à l'ensemble de la population canadienne et celle de l'ERS (voir Statistique Canada, 2006, Tableau 105-4042).

Tableau 15.4. Proportion de femmes des Premières Nations selon la date de leur dernier test de Pap

Dernier test de Pap	ERS 2002-03 (18 ans et plus)	ERS 2008-10 (18 ans et plus)
Moins d'un an	48,2 [±2,2]	48,9 [±2,0]
Entre 1 et 3 ans	27,4 [±1,7]	25,1 [±1,9]
Plus de 3 ans	13,8 [±1,4]	16,3 [±1,4]
Jamais	10,6 [±1,4]	9,7 [±1,2]

AUTO-EXAMEN DES SEINS

La Figure 15.1 montre que 60 % des femmes des Premières Nations ont déjà procédé à un AES. Comparativement à l'ERS précédente (2002-03), plus de femmes des Premières Nations pratiquent l'AES (une hausse de 4 %). Elles y procèdent aussi plus régulièrement.

Figure 15.1. Dernier auto-examen des seins chez les femmes des Premières Nations, ERS 2008-10 (n = 5,204)**MAMMOGRAPHIE**

Environ deux tiers des femmes des Premières Nations âgées entre 50 et 59 ans (60,2 %) et âgées de 60 ans et plus (61,3 %) rapportent avoir subi une mammographie au cours des trois années précédant l'Enquête (voir Tableau 15.5). En comparaison, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), en 2008, 72 % des femmes canadiennes âgées entre 50 et 59 ans rapportent avoir subi une mammographie au cours des deux années précédentes (Sheilds & Wilkins, 2009). Bien que l'écart entre le taux de participation des femmes des Premières Nations et celui des femmes dans l'ensemble de la population canadienne varie de 10 % à 12 %, il semble que, depuis l'ERS 2002-03, la participation des femmes des Premières Nations se soit améliorée de façon générale. Par exemple, dans l'ERS 2008-10, 82,4 % des femmes des Premières Nations âgées de 60 ans et plus

rapportent avoir subi une mammographie au cours de leur vie, comparativement à 71 % dans l'ERS 2002-03.

Tableau 15.5. Temps écoulé depuis la dernière mammographie chez les femmes des Premières Nations

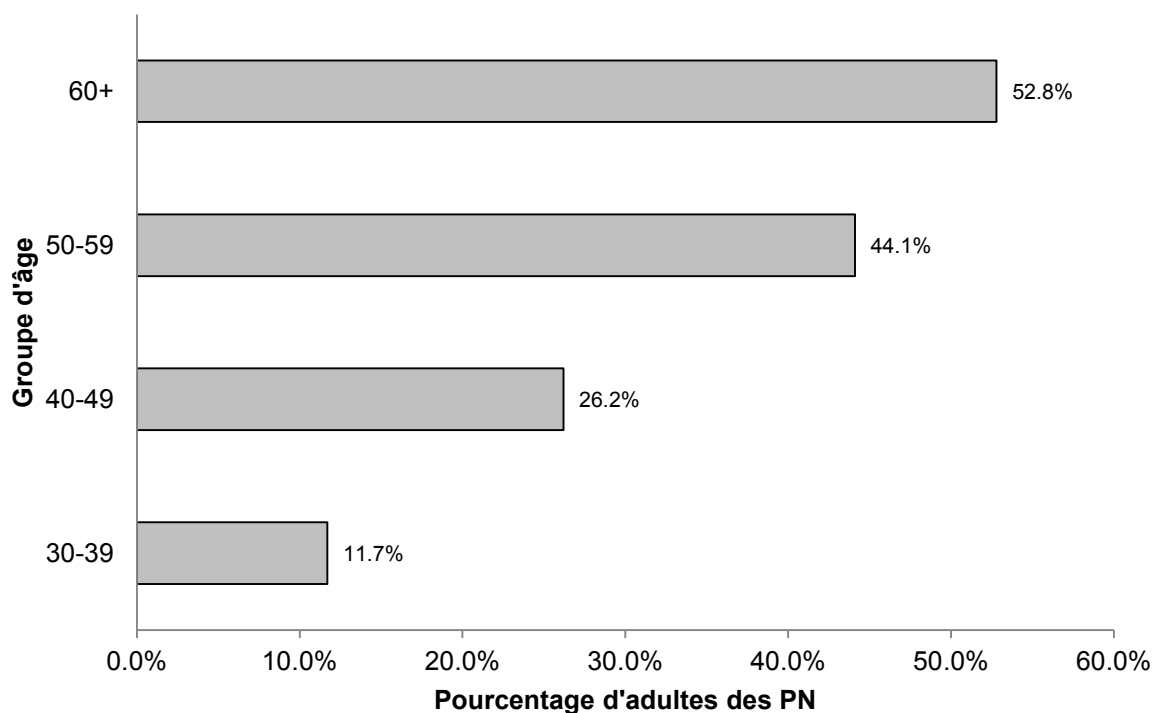
Dernière mammographie	Tous âges (n = 5,415) % [95 %IC]	50 à 59 ans (n = 1,035) % [95 %IC]	60 ans et plus (n = 1,300) % [95 %IC]
Je n'en ai jamais passé	59,0 [±1,8]	25,7 [±3,9]	17,6 [±2,5]
Moins de 6 mois	7,8 [±1,0]	15,6 [±3,3]	13,9 [±2,7]
Plus de 6 mois mais moins de 1 an	9,8 [±0,8]	20,8 [±2,7]	20,0 [±2,9]
Plus de 1 an mais moins de 3 ans	13,2 [±1,2]	23,8 [±2,9]	27,7 [±3,5]
Plus de 3 ans mais moins de 5 ans	5,2 [±1,2]	6,8 [±1,6]	9,5 [±2,2]
Plus de 5 ans	5,0 [±0,8]	7,4 [±2,3]	11,3 [±2,6]

EXAMEN DE LA PROSTATE

Dépendamment de la province, de 35 % à 75 % des hommes âgés entre 50 et 75 ans dans l'ensemble de la population canadienne ont au moins une fois passé le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique

(Partenariat canadien contre le cancer, 2009). Dans l'ERS 2008-10, 23,4 % (95 % IC [±2,0]) des hommes des Premières Nations rapportent s'être déjà soumis au moins une fois à un toucher rectal ou à un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (voir Tableau 15.3). Le pourcentage augmente avec l'âge (voir Figure 15.2).

Figure 15.2. Proportion d'hommes des Premières Nations s'étant déjà soumis à un TR ou à un test de dépistage de l'APS, selon le groupe d'âge (ERS 2008-10)



DISCUSSION

Depuis l'ERS 2002-03, on a observé de l'amélioration comme de la détérioration dans la fréquence de certains tests de prévention secondaires et de dépistage du cancer.

Dans la plupart des cas, la proportion d'adultes des Premières Nations ayant subi un examen médical de

routine au cours des 12 mois précédant l'Enquête a diminué (sauf en ce qui concerne la tranche d'âge de 50 à 59 ans). Par exemple, dans l'ERS 2002-03, 34 % des adultes âgés entre 18 et 29 ans ont rapporté avoir déjà subi un examen médical comparativement à 28 % dans l'ERS 2008-10. Les examens médicaux de routine sont d'une grande importance car ils fournissent l'occasion de détecter certains troubles de santé et donnent lieu à des

tests de dépistage plus ciblés qui mènent, idéalement, à un diagnostic permettant le traitement précoce des maladies. D'un autre côté, les tests de glycémie et les examens ophtalmologiques sont *plus fréquents* aujourd'hui, ce qui laisse à penser que les adultes des Premières Nations rencontrent moins d'obstacles dans leur accès.

De tous les tests de prévention/dépistage secondaires, c'est celui de la pression artérielle que les adultes des Premières Nations sont le plus susceptibles d'avoir passé (à environ 60 %). À l'inverse, c'est celui du cholestérol qui est le moins fréquent (38 %). *Aucun changement* n'a été observé dans la fréquence des tests de pression artérielle et de cholestérol depuis l'ERS 2002-03. Comme un taux de cholestérol et une pression artérielle élevés accompagnent souvent des états de santé mortels ou chroniques, dont beaucoup se retrouvent déjà souvent chez les adultes des Premières Nations, il serait recommandé de mettre en place un programme d'intervention visant à accroître la fréquence des tests de dépistage. L'identification et le traitement précoces de la pression artérielle et des taux de cholestérol élevés permettraient vraisemblablement de contrôler l'apparition de maladies plus graves.

Les femmes sont plus susceptibles de s'être soumises à des tests de dépistage de routine que les hommes. Il y a plusieurs façons d'interpréter ce constat. Par exemple, les femmes sont peut-être plus soucieuses de leur santé, ce qui ferait qu'elles cherchent à passer des tests de dépistage. D'un autre côté, des recherches ont révélé que les femmes des Premières Nations semblent présenter plus de problèmes de santé que les hommes, ce qui accroît leurs besoins envers les différents tests (CGIPN, 2005). On pourrait aussi supposer que (pour une raison ou une autre) les hommes rencontrent plus d'obstacles dans l'accès aux tests de dépistage. Il conviendrait d'effectuer d'autres recherches sur le sujet. Néanmoins, les interventions devraient viser à accroître la fréquence des tests de dépistage chez les hommes des Premières Nations.

L'Enquête a aussi porté sur des tests de dépistage propres à chacun des sexes. La Société canadienne du cancer (2007) recommande que les femmes subissent un test de Pap une fois tous les un à trois ans. Les données permettent des constats positifs en ce qui a trait au test de Pap chez les femmes des Premières Nations. En effet, environ trois quarts (74 %) des femmes rapportent l'avoir passé au cours des trois années précédant l'Enquête. Ce pourcentage est *comparable à celui observé chez les femmes* dans l'ensemble de la population canadienne. Par ailleurs, il ne semble pas y avoir eu de recul dans la fréquence de ce test depuis l'ERS 2002-03.

Depuis l'ERS 2002-03, les femmes sont plus susceptibles de pratiquer l'AES et de le faire plus souvent. Malheureusement, de récentes recherches montrent que l'AES n'est pas aussi efficace que la mammographie dans le dépistage du cancer de sein. À l'heure actuelle, le taux d'utilisation de la mammographie chez les femmes des Premières Nations accuse un certain retard par rapport à celui des femmes dans l'ensemble de la population canadienne (62 % vs 72 %). Néanmoins, il est bien de constater que, depuis l'ERS 2002-03, les femmes des Premières Nations semblent plus susceptibles de passer une mammographie. Par ailleurs, les futures vagues de l'ERS pourraient avoir un libellé différent permettant d'évaluer la proportion de femmes des Premières Nations qui suivent les recommandations pour la fréquence des mammographies (dans l'ERS 2008-10, les femmes devaient indiquer si elles ont passé une mammographie au cours des trois années précédant l'Enquête alors que la recommandation est que la mammographie soit passée tous les deux ans, du moins chez les femmes âgées entre 50 et 69 ans; Société canadienne du cancer, 2011).

En raison de la modification du libellé entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10, il n'a pas été possible d'observer une éventuelle variation de la fréquence des examens de la prostate. Dans l'ERS 2002-03, les hommes devaient indiquer s'ils avaient déjà subi un toucher rectal tandis que dans l'ERS 2008-10, ils ont dû indiquer s'ils se sont soumis à un toucher rectal ou à un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (ce qui laisse plus de place à une réponse positive). Abstraction faite de ce manque d'uniformité dans le libellé des deux ERS, les hommes des Premières Nations sont considérablement *moins susceptibles* d'avoir subi un examen de la prostate que les hommes dans l'ensemble de la population canadienne (23 % vs 35 % ou plus).

Comme la majorité de la population des Premières Nations est âgée de moins de 30 ans, de nombreux programmes de santé tendent à cibler les individus plus jeunes (Assemblée des Premières Nations, 2009). Toutefois, la dernière ERS révèle que les jeunes adultes présentent les plus faibles taux de participation aux tests de prévention secondaire. En conséquence, les programmes de santé devraient, en plus de cibler davantage les jeunes (que ce soit avec les tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement ou les tests de grossesse), encourager les jeunes adultes à participer plus activement aux tests (cholestérol, pression artérielle, etc.) permettant de prévenir les maladies chroniques.

Pour ce qui est d'accroître la participation aux tests de dépistage (de manière plus générale), les interventions

devraient miser sur les forces et les caractéristiques des services de santé existants des Premières Nations. Vraisemblablement, une approche unique ne serait pas aussi fructueuse que de travailler avec chacune des communautés pour concevoir, mettre en place et valider des initiatives de prévention secondaire.

CONCLUSIONS

Les résultats de l'Enquête présentés dans ce chapitre portent sur les taux de participation aux tests de prévention secondaire et aux tests de dépistage du cancer des adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et dans les collectivités nordiques. L'ERS 2008-10 apporte un certain nombre de constats positifs. En ce qui concerne les tests de dépistage de prévention secondaire, comparativement à l'ERS **2002-03**, les adultes des Premières Nations sont plus susceptibles d'avoir passé un test de glycémie ou un examen ophtalmologique au cours des 12 mois précédents. Pour ce qui est des progrès observés au chapitre du dépistage du cancer, la majorité des femmes des Premières Nations respectent les recommandations relatives au test de Pap (avec des taux comparables à ceux des femmes dans l'ensemble de la population canadienne). Par ailleurs, le taux de participation des femmes des Premières Nations à des mammographies s'est accru depuis l'ERS 200203.

Malgré ces notes positives, il y a encore place à amélioration. Par exemple, les hommes des Premières Nations sont beaucoup moins susceptibles que les hommes dans l'ensemble de la population canadienne de se soumettre à un examen de la prostate (toucher rectal ou test de **dépistage de l'antigène prostatique spécifique**). Par ailleurs, bien que les taux de mammographie se soient accrus chez les femmes des Premières Nations, ces dernières accusent un certain retard par rapport à l'ensemble de la population canadienne. Finalement, la fréquence des examens médicaux a diminué depuis l'ERS 2002-03 et on n'observe aucune augmentation dans la participation à des tests de cholestérol ou de pression artérielle. L'augmentation de la participation à ces tests est pourtant essentielle pour améliorer l'identification et freiner le développement de certaines maladies chroniques chez les adultes des Premières Nations. L'Enquête a aussi permis de faire ressortir le besoin d'accroître la fréquence de certains tests au sein de segments précis de la population des Premières Nations, notamment les hommes des Premières Nations et les jeunes adultes des Premières Nations, qui sont moins susceptibles de passer des tests de dépistage.

RÉFÉRENCES

- Alberta Cancer Board. (2007). *Annual report*. Edmonton, AB: Alberta Cancer Board.
- Assemblée des Premières Nations. (2009). *Access to cancer screening and First Nations*. Ottawa, ON: Assemblée des Premières Nations.
- Brown, A., & Blashki, G. (2005). Indigenous male health disadvantage—linking the heart and mind. *Australian Family Physician*, 34(10), 813–19.
- Chris, A. P. (2009). Diabetes and Aboriginal Vision Health [page Web, National Aboriginal Diabetes Association]. Consulté à partir de <http://www.nada.ca/diabetes-and-aboriginal-vision-health/>
- Cobb, N., & Paisano, R. E. (1998). Patterns of cancer mortality among native Americans. *Cancer*, 83(11), 2378.
- Daniel, M., Green, L. W., Marion, S. A., Gamble, D., Herbert, C. P., Hertzman, C., & Sheps, S. B. (1999). Effectiveness of community-directed diabetes prevention and control in a rural Aboriginal population in British Columbia, Canada. *Social Science & Medicine*, 48(6), 815–32.
- Dyck, R., Osgood, N., Lin, T. H., Gao, A., & Stang, M. R. (2010). Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations adults. *Canadian Medical Association Journal*, 182(3), 249–56.
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, youth and children living in First Nations communities*. Ottawa: Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Fondation des maladies du cœur. (2011). High Blood Pressure. Consulté à partir de <http://www.heartandstroke.com/site/c.ikiQLcMWJtE/b,3484023/>
- Ho, L. S., Gittelsohn, J., Harris, S. B., & Ford, E. (2006). Development of an integrated diabetes prevention program with First Nations in Canada. *Health Promotion International*, 21(2), 88–97.
- Huffman, M. D., & Galloway, J. M. (2010). Cardiovascular health in indigenous communities: Successful programs. *Heart, Lung and Circulation*, 19, 351.
- Last, J. M. (2007). *A Dictionary of public health*. Oxford, England, United Kingdom: Oxford University Press.
- Ley, S. H., Harris, S. B., Mamakeesick, M., Noon, T., Fiddler, E., Gittelsohn, J., Wolever, T.M., Connelly, P.W., Hegele, R.A., Zinman, B., & Hanley, A. J. G. (2009). Metabolic syndrome and its components as predictors of incident type 2 diabetes mellitus in an Aboriginal community. *Canadian Medical Association Journal*, 180(6), 617–24.
- MacMillan, H. L., MacMillan, A. B., Offord, D. R., & Dingle, J. L. (1996). Aboriginal health. *Canadian Medical Association Journal*, 155(11), 1569-78.
- Mai, V., Sullivan, T., & Chiarelli, A. M. (2009). Breast cancer screening program in Canada: Successes and challenges. *Salud Pública de México*, 51, Supp. 2, 228–35.

- Marks, E., Cargo, M. D., & Daniel, M. (2007). Constructing a health and social indicator framework for Indigenous community health research. *Social Indicators Research*, 82(1), 94.
- Marrett, L. D., & Chaudhry, M. (2003). Cancer incidence and mortality in Ontario First Nations', 1968-1991 (Canada). *Cancer Causes & Control: CCC*, 14(3), 259-68.
- Nam, R. K., & Klotz, L. H. (2009). Trends in prostate cancer screening: Canada. *Prostate cancer screening*. New York, NY: Humana Press.
- National Cancer Institute. (2011). Digital rectal examination and prostate-specific antigen. Consulté à partir de <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/prostate/HealthProfessional/allpages>
- Organisation nationale de la santé autochtone. (2003). What First Nations think about their health and health care, National Aboriginal Health Organization's public opinion poll on Aboriginal health care in Canada, Summary of Findings. Ottawa, ON: Organisation nationale de la santé autochtone. Consulté à partir de http://www.naho.ca/documents/fnc/english/FNC_SummaryofNAHOPoll.pdf
- Oster, R. T., Virani, S., Strong, D., Shade, S., & Toth, E. L. (2009). Diabetes care and health status of First Nations individuals with type 2 diabetes in Alberta. *Canadian Family Physician*, 55, 386-93.
- Partenariat canadien contre le cancer. (2009). PSA toolkit: PSA screening and testing for prostate cancer. Consulté à partir de http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/CPAC_PSA_Toolkit_2009-07-23_Final_0.pdf
- Reading, J. (2009). *A life course approach to the social determinants of health for aboriginal people*. A report prepared for the Senate Sub-Committee on Population Health. Ottawa: Parliament of Canada.
- Santé Canada (2005). *First Nations comparable indicators*. Ottawa, ON: Santé Canada.
- Santé Canada (2011). First Nations, Inuit & Aboriginal Health. Consulté à partir de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/index-eng.php>
- Sarkar, J., Lix, L. M., Bruce, S., & Young, T. K. (2010). Ethnic and regional differences in prevalence and correlates of chronic diseases and risk factors in northern Canada. *Preventing Chronic Disease*, 7(1), A13.
- Sheilds, M., & Wilkins, K. (2009). *An update on mammography use in Canada*. Ottawa: Statistique Canada. Consulté à partir de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009003/article/10873-eng.pdf>
- Smeja, C., & Brassard, P. (2000). Tuberculosis infection in an Aboriginal (First Nations) population of Canada. *International Journal Tuberculosis and Lung Disease*, 4(10), 925-930.
- Société canadienne du cancer. (2009). Talk to your doctor about your risk of breast cancer. Consulté à partir de http://www.cancer.ca/canada-wide/about%20cancer/types%20of%20cancer/talk%20to%20your%20doctor%20about%20your%20risk%20of%20breast%20cancer.aspx?sc_lang=en
- Société canadienne du cancer. (2010). Getting checked, cervical cancer. Consulté à partir de http://www.cancer.ca/Canada-wide/Prevention/Getting%20checked/Cervical%20cancer%20NEW.aspx?sc_lang=en#ixzz1DKtbLGsy
- Société canadienne du cancer. (2011). Breast cancer screening in your 40s. Consulté à partir de http://www.cancer.ca/Canada-wide/Prevention/Getting%20checked/Cervical%20cancer%20NEW.aspx?sc_lang=en#ixzz1DKtbLGsy
- Société canadienne de cardiologie. (2009). 2009 Canadian Cholesterol Guidelines recommend cholesterol testing. Consulté à partir de http://www.ccsguidelineprograms.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=87
- Société canadienne de cardiologie. (2010). 2010 Canadian Cardiovascular Society guideline for cholesterol testing. *Statistique Canada's Canadian Health Measures Survey*. Consulté à partir de http://www.ccsguidelineprograms.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=87
- Société canadienne d'ophtalmologie. (2009). *When should adults see an eye doctor?* Consulté à partir de http://www.eyesite.ca/english/program-and-services/policy-statements-guidelines/Patients-periodic-eye-exam_e.pdf
- Statistique Canada. (2006). CANSIM Table 105-4042, Pap smear, femmes aged 18 to 69, Canada, provinces, and territories (2005 data). Ottawa, ON: Statistique Canada.
- Statistique Canada. (2010a). Canadian Cancer Registry Database (July 2010 file), CANSIM, table 103-0550 and Catalogue no. 82-231-X. Ottawa, ON: Statistique Canada. Consulté à partir de <http://www40.statcan.ca/l01/cst01/HLTH61-eng.htm>
- Statistique Canada. (2010b). Diabetes 2008, Catalogue No. 82-625-X. Ottawa, ON: Statistique Canada. Consulté à partir de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010001/article/11099-eng.htm>
- Statistique Canada. (2010c). High Blood Pressure 2008, Catalogue no. 82-625-XWE. Ottawa, ON: Statistique Canada. Consulté à partir de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010001/article/11104-eng.htm>
- Tatemichi, S., Miedema, B., & Leighton, S. (2002). Breast cancer screening: First Nations' communities in New Brunswick. *Canadian Family Physician/Medecin de Famille Canadien*, 48, 1085.
- Waldrum, J., Herring, D. A., & Young, T. K. (1995). *Aboriginal health in Canada: Historical, cultural and epidemiological perspectives*. Toronto, ON: University of Toronto Press.

Chapitre 16

Bien-être communautaire

SOMMAIRE

Selon l'ensemble des théories relatives au bien-être des Premières Nations, une personne en santé en est une qui maintient un sentiment d'harmonie avec son environnement. Dans l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 200810, cette notion de santé a été abordée au moyen d'une section portant sur le bien-être communautaire. Les enquêtes sur la santé des populations fournissent rarement des outils de mesure du bien-être communautaire. L'ERS possède donc un caractère unique. Les données examinées dans le présent chapitre nous renseignent sur la façon dont les adultes des Premières Nations vivant dans les réserves ou dans les communautés nordiques perçoivent la qualité de vie au sein de leur communauté (p. ex., éducation et formation, alcoolisme et toxicomanie, logement, culture, gangs de rue, santé, emploi).

Les adultes des Premières Nations identifient les valeurs familiales (61,6 %) et les aînés (41,7 %) comme des forces de leur communauté. En revanche, peu d'adultes identifient une « économie forte » comme une force de leur communauté (10,8 %). On observe peu de changement (parmi ceux qui identifient des problèmes dans leur communauté) dans la perception de progrès ou d'amélioration de certaines variables communautaires, surtout pour ce qui est des gangs de rue ainsi que de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Les liens entre les perceptions relatives au bien-être communautaire et les mesures du bien-être personnel ont aussi été explorés.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Une majorité d'adultes des Premières Nations perçoivent des problèmes auxquels leur communauté est confrontée. Les aspects les plus souvent rapportés comme problématiques sont l'alcoolisme et la toxicomanie (82,6 %), le logement (70,7 %) et les possibilités d'emploi (65,9 %).
- Deux tiers (ou plus) des adultes des Premières Nations qui identifient des problèmes dans leur communauté ne perçoivent aucun progrès ni aucune dégradation des 10 problèmes communautaires possibles listés (éducation et formation, alcoolisme et toxicomanie, logement, culture, environnement et ressources naturelles, santé, financement, autonomie décisionnelle, gangs de rue, possibilités d'emploi).
 - Les gangs de rue et l'alcoolisme et la toxicomanie sont perçus comme ayant fait l'objet du moins de progrès.
- Les valeurs familiales sont perçues comme étant au cœur de la vie communautaire, avec 61,6 % des adultes des Premières Nations qui les identifient comme une force de leur communauté, suivies des aînés (41,7 %) et des activités et cérémonies traditionnelles, telles que les pow-wow (37,8 %).
 - Une « économie forte » et un « leadership fort » sont les moins susceptibles d'être identifiés comme des forces.
- En ce qui a trait à la participation aux événements culturels de leur communauté, deux tiers des adultes des Premières Nations déclarent participer au moins « parfois ».

INTRODUCTION

Bien-être communautaire / bien-être individuel

Pour les Premières Nations, le bien-être communautaire constitue un aspect important de la santé; une composante essentielle de la roue de médecine. La présence du bien-être dans la communauté suggère l'existence d'un équilibre entre la personne et son environnement (Mazzola, 1988).

L'existence d'un lien direct entre bien-être communautaire et santé mentale est suggérée depuis déjà longtemps dans les ouvrages scientifiques. L'un des premiers à avoir écrit sur le sujet est Leighton (1959), qui a démontré la façon dont les valeurs morales d'un village possèdent un effet considérable sur les membres qui le composent et présenté différents aspects de la vie communautaire possédant un effet sur l'équilibre affectif des individus. Les idées pionnières de Leighton n'ont que récemment été réexaminées.

Dans le domaine de la psychologie communautaire, Bronfenbrenner (1979) a proposé un modèle écologique du comportement possédant de nombreuses ressemblances avec l'approche des Premières Nations. Ce modèle place la personne au centre d'une multitude d'influences environnementales, dont les déterminants proximaux (p. ex., la famille) et les déterminants distaux (p. ex., les politiques gouvernementales).

La théorie selon laquelle la santé serait directement influencée par des facteurs écologiques est confirmée par des études de terrain effectuées auprès des Cris des Plaines de Saskatchewan. En effet, dans le cadre d'une enquête, les répondants rapportaient des éléments tels qu'un environnement sain, une société exempte de racisme, l'existence d'une forme d'autonomie politique et d'un contrôle des enjeux locaux par une majorité de résidents ainsi que les possibilités d'emploi dans les réserves comme des composantes de la santé (Graham & Leeseberg Stamler, 2010).

Le survol des différents ouvrages relatifs à la santé des Premières Nations permet d'identifier de nombreuses composantes communautaires liées à la santé. Des recherches menées par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (*Departments of Education, Culture, and Employment; Health and Social Services, Justice, Municipal and Community Affairs, NWT Housing Corporation*, 1995) ont fait ressortir trois stratégies pour favoriser le bien-être communautaire, soit de soutenir la médecine traditionnelle, la dispensation d'une éducation adaptée à la culture autochtone et la mise en place de mécanismes permettant aux communautés

d'identifier elles-mêmes leurs propres besoins. Mignone & O'Neil (2005) ont identifié l'importance du capital social dans le contexte des communautés autochtones manitobaines. Le capital social se définit comme la capacité de différents groupes, tels que les clans ou les familles élargies, à établir des liens et à collaborer entre eux au sein de leur communauté.

Pour ce qui est de l'existence réelle du bien-être communautaire, un survol des différentes études menées entre 1981 et 2001 sur les communautés des Premières Nations permet de voir que, bien que des progrès considérables aient été accomplis au chapitre du bien-être communautaire au cours de cette période, l'écart avec les niveaux de bien-être ressentis par la population canadienne en général demeure très vaste (O'Sullivan, 2006).

Personne et environnement

Les peuples autochtones perçoivent souvent l'individu comme une partie de son environnement social. Par exemple, il semble que les autochtones des Andes, en Amérique latine, décrivent l'environnement naturel comme une extension du corps de l'individu et non comme quelque chose qu'il doit contrôler ou maîtriser. Chez les Mayas du Mexique et du Guatemala, le corps est perçu comme le miroir de la Terre sacrée. Ainsi, par exemple, le fait de trembler est la manifestation d'une rupture dans le courant d'énergie vitale de l'humain (fièvre) et de la Terre (tremblement de terre; Tousignant, 1979). L'importance de la santé de l'environnement extérieur a aussi récemment été démontrée lorsque le président de l'Équateur, Raphael Correa, a fait enchâsser la protection des droits de la *Pachamama* (terre mère dans la mythologie autochtone) dans la constitution du pays. Finalement, les travaux de Bastien (1985) menés auprès des Aymaras de Bolivie ont démontré le lien existant entre les membres d'une communauté et leur environnement. Dans leur culture, l'environnement montagneux du village serait structuré de la même manière que le corps humain, de la tête aux pieds. De tels constats révèlent le lien important qui existe entre les humains et leur environnement, soit que les humains sont en fait le reflet de leur environnement naturel.

Évaluation du bien-être communautaire

Le concept de bien-être communautaire a été évalué tant au moyen d'indicateurs objectifs (p. ex., le logement, les possibilités d'emploi, le revenu, la scolarité et le taux de criminalité) que d'indicateurs subjectifs (p. ex., les perceptions des répondants). La plupart des ouvrages sur le bien-être communautaire

se fondent sur des indicateurs de la première catégorie.

Diverses variables communautaires se sont révélées importantes à l'heure de mesurer le degré de santé des communautés. L'Organisation des Nations Unies et le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien ont identifié *le revenu, la scolarité, l'activité sur le marché du travail et le logement* comme des composantes essentielles à la mesure du bien-être des Premières Nations (Cooke, 2005). Chandler, Lalonde, Sokol & Hallett (2003) ont, dans leurs études portant sur le suicide chez les Premières Nations de Colombie-Britannique, conclu que certaines variables de la continuité culturelle, dont *le contrôle du territoire et des services locaux, comme la police et les services aux familles*, sont déterminantes dans la prédiction des taux de suicide. De récentes analyses des taux de suicide chez les Premières Nations du Québec ont révélé que le fait de combiner *préservation de la langue, autonomie décisionnelle locale et transmission de la culture* a pour effet de réduire les risques de suicide chez les générations montantes (Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau & Isaac, 2009). Ribova (2000) a étudié l'association entre bien-être individuel et bien-être communautaire au sein des communautés de la zone circumpolaire nord, notamment chez des Inuit et des Premières Nations du Nord du Canada. Dans cette zone, on perçoit le bien-être communautaire comme la santé, la vitalité et le *bonheur global ou l'autosatisfaction d'une communauté et de ses membres* de manière générale.

Le présent chapitre vise à évaluer la présence des variables communautaires susmentionnées (dont on sait qu'elles permettent de prévoir les indicateurs de santé physique et mentale) chez les adultes des Premières Nations vivant dans les communautés des Premières Nations.

MÉTHODOLOGIE

Dans la section de l'ERS 2008-10 portant sur le bien-être communautaire, les répondants ont d'abord dû identifier (dans une liste de 10 réponses possibles) les problèmes auxquels leur communauté est confrontée [possibilités de réponse : éducation et formation, alcoolisme et toxicomanie, logement, culture, environnement et ressources naturelles, santé, financement, autonomie décisionnelle, gangs de rue et possibilités d'emploi].

Les répondants ont par la suite dû indiquer s'ils ont constaté des changements dans leur communauté (pour chacune des 10 variables de la question précédente) au cours des 12 mois précédant l'Enquête [possibilités de réponse : progrès / changements importants, certains progrès / changements, aucun progrès / changement,

dégradation]. Les réponses ont par la suite été classées en deux catégories, soit « certains progrès/ changements ou progrès/changements importants » et « aucun progrès/changement ou dégradation ».

Puis, les répondants ont dû identifier ce qu'ils considèrent comme les principales forces de leur communauté [possibilités de réponse : tissu social (interaction des membres de la communauté), activités et cérémonies traditionnelles (p. ex., pow-wow), bonnes infrastructures de loisirs, usage de la langue traditionnelle, environnement naturel, connaissance de la culture des Premières Nations, programmes communautaires / de santé, faible taux de suicide / criminalité / toxicomanie, aînés, possibilités en matière d'éducation et de formation et économie forte].

L'association entre les variables communautaires et les données démographiques que sont le sexe, l'âge, la scolarité (primaire, secondaire, diplôme ou certificat d'études collégiales ou universitaire) et la compréhension d'une langue des Premières Nations (aucune, quelques mots, intermédiaire/supérieur) a été examinée.

Le lien entre les variables communautaires et les variables du bien-être a aussi été étudié. Les variables du bien-être étaient : l'état de santé général perçu (mauvais / passable / bon vs très bon / excellent), le niveau de détresse psychologique (faible, modéré ou élevé, selon l'échelle d'évaluation de la dépression de Kessler (K10); voir Kessler, Andrews, Colpe, .et al., 2002; Andrews & Slade, 2001) et le sentiment d'harmonie sur les plans psychologique, physique, affectif et spirituel (parfois / presque jamais vs la plupart du temps / en permanence).

RÉSULTATS

Problèmes des communautés

Interrogés sur les problèmes auxquels sont confrontées leur communauté, les répondants indiquent le plus souvent l'alcoolisme et la toxicomanie, le logement et les possibilités d'emploi (voir Tableau 16.1).

Tableau 16.1. Problèmes des communautés identifiés

Problème de la communauté	Identifié par les adultes des Premières Nations % [IC à 95 %]
Alcoolisme et toxicomanie	82,6 [±1,3]
Logement	70,7 [±1,9]
Possibilités d'emploi	65,9 [±2,1]
Éducation et formation	57,5 [±1,9]
Financement	55,8 [±2,1]
Santé	44,6 [±2,3]
Culture	42,3 [±2,1]
Autonomie décisionnelle	37,9 [±2,0]
Gangs de rue	33,2 [±2,8]
Environnement et ressources naturelles	32,5 [±2,1]

Association entre perception de problèmes dans la communauté et données démographiques individuelles

Les adultes des Premières Nations âgés de 30 à 59 ans sont plus susceptibles d'identifier un grand nombre de problèmes (six ou plus) que les adultes plus jeunes et plus âgés. On n'observe aucune variation des réponses selon le sexe dans la perception des problèmes auxquels sont confrontées les communautés (voir Tableau 16.2).

Pour ce qui est du niveau de scolarité, plus il est élevé, plus la proportion d'adultes des Premières Nations qui identifie six problèmes ou plus s'accroît. Chez les adultes des Premières Nations qui ont uniquement complété leur école primaire, 37,7 % identifient six problèmes ou plus. Ce pourcentage se compare à 64,9 % chez les adultes qui possèdent un diplôme universitaire (voir Tableau 16.2).

Finalement, une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui possèdent un niveau plus avancé (intermédiaire ou avancé) de compréhension d'une langue des Premières Nations identifient six problèmes ou plus que ceux qui ne possèdent qu'une compréhension élémentaire (47,7 % vs 41,9 %; voir Tableau 16.2).

Tableau 16.2. Problèmes perçus dans la communauté vs données démographiques

Variable démographique	Sous-groupe de la variable	Six problèmes ou plus % [IC à 95 %]
Âge	18 à 29 ans	36,6 [±3,2]
	30 à 39 ans	50,6 [±3,7]
	40 à 49 ans	50,2 [±3,5]
	50 à 59 ans	51,5 [±3,8]
	60 ans et plus	41,1 [±4,5]
Sexe	Homme	43,8 [±2,6]
	Femme	46,8 [±3,0]
Scolarité	Primaire	37,7 [±2,8]
	Secondaire	48,9 [±3,4]
	Diplôme ou certificat d'études collégiales	58,7 [±5,1]
	Universitaire (premier cycle)	64,9 [±6,9]
Compréhension d'une langue des Premières Nations	Aucune	41,9 [±3,4]
	Quelques mots / Élémentaire	46,0 [±4,5]
	Intermédiaire / Supérieur	47,7 [±3,1]

ASSOCIATION ENTRE PERCEPTION DE PROBLÈMES DANS LA COMMUNAUTÉ ET BIEN-ÊTRE INDIVIDUEL

Pour ce qui est de l'autoperception de la santé, les adultes des Premières Nations qui décrivent leur état de santé comme « mauvais / passable / bon » sont plus susceptibles de percevoir de nombreux problèmes au sein de leur communauté que ceux qui perçoivent leur état de santé comme très bon / excellent (voir Tableau 16.3).

Une plus grande proportion de répondants qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique, mesuré au moyen de l'échelle d'évaluation de la dépression de Kessler (K10), identifient six problèmes ou plus, comparativement aux répondants qui présentent des niveaux moins élevés de détresse psychologique (55,1 % vs 40,5 %).

On n'observe aucune variation significative des réponses dans la perception des quatre types de sentiment d'harmonie (physique, affectif, psychologique et spirituel).

Tableau 16.3. Perception de problèmes dans la communauté et bien-être

Variable du bien-être	Niveau de la variable	Six problèmes ou plus % [IC à 95 %]
Perception de l'état de santé	Excellent / très bon	41,8 [±3,3]
	Bon / passable / mauvais	48,2 [±2,6]
Niveau de détresse psychologique	Faible	40,1 [±2,7]
	Modéré	51,1 [±3,2]
	Élevé	55,1 [±5,1]
Harmonie au plan physique	Parfois / presque jamais	46,4 [±3,6]
	La plupart du temps / en permanence	45,6 [±2,5]
Harmonie au plan affectif	Parfois / presque jamais	45,7 [±3,4]
	La plupart du temps / en permanence	45,9 [±2,6]
Harmonie au plan psychologique	Parfois / presque jamais	43,8 [±3,4]
	La plupart du temps / en permanence	46,4 [±2,7]
Harmonie au plan spirituel	Parfois / presque jamais	43,6 [±3,4]
	La plupart du temps / en permanence	46,8 [±2,6]

Progrès dans les communautés

La majorité des adultes des Premières Nations qui identifient des problèmes au sein de leur communauté perçoivent que ces problèmes n'ont connu ni progrès, ni détérioration dans la plupart des cas (voir Tableau 16.4). C'est envers les gangs de rue et l'alcoolisme et la toxicomanie que les répondants sont le moins susceptibles de percevoir un progrès. En revanche, environ un tiers des adultes des Premières Nations qui identifient des problèmes rapportent des progrès au chapitre de la culture, de l'éducation et de la formation ainsi que de la santé.

ASSOCIATION ENTRE PERCEPTION DE PROGRÈS DANS LA COMMUNAUTÉ ET DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET BIEN-ÊTRE INDIVIDUELS

Les résultats montrent que, parmi les répondants qui ont identifié des problèmes dans leur communauté, les jeunes adultes (âgés de 18 à 29 ans) sont plus susceptibles que les adultes âgés de 60 ans ou plus de rapporter des progrès (« certains progrès / changements ou progrès / changements

importants ») en ce qui concerne l'alcool et les drogues (18,5 % vs 12,2 %) et le logement (37,8 % vs 25,4 %).

Tableau 16.4. Perception correspondant à « aucun progrès ou détérioration » de certains aspects de la communauté (parmi les répondants qui ont identifié ces aspects comme problématiques)

Aspect de la communauté	Aucun progrès ou détérioration % [IC à 95 %]
Culture	62,7 [±2,7]
Éducation et formation	63,1 [±2,5]
Santé	64,7 [±2,4]
Qualité du logement	69,6 [±2,4]
Environnement et ressources naturelles	74,4 [±2,5]
Financement	80,3 [±2,1]
Autonomie décisionnelle	80,6 [±2,1]
Possibilités d'emploi	81,4 [±1,8]
Régression de l'alcoolisme et de la toxicomanie	84,2 [±1,6]
Gangs de rue	88,1 [±2,7]

Forces des communautés

Les adultes des Premières Nations ont le plus souvent identifié les valeurs familiales, les aînés et les activités et cérémonies traditionnelles (voir Tableau 16.5) comme les forces de leur communauté. Par contre, seulement environ un adulte sur 10 identifie « faible taux de suicide / criminalité / toxicomanie » ou « économie forte » comme une force dans sa communauté.

Tableau 16.5. Forces des communautés identifiées par les adultes des Premières Nations

Force de la communauté	% [IC à 95 %]
Valeurs familiales	61,6 [±1,9]
Aînés	41,7 [±2,1]
Activités et cérémonies traditionnelles (p. ex., pow-wow)	37,8 [±2,6]
Programmes communautaires / de santé	33,4 [±2,0]
Tissu social (interaction des membres de la communauté)	32,6 [±1,9]
Usage de la langue traditionnelle	31,3 [±2,0]
Possibilités en matière d'éducation et de formation	26,9 [±2,1]
Connaissance de la culture des Premières Nations	24,9 [±1,8]
Bonnes infrastructures de loisirs	21,0 [±1,7]
Leadership fort	20,4 [±1,7]
Environnement naturel	16,9 [±1,3]

Faible taux de suicide / criminalité / toxicomanie	13,9 [±1,2]
Économie forte	10,8 [±1,5]

ASSOCIATION ENTRE PERCEPTION DE FORCES DANS LA COMMUNAUTÉ ET DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES INDIVIDUELLES

Les adultes des Premières Nations les plus scolarisés et les plus à l'aise avec une langue des Premières Nations sont plus susceptibles de percevoir des problèmes dans leur communauté (voir Tableau 16.2), mais ils sont aussi plus susceptibles d'y percevoir des forces (voir Tableau 16.6).

Tableau 16.6. Perception de forces dans la communauté vs données démographiques

Variable démographique	Sous-groupe de la variable	Quatre forces ou plus % [IC à 95 %]
Âge	18 à 29 ans	43,5 [±3,4]
	30 à 39 ans	44,7 [±4,2]
	40 à 49 ans	40,5 [±3,7]
	50 à 59 ans	47,3 [±3,2]
	60 ans et plus	43,0 [±3,3]
Sexe	Homme	43,0 [±2,6]
	Femme	44,3 [±2,6]
Scolarité	Primaire	39,6 [±3,1]
	Secondaire	46,6 [±2,9]
	Diplôme ou certificat d'études collégiales	51,4 [±4,7]
	Universitaire (premier cycle)	55,8 [±8,1]
Compréhension d'une langue des Premières Nations	Aucune	38,7 [±3,5]
	Quelques mots / Élémentaire	46,1 [±3,9]
	Intermédiaire / Avancé	45,4 [±2,8]

ASSOCIATION ENTRE PERCEPTION DE FORCES DANS LA COMMUNAUTÉ ET BIEN-ÊTRE

L'Enquête révèle que les adultes qui perçoivent leur état de santé comme très bon ou excellent sont plus susceptibles de percevoir des forces dans leur communauté (que ceux qui rapportent un moins bon état de santé). Par ailleurs, les adultes qui ressentent une plus grande harmonie (aux plans physique, affectif, psychologique et spirituel) ont tendance à percevoir davantage de forces que les adultes qui se sentent moins en harmonie. En revanche, les adultes des Premières Nations dont la détresse psychologique

mesurée est plus élevée tendent à identifier moins de forces dans leur communauté (voir Tableau 16.7).

Tableau 16.7. Perception de forces dans la communauté et bien-être

Variable du bien-être	Niveau de la variable	Quatre forces ou plus % [IC à 95 %]
Perception de l'état de santé	Excellent / très bon	46,2 [±3,1]
	Bon / passable / mauvais	41,7 [±2,4]
	Faible	43,9 [±3,1]
Pointage de détresse psychologique	Modéré	45,3 [±3,1]
	Élevé	39,4 [±6,0]
	Parfois / presque jamais	39,2 [±3,4]
Harmonie au plan physique	La plupart du temps / en permanence	46,2 [±2,8]
	Parfois / presque jamais	39,7 [±3,4]
Harmonie au plan affectif	La plupart du temps / en permanence	46,0 [±2,7]
	Parfois / presque jamais	39,7 [±3,4]
Harmonie au plan psychologique	La plupart du temps / en permanence	46,0 [±2,7]
	Parfois / presque jamais	38,9 [±3,7]
Harmonie au plan spirituel	La plupart du temps / en permanence	46,4 [±2,6]
	Parfois / presque jamais	38,9 [±3,7]

DISCUSSION

De nombreux adultes des Premières Nations perçoivent leur communauté comme possédant un certain nombre de forces. Les forces les plus souvent rapportées sont les valeurs familiales, les aînés et les activités et cérémonies traditionnelles.

Cela n'empêche pas les adultes des Premières Nations d'aussi identifier des aspects de leur communauté qui mériteraient d'être améliorés. Peu d'adultes qui constatent des problèmes dans leur communauté perçoivent des progrès relativement à de nombreux aspects de leur communauté. Il semble plutôt que la majorité perçoive une dégradation ou aucun progrès / changement. L'alcoolisme et la toxicomanie, le logement et l'emploi ont été identifiés comme les aspects les plus problématiques pour les communautés.

Le présent chapitre explore aussi le lien entre certaines

variables communautaires et le bien-être. Les adultes des Premières Nations qui se perçoivent comme en santé et qui présentent de faibles niveaux de détresse psychologique sont plus susceptibles de percevoir davantage de forces et moins de problèmes dans leur communauté. Cela suggère que le bien-être des adultes des Premières Nations vivant dans les communautés des Premières Nations n'est pas exclusivement déterminé par leur mode de vie, mais bien aussi, dans une certaine mesure, par la qualité de vie dans leur communauté. Il s'agit d'un constat qui souligne à quel point il est important de cerner les aspects problématiques dans les communautés afin de pouvoir y apporter des améliorations et, par conséquent, de promouvoir le bien-être individuel.

Fait intéressant, les adultes des Premières Nations qui possèdent un niveau de scolarité plus élevé et qui parlent une langue des Premières Nations sont plus susceptibles d'identifier plus de problèmes, mais aussi plus de forces dans leur communauté. Cela suggère que certains individus sont plus susceptibles de souligner les accomplissements de leur communauté, mais aussi de remarquer les aspects requérant une amélioration.

CONCLUSIONS

Les résultats de l'Enquête font ressortir des forces et des aspects qui laissent place à l'amélioration. Les répondants identifient des forces en lien avec leur vie de famille. En effet, de nombreux adultes rapportent que les valeurs familiales et les aînés représentent des forces dans leur communauté. Pour ce qui est des aspects requérant une amélioration, l'Enquête fait ressortir l'alcoolisme et la toxicomanie, le logement et les possibilités d'emploi. L'étude des résultats permet aussi de dégager des secteurs qui mériteraient une intervention. Comme il existe un lien entre certaines variables communautaires et le bien-être, il y a fort à parier que des programmes visant à renforcer les liens familiaux et à combattre les problèmes auxquels les communautés sont confrontées auraient pour effet d'accroître le bien-être individuel au sein des communautés.

RÉFÉRENCES

- Andrews, G., & Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25, 494-497.
- Bastien, J. W. (1985). *Mountain of the condor: Metaphor and ritual in an Andean Ayllu*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Chandler, M. J., Lalonde, C., Sokol, B., & Hallett, D. (2003). Personal persistence, identity development, and suicide: A study of native and non-native North American adolescents. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Serial no. 273, 68(2).
- Cooke, M. (2005). The First Nations Community Well-Being Index (CWB): A conceptual review. Prepared for the Strategic Research and Analysis Directorate, Indian and Northern Affairs Canada. Ottawa: Indian and Northern Affairs Canada.
- Departments of Education, Culture, and Employment; Health and Social Services, Justice, Municipal and Community Affairs, NWT Housing Corporation. (1995). *Working together for community wellness: A directions document*. Yellowknife, N.W.T.: Government of the Northwest Territories.
- Graham, H., & Leeseberg Stamler, L. (2010). Contemporary perceptions of health from an Indigenous (Plains Cree) perspective. *Journal of Aboriginal Health*, 6(1), 6-17.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, et al (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-956.
- Kirmayer, L. K., Sehdev, M., Whitley, R., Dandeneau, S., & Isaac, C. (2009). Community resilience: Models, metaphors and measures. *Journal of Aboriginal Health*, 5(1), 62-117.
- Leighton, A. H. (1959). *My name is legion: Foundations for a theory of man in relation to culture*. New York: Basic Books.
- Mazzola, L. C. (1988). The medicine wheel: Center and periphery. *Journal of Popular Culture*, 22, 63-73.
- Mignone, J., & O'Neil, J. (2005). Conceptual understanding of social capital in First Nations communities: An illustrative description. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 3(2), 7-44.
- O'Sullivan, E. (2006). The Community Well-Being index (CWI): Well-being in First Nations communities, 1981-2001 and into the future. Prepared for the Strategic Research and Analysis Directorate, Indian and Northern Affairs Canada. Ottawa: Indian and Northern Affairs Canada.
- Ribova, L. (2000). Individual and community well-being. Consulté à partir de <http://www.thearctic.is>
- Tousignant, M. (1979). *Espanto: A dialogue with the gods*. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 3, 347-361.

Chapitre 17

Bien-être personnel et sécurité

SOMMAIRE

Le bien-être et la santé mentale dépendent d'une combinaison d'éléments, dont des facteurs de stress chroniques ou aigus. Compte tenu du taux élevé d'adversité auquel sont confrontés de nombreux adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques comparativement à l'ensemble de la population canadienne, il n'est pas surprenant que ces derniers rapportent des taux plus élevés de détresse psychologique, de pensées suicidaires et de tentatives de suicide dans l'Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières Nations de 2008-10. Un statut socioéconomique faible et l'expérience d'agressions et de racisme se rencontrent assez souvent et sont associés à une détresse psychologique accrue. Par ailleurs, une grande proportion d'adultes des Premières Nations ont subi des répercussions négatives suite à leur passage dans un pensionnat. Malgré la forte présence de facteurs de stress, environ la moitié de l'ensemble des adultes des Premières Nations rapportent de faibles niveaux de détresse psychologique. Les adultes qui présentent des niveaux de détresse psychologique moins élevés présentent aussi un plus grand sentiment de maîtrise de leur propre vie et de soutien social. Fait intéressant, l'importance de la religion et de la spiritualité dans la vie des adultes des Premières Nations ne semble pas liée aux niveaux de détresse psychologique. Il serait nécessaire de réaliser d'autres recherches pour explorer les mécanismes par lesquels ces variables et d'autres facteurs influent sur la santé et le bien-être des adultes des Premières Nations afin de concevoir des stratégies d'intervention et de traitement efficaces visant à combattre la détresse psychologique dans les communautés des Premières Nations.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Dans chacun des plans du bien-être – physique, affectif, psychologique et spirituel – environ trois quarts des adultes des Premières Nations indiquent se sentir en harmonie « la plupart du temps » ou « en permanence ».
 - 73,0 % indiquent se sentir en harmonie au plan physique
 - 73,1 % indiquent se sentir en harmonie au plan affectif
 - 75,0 % indiquent se sentir en harmonie au plan psychologique
 - 71,1 % indiquent se sentir en harmonie au plan spirituel
- Environ la moitié (50,7 %) des adultes des Premières Nations rapportent des niveaux modéré et élevé de détresse psychologique, comparativement à seulement un adulte sur trois (33,5 %) dans l'ensemble de la population canadienne.
- La proportion d'adultes des Premières Nations qui déclarent avoir des pensées suicidaires au cours de leur vie (22,0 %) est plus grande que la proportion d'adultes dans l'ensemble de la population canadienne qui déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (9,1 %).
- Les adultes des Premières Nations qui rapportent des niveaux plus élevés de facteurs de stress, tels qu'un statut socioéconomique faible, des cas d'agression, et de racisme, indiquent être en état de détresse modérée ou élevée plus souvent que ceux pour qui ce n'est pas le cas.
- Un peu moins du cinquième (19,7 %) des adultes des Premières Nations indiquent avoir fréquenté un pensionnat. De plus, 52,7 % indiquent qu'un ou deux parents ont fréquenté un pensionnat, et 46,2 % indiquent qu'un grand-parent ou plus ont fréquenté un pensionnat.
- Moins de la moitié (44,2 %) des adultes des Premières Nations qui indiquent avoir fréquenté un pensionnat sont évalués comme étant en état de détresse psychologique léger, comparativement à 50,3 % des adultes des Premières Nations qui n'ont pas fréquenté un pensionnat.

INTRODUCTION

Dans l'ERS 2002-03 (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2005), 78 % des adultes des Premières Nations décrivent leur état de santé comme « bon », « très bon » ou « excellent ». Ce pourcentage n'est que légèrement plus bas que le 88 % observé dans l'ensemble de la population canadienne (Uppal, 2009). En outre, la majorité des adultes des Premières Nations ont le sentiment d'être en harmonie sur les quatre plans de leur vie « la plupart du temps »; environ 71 % se sentent en harmonie au plan physique et affectif, 75 % au plan psychologique et 69 % au plan spirituel (CGIPN, 2005). Cependant, malgré ces niveaux perçus d'harmonie et de santé élevés chez les adultes des Premières Nations, un portrait plutôt différent du bien-être ressort de l'exploration des différents aspects du bien-être personnel. Et il semble que cette disparité découle d'écart dans la perception du bien-être en tant que tel (Svenson & Lafontaine, 1999).

En effet, il est étonnant de constater les taux élevés de problèmes de santé chez les adultes des Premières Nations. Par exemple, l'ERS 2002-03 a démontré que les adultes des Premières Nations rapportent avoir un handicap physique ou une affection physique chronique, comme le diabète, une maladie du cœur, l'asthme ou l'arthrite, dans une plus grande proportion que l'ensemble de la population canadienne. Par ailleurs, l'ERS 2002-03 a fait ressortir des taux plus élevés de troubles de santé mentale ou affective, avec 30 % des adultes des Premières Nations qui rapportent s'être sentis tristes, déprimés ou épuisés pendant au moins deux semaines consécutives au cours des 12 mois précédant l'Enquête et qui présentent, de ce fait, un des symptômes clés du trouble dépressif majeur (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Une proportion semblable d'adultes des Premières Nations ont rapporté avoir eu des pensées suicidaires au moins une fois au cours de leur vie (CGIPN, 2005). Ces constats concordent avec les taux élevés de dépression observés au sein des communautés ciblées (Bombay, Matheson, & Anisman, 2010; Macmillan et al., 2008). Bien que certaines communautés des Premières Nations ne soient pas touchées par le suicide (Chandler & Lalonde, 1998), le taux national élevé de suicide chez les adultes des Premières Nations témoigne clairement de la détresse psychologique qui sévit dans de nombreuses communautés des Premières Nations.

Le nombre disproportionnellement élevé de troubles de santé trouvés chez les adultes des Premières Nations n'est pas étonnant compte tenu de leur exposition fréquente pendant l'enfance à de multiples facteurs de stress, dont

beaucoup peuvent avoir des répercussions à long terme sur la santé (Blackstock, Trocmé, & Bennett, 2004; CGIPN, 2005). Les adultes des Premières Nations sont aussi plus susceptibles de vivre différentes expériences de stress au cours de leur vie adulte, y compris la pauvreté, le chômage, des blessures, la violence ou une agression ou le fait d'être témoin d'un événement traumatisant (CGIPN, 2005; Karmali et al., 2005; Waldram, 1997). D'autres facteurs de stress liés à l'ethnicité, comme la discrimination et la stigmatisation, affectent aussi la santé des Premières Nations (Bombay et al., 2010; CGIPN, 2005) et peuvent rappeler des traumatismes historiques tels que les pensionnats (Whitbeck, Adams, Hoyt, & Chen, 2004).

Bien que la plupart des individus vivent des situations de stress au cours de leur vie, seule une minorité connaît des troubles pathologiques d'ordre psychologique ou affectif. Les caractéristiques personnelles des individus, comme leur âge, leur sexe, leur statut socioéconomique et leur exposition préalable à des situations de stress pourraient accentuer leur vulnérabilité à un certain nombre de répercussions négatives sur la santé (Anisman & Matheson, 2005). À ce chapitre, le fait d'avoir un fort sentiment de maîtrise (Pearlin, Lieberman, Menaghan, & Mullan, 1981) peut directement contribuer à réduire la détresse psychologique en protégeant l'individu des répercussions dommageables d'expériences de stress (Avison & Cairney, 2003).

Le soutien social procurerait aussi un effet tampon contre les facteurs de stress (Kawachi & Berkman, 2001). En général, on entend par soutien social les ressources sociales fournies par les relations interpersonnelles (Thoits, 1982; Weiss, 1974), comme un soutien tangible, aide directe ou aide matérielle; un soutien affectif, qui fournit un certain degré d'intimité et de sympathie et un sentiment d'appartenance; un soutien émotionnel ou informationnel, comme d'avoir le sentiment de pouvoir se confier et compter sur quelqu'un; et une interaction sociale positive, comme d'avoir quelqu'un avec qui passer du temps (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981; Sherbourne & Stewart, 1991). N'importe lequel de ces facteurs, seul ou combiné, a le pouvoir de contribuer à atténuer les effets potentiels des facteurs de stress. Finalement, la spiritualité et la pratique religieuse ont aussi été associées à des effets positifs sur la santé physique et mentale (Ysseldyk, Matheson, & Anisman, 2010), et ces facteurs pourraient de la même façon posséder des effets positifs en servant d'atténuateurs de stress.

Le présent chapitre

La perspective de bien-être chez les adultes des

Premières Nations comprend généralement les plans physique (corps), psychologique (mental), affectif (cœur) et spirituel (esprit), bien qu'il puisse y avoir des variations aux plans de l'individu et du groupe. Être « en santé » signifie essentiellement l'existence d'une harmonie entre ces différents plans. Le bien-être personnel est lié à d'autres facteurs d'ordre familial, communautaire et environnemental (McCormick, 2009; Svenson & Lafontaine, 1999). La notion de bien-être personnel diffère de la plupart des visions courantes de la santé, généralement fondées sur un modèle médical qui définit la santé comme l'absence de maladie. Mais certaines institutions importantes ont adopté une vision plus holistique de la santé. Par exemple, la définition du terme « santé » de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ne se borne pas à l'absence de maladie. En effet, elle intègre les aspects physiques, psychologiques et sociaux du bien-être. Bien que la définition de l'OMS se rapproche davantage des conceptions autochtones, elle fait tout de même fi des liens entre les Autochtones et les autres peuples, les collectivités, le territoire, les animaux et les objets, tous considérés comme des facteurs importants pour le bien-être personnel des Autochtones (Chansonneuve, 2005; Svenson & Lafontaine, 1999).

Une vision holistique de la santé et du bien-être est représentée dans le cadre culturel de l'ERS. Cette vision a d'ailleurs été confirmée tant au niveau communautaire que par les recherches universitaires (Mussell, Cardiff, & White, 2004; Waldram, Herring, & Young, 2006). Dans ce cadre culturel, au sein des Premières Nations, le bien-être personnel est un ensemble composé de couches interconnectées au sein duquel le bien-être personnel d'un individu se retrouve au septième et dernier rang. Conformément à ce cadre, le présent chapitre aborde le bien-être personnel chez les adultes des Premières Nations par l'étude d'indicateurs reflétant les aspects physique, psychologique, affectif et spirituel. Toutefois, plus d'importance a été accordée aux plans psychologique et affectif parce que les indicateurs physique et spirituel ou culturel du bien-être personnel des adultes ont déjà été couverts dans d'autres chapitres. Dans l'esprit de la notion d'harmonie, les relations entre les différentes dimensions du bien-être ont aussi été évaluées, de même que les relations avec des facteurs personnels et expérientiels susceptibles d'influer sur le bien-être. Finalement, afin de prendre en considération la vision selon laquelle le bien-être personnel englobe beaucoup plus que le simple état de santé d'un individu, les relations entre les indicateurs du bien-être personnel et certains facteurs (familiaux, communautaires et environnementaux) compris dans les autres couches du schéma ont aussi été examinées.

MÉTHODOLOGIE

Mesures

Sentiment d'harmonie

Les répondants ont dû indiquer dans quelle proportion du temps ils se sentent en harmonie sur les plans physique, affectif, psychologique et spirituel au moyen d'une échelle de 1 à 4 (allant de « presque jamais » à « en permanence »).

Détresse psychologique

Le niveau de détresse psychologique a été mesuré au moyen de l'échelle de détresse psychologique de Kessler (Kessler & Mroczek, 1994). Les répondants ont dû indiquer à quelle fréquence ils ont expérimenté certains symptômes de l'anxiété ou de la dépression au cours du mois précédant l'Enquête au moyen d'une échelle de 0 (« jamais ») à 4 (« tout le temps »). Les réponses ont été cumulées pour produire un total de 0 à 40, où 40 représente le plus haut niveau de détresse. Dans la continuité des travaux existants (Andrews & Slade, 2001; Schmitz, Wang, Malla, & Lesage, 2009), les pointages de 0 à 5 reflètent un faible niveau de détresse psychologique, de 6 à 19, des niveaux modérés et de 20 et plus, des niveaux élevés.

Tentatives de suicide et pensées suicidaires

Les répondants ont dû indiquer s'ils ont déjà eu des pensées suicidaires et tenté de se suicider au cours de leur vie. Ceux qui ont répondu « oui » à l'une ou l'autre de ces questions ont dû indiquer s'ils ont eu ces pensées suicidaires ou commis ces tentatives de suicide au cours de la dernière année, à l'âge adulte, à l'adolescence (entre 12 et 17 ans) ou lorsqu'ils étaient enfants (moins de 12 ans).

Revenu familial

Les répondants ont été classés comme possédant un revenu faible, modéré ou élevé en fonction de leur revenu familial annuel total et du nombre de personnes vivant sous leur toit. Parmi les ménages considérés comme à faible revenu, on compte :

- les ménages avec un revenu annuel de moins de 10 000 \$;
- les ménages de deux individus et plus avec un revenu annuel de moins de 15 000 \$;
- les ménages de trois ou quatre individus avec un revenu annuel de 10 000 \$ à 19 000 \$;
- les ménages de plus de cinq individus avec un revenu annuel de 15 000 \$ à 29 999 \$.

Parmi les ménages considérés comme à revenu élevé, on compte :

- les ménages d'un ou deux individus avec un revenu annuel de 30 000 \$ à 59 000 \$;
- les ménages de trois ou quatre individus avec un revenu annuel de 40 000 \$ à 59 999 \$;
- les ménages avec un revenu annuel de 60 000 \$ et plus (Statistique Canada, 2004).

Violence physique ou verbale

Sur une échelle allant de 1 (« jamais ») à 4 (« souvent »), les répondants ont dû indiquer à quelle fréquence ils ont été victimes d'agression(s) physique(s), comme des coups de poing, des coups de pieds, des bousculades, etc., et d'agression(s) verbale(s), comme des menaces, des injures, des insultes, etc., au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Ceux qui ont répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre des deux questions ont dû indiquer s'ils ont cherché à obtenir de l'aide suite à l'incident en question.

Racisme et répercussions sur l'estime de soi

Les répondants ont dû indiquer s'ils ont été personnellement victimes de racisme au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Ceux qui ont répondu « oui » ont dû préciser dans quelle mesure l'incident a eu des répercussions sur leur estime d'eux-mêmes, sur une échelle cotée de 1 (« aucune répercussion ») à 5 (« des répercussions très importantes »).

Sentiment de maîtrise

Le sentiment de maîtrise a été mesuré au moyen de l'échelle de maîtrise de soi (Pearlin & Schooler, 1978). L'échelle se compose de sept énoncés auquel les répondants doivent associer un degré d'accord coté de 0 (« pas du tout d'accord ») à 4 (« tout à fait d'accord »). Parmi les énoncés soumis, on compte : « Je peux réaliser à peu près tout ce que je veux si je me décide vraiment à le faire » et « j'ai une certaine influence sur ce qui m'arrive ». Les pointages ont été additionnés, y compris ceux des éléments de réponses avec une valeur négative, pour produire un total de 0 à 28, où 28 correspond au plus grand sentiment de maîtrise.

Soutien social

L'existence d'un soutien social a été mesurée au moyen d'éléments tirés de l'échelle de soutien social de l'Étude des issues médicales (EIM) (Sherbourne & Stewart, 1991). Dans sa version originale, l'EIM contient 18 items et se fonde sur une échelle de réponses en cinq points. La version modifiée de l'EIM utilisée dans l'ERS 2008-10 ne comporte que 8 items et se fonde sur une échelle de réponse en quatre points (où 1 = « presque

jamais » et 4 = « en permanence »). Un pointage global de soutien social a été calculé en prenant la moyenne des réponses attribuées aux huit items. Plus le pointage était élevé, plus le soutien disponible était grand.

Importance de la spiritualité et de la religion

Sur une échelle de 1 (« pas importante ») à 4 (« très importante »), les répondants ont dû indiquer à quel point la spiritualité et la religion (christianisme, bouddhisme, islam, etc.) sont importantes dans leur vie.

Comparaison avec les statistiques canadiennes

Des statistiques comparatives provenant de l'ensemble de la population canadienne ont été générées au moyen du fichier de microdonnées à grande diffusion (Statistique Canada, s.d.) pour ce qui est des éléments inclus tant dans l'ERS 2008-10 que dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007-08. Cette dernière vise les Canadiens qui vivent dans un logement privé dans les 10 provinces, ce qui exclut les gens en établissement, les gens qui vivent dans les réserves, sur les terres de la Couronne et dans certaines régions éloignées ainsi que les membres à temps plein des Forces canadiennes. Il convient de remarquer que les Autochtones, membres des Premières Nations, Métis et Inuit, qui vivent hors-réserve font partie de ce sondage. Comme le volet « adultes » de l'Enquête s'adressait aux individus âgés de 18 ans et plus, les réponses des répondants de moins de 18 ans de l'ESCC n'ont pas été comptabilisées aux fins des analyses.

RÉSULTATS

Indicateurs du bien-être personnel

Sentiment d'harmonie et détresse psychologique

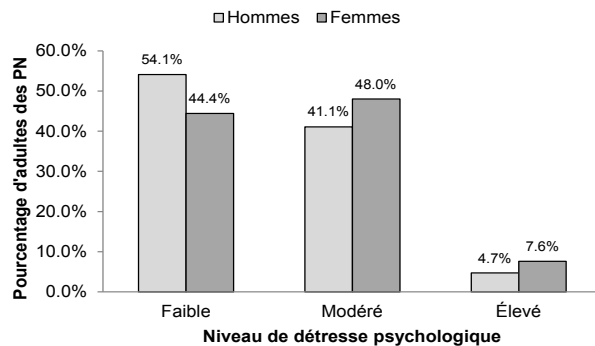
Le sentiment d'harmonie perçu des adultes des Premières Nations mesuré par l'ERS 2008-10 correspond pratiquement exactement à celui de l'ERS 2002-03. En effet, 73 % rapportent se sentir en harmonie au plan physique; 73,1 %, au plan affectif; 75 %, au plan psychologique et 71,1 %, au plan spirituel « la plupart du temps » ou « en permanence » (95 % IC [$\pm 1,5$], [$\pm 1,4$ %], [$\pm 1,5$ %] et [$\pm 1,4$ %], respectivement). Les hommes rapportent se sentir en harmonie sur le plan physique « la plupart du temps » ou « en permanence » dans une proportion un peu plus grande que les femmes (75,6 % vs 70,3 %, 95 % IC [$\pm 2,0$] et [$\pm 2,0$], respectivement), mais cela ne s'applique pas aux autres aspects du bien-être. Bien que la majorité des adultes des Premières Nations rapportent se sentir en harmonie, un peu moins

de la moitié d'entre eux rapportent aussi ressentir un niveau de détresse soit « modéré » (44,5 %) ou « élevé » (6,2 %), ce qui est considérablement plus élevé que ce que l'on retrouve dans l'ensemble de la population canadienne, soit 33,5 % (95 % IC [$\pm 1,6$], [$\pm 0,6$] et [$\pm 11,3$], respectivement) (Statistique Canada, s.d.).

Bien que les niveaux de détresse psychologique soient plus élevés chez les adultes des Premières Nations, des tendances démographiques semblables à celles de l'ensemble de la population canadienne ont été dégagées dans le cadre de l'ERS 2008-10 (Statistique Canada, s.d.). Plus précisément, une plus grande proportion de femmes que d'hommes rapporte ressentir un niveau de détresse modéré ou élevé (voir Figure 17.1); les gens ne possédant pas de diplôme d'études secondaires rapportent plus souvent des niveaux élevés de détresse (7,5 % vs 3,9 %, 95 % IC [$\pm 1,0$] et [$\pm 0,8$]); et les personnes âgées de 50 ans et plus sont plus susceptibles de rapporter de faibles niveaux de détresse que les répondants âgés de 18 à 49 ans (54,6 % vs 47,2 %, 95 % IC [$\pm 2,6$] et [$\pm 2,0$], respectivement).

les répondants qui ont indiqué se sentir en harmonie sur l'un ou l'autre des plans du bien-être ont moins souvent rapporté des niveaux de détresse modérés ou élevés.

Figure 17.1 : Proportion d'hommes ($n = 4,944$) et de femmes ($n = 5,824$) adultes des Premières Nations rapportant les niveaux de détresse psychologique faible, modéré et élevé



Conformément à la notion de santé holistique et à la relation entre les différents aspects du bien-être, les répondants qui ont indiqué se sentir en harmonie « la plupart du temps » ou « en permanence » sur un des plans du bien-être étaient susceptibles d'aussi se sentir en harmonie sur les autres plans (voir Tableau 17.1). Par exemple, chez les adultes des Premières Nations qui ont indiqué se sentir en harmonie sur le plan affectif, 95,7 % (95 % IC [$\pm 0,8$]) rapportent aussi se sentir en harmonie au plan psychologique « la plupart du temps » ou « en permanence ». En revanche, seulement 19,3 % des répondants qui ont indiqué ne pas se sentir en harmonie sur le plan affectif ont indiqué se sentir en harmonie sur le plan psychologique. Bien que le lien entre la détresse psychologique et le bien-être affectif ne soit pas aussi fort qu'avec les autres aspects du bien-être,

Tableau 17.1. Proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent une grande harmonie à chacun des différents plans du bien-être et un certain degré de détresse psychologique, par présence ou absence d'un sentiment de grande harmonie à chacun des plans du bien-être

		n	Grande harmonie au plan physique % [95 % IC]	Grande harmonie au plan affectif % [95 % IC]	Grande harmonie au plan psychologique % [95 % IC]	Grande harmonie au plan spirituel % [95 % IC]	Détresse psychologique % [95 % IC]
Grande harmonie au plan physique	Oui	7,881		90,6 [±1,0]	91,6 [±1,0]	87,8 [±1,2]	44,4 [±2,2]
	Non	2,848		25,5 [±2,6]	30,5 [±2,8]	25,8 [±2,6]	68,3 [±2,8]
Grande harmonie au plan affectif	Oui	7,902	90,6 [±1,2]		95,7 [±0,8]	89,1 [±1,2]	43,3 [±2,2]
	Non	2,807	25,5 [±2,8]		19,3 [±2,6]	22,3 [±2,4]	71,5 [±2,6]
Grande harmonie au plan psychologique	Oui	8,060	89,0 [±1,2]	93,1 [±1,0]		88,7 [±1,4]	44,7 [±2,2]
	Non	2,631	24,7 [±2,6]	12,6 [±2,0]		17,8 [±2,4]	69,3 [±2,8]
Grande harmonie au plan spirituel	Oui	7,805	90,2 [±1,2]	91,5 [±1,0]	93,7 [±0,8]		45,2 [±2,0]
	Non	2,891	30,8 [±2,8]	27,5 [±2,6]	29,2 [±3,0]		64,3 [±2,8]
Détresse psychologique	Oui	5,094	63,8 [±2,4]	62,2 [±2,2]	66,1 [±2,0]	63,4 [±2,2]	
	Non	5,674	82,6 [±1,8]	84,4 [±1,6]	84,5 [±1,6]	79,1 [±1,8]	

Nota : Les répondants qui ont été classés comme ressentant une grande harmonie sont ceux qui ont rapporté se sentir en harmonie « la plupart du temps » ou « en permanence »; les répondants qui ont indiqué se sentir en harmonie « presque jamais » ou « parfois » ont été classés comme ne se sentant pas en harmonie. Les répondants classés comme en état de détresse psychologique sont ceux qui ont rapporté des niveaux de détresse modérés ou élevés. La valeur *n* de chaque analyse des différentes catégories peut différer légèrement en raison de l'absence de certaines données.

Pensées suicidaires et tentatives de suicide

Bien qu'il existe un manque d'information sur la proportion des tentatives de suicide qui se soldent par un décès chez les Premières Nations (Kirmayer et al., 2007), les taux sont estimés de deux à trois fois supérieurs à ceux de l'ensemble de la population canadienne (Santé Canada, 2003). Par ailleurs, alors que les taux dans l'ensemble de la population canadienne semblent diminuer, et bien qu'on retrouve de grands écarts entre les différentes communautés des Premières Nations, les taux de suicide ont de façon générale continué à augmenter chez les membres des Premières Nations au cours des deux dernières décennies (Kirmayer et al., 2007). Compte tenu de ces taux élevés de suicide chez les Premières Nations, il n'est pas étonnant que 11,8 % (95 % IC [±1,2]) des adultes des Premières Nations ayant participé à l'ERS 2008-10 rapportent avoir connu de près (famille, ami) quelqu'un qui s'est suicidé. Près d'un quart (22 %, 95 % IC [±1,4]) de l'ensemble des adultes des Premières Nations rapportent avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie; un pourcentage inférieur à celui révélé par l'ERS 2002-03 (30,9 %). Par contre, les taux de tentative de suicide sont restés sensiblement les mêmes, avec 13,1 % (95 % IC [±1,0]) de l'ensemble des adultes des Premières Nations qui rapportent avoir déjà tenté de se suicider. Ce taux se compare à 15,8 % pour l'ERS 2002-03. À l'instar des écarts constatés au plan des taux de suicide et comme conséquence aux niveaux de détresse psychologique exceptionnellement élevés au sein des communautés des

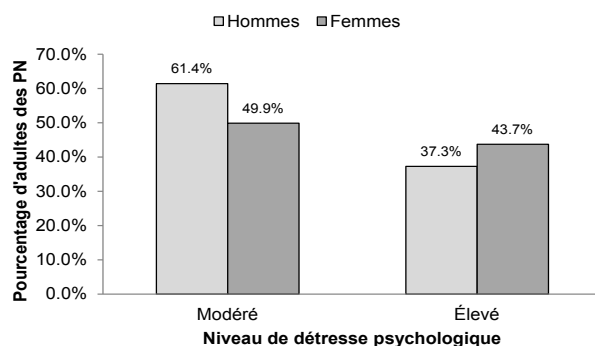
Premières Nations, la proportion d'adultes ayant déjà eu des pensées suicidaires est plus grande au sein des Premières Nations que dans la population canadienne (9,1 %, 95 % IC [±3,4]) (Statistique Canada, s.d.). En général, dans la plupart des populations étudiées, la fréquence des pensées suicidaires dépasse largement celle des tentatives de suicide.

Plus de femmes que d'hommes ont tenté de se suicider au cours de leur vie, tant dans l'ensemble de la population canadienne que dans l'ERS 2002-03 (CGIPN, 2005; Statistique Canada, s.d.). Toutefois, dans l'ERS 2008-10, on n'a constaté aucune variation par rapport au sexe dans les taux de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide. Conformément aux tendances observées relativement à l'âge dans l'ERS 2002-03, le taux de répondants ayant déjà eu des pensées suicidaires ou tenté de se suicider est moins élevé chez les adultes des Premières Nations âgés de 60 ans et plus (9,4 % et 5,1 %, respectivement, 95 % IC [±1,8] et [±1,0]) que chez les 40 à 59 ans (21,3 % et 13,3 %, respectivement, 95 % IC [±2,0] et [±1,6]) et les 18 à 39 ans (25,8 % et 15,1 %, respectivement, 95 % IC [±1,8] et [±1,4]). De tous les adultes des Premières Nations qui rapportent avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie, 20 % (95 % IC [±2,2]) affirment y avoir pensé au cours de l'année précédant l'Enquête. Une proportion semblable d'adultes des Premières Nations rapporte avoir eu de telles pensées à l'âge adulte (à plus de 18 ans) et au cours de l'adolescence (entre 12 et 18 ans) (45,7 % et 48,8 %, 95 % IC [±2,8] et [±3,0], respectivement). Un faible pourcentage de répondants rapportent même avoir pensé

au suicide lorsqu'ils étaient enfants, soit avant 12 ans (4,2 %, 95 % IC [$\pm 1,0$]). Comme 20,6 % (95 % IC [$\pm 3,2$]) des individus qui rapportent avoir eu des pensées suicidaires à l'adolescence rapportent aussi avoir eu de telles pensées à l'âge adulte, il est possible qu'ils n'aient pas reçu l'aide dont ils auraient eu besoin en tant qu'adolescents.

La grande majorité des membres des Premières Nations qui rapportent avoir déjà tenté de se suicider rapportent aussi que leur tentative a eu lieu à l'âge adulte ou à l'adolescence (47,5 % et 51 %, respectivement, 95 % IC [$\pm 3,6$] et [$\pm 3,8$]). Ce sont 3,5 % (95 % IC [$\pm 1,0$]) qui ont commis la tentative lorsqu'ils étaient enfants. En outre, 9,7 % (95 % IC [$\pm 1,8$]) de ceux qui ont tenté de se suicider au cours de leur vie l'ont fait au cours de l'année précédant l'Enquête, et pratiquement tous ceux qui ont déjà tenté de se suicider rapportent des niveaux de détresse psychologique modérés ou élevés (95,8 %, 95 % IC [$\pm 4,8$]). Bien qu'une proportion légèrement supérieure de femmes que d'hommes des Premières Nations rapportent avoir pensé au suicide au cours des 12 mois précédant l'Enquête (23,3 % vs 16,5 %, 95 % IC [$\pm 3,0$] et [$\pm 3,0$], respectivement), la proportion d'individus ayant commis une tentative de suicide parmi les répondants qui rapportent un niveau de détresse modéré est plus élevée chez les hommes (voir Figure 17.2).

Figure 17.2. Proportion d'hommes ($n = 45$) et de femmes ($n = 73$) des Premières Nations ayant tenté de se suicider au cours des 12 mois précédant l'Enquête, par niveau de détresse psychologique



Facteurs de risque

Racisme et agressions

Environ un tiers (33,0 %, 95 % IC [$\pm 0,9$]) des adultes des Premières Nations rapportent avoir déjà été victimes d'agression(s) physique(s) (« rarement », « quelques fois » ou « souvent »), que ce soit sous la forme de coups de poing, de coups de pieds, de bousculades, etc., et la moitié (51 %, 95 % IC [$\pm 1,2$]), d'agression(s) verbale(s) (« rarement », « quelques fois » ou « souvent »),

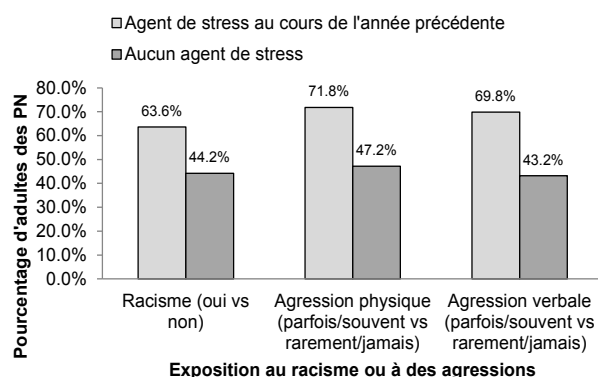
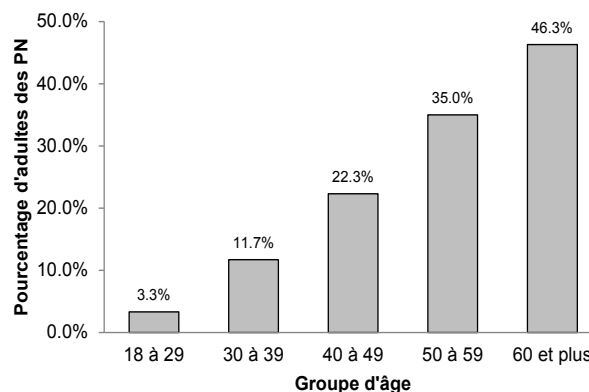
par exemple sous la forme de menaces, d'injures ou d'insultes, au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Si la proportion d'adultes ayant été victimes d'agression(s) verbale(s) au cours des 12 mois précédant l'Enquête ne diffère pas en fonction du sexe, les hommes rapportent dans une plus grande proportion que les femmes avoir été victimes d'agression(s) physique(s) (36,7 % des hommes vs 29,1 % des femmes, 95 % IC [$\pm 1,3$] et [$\pm 1,2$], respectivement); et une proportion inférieure d'hommes ont cherché à obtenir de l'aide suite à ces incidents (14 % des hommes vs 26,7 % des femmes, 95 % IC [$\pm 2,6$] et [$\pm 3,6$], respectivement). Sans surprise, autant la proportion d'hommes que de femmes victimes d'agression(s) physique(s) ou verbale(s) diminue avec l'âge.

Environ un tiers (32,6 %, 95 % IC [$\pm 2,0$]) des adultes des Premières Nations rapportent avoir été victimes de racisme au cours des 12 mois précédant l'Enquête, ce qui est légèrement inférieur au taux de l'ERS 2002-03 (37,9 %).

La proportion d'adultes des Premières Nations qui rapportent avoir connu du racisme s'accroît avec l'âge, jusqu'à l'intervalle de 40 à 49 ans, puis décroît chez les répondants âgés de 50 à 59 ans et ceux de 60 ans et plus (voir Tableau 17.2). Parmi les adultes des Premières Nations qui rapportent avoir connu du racisme, 32,6 % estiment que cela a au moins eu certaines répercussions sur leur estime d'eux-mêmes. La majorité rapportent cependant que cela a eu peu de répercussions (25,2 %) ou aucune répercussion (42,1 %) (95 % IC [$\pm 1,7$], [$\pm 2,2$] et [$\pm 3,4$]). Les répondants qui ont indiqué avoir été victimes d'agression(s) au moins parfois au cours des 12 mois précédant l'Enquête sont plus susceptibles de ressentir de la détresse psychologique (voir Figure 17.3).

Tableau 17.2. Proportion d'adultes des Premières Nations rapportant avoir été victimes de racisme au cours des 12 mois précédant l'Enquête et proportion d'entre eux estimant que cela a eu au moins certaines répercussions sur leur estime d'eux-mêmes, par groupe d'âge

Âge	% d'adultes ayant été victimes de racisme [95 % IC] (n=10458)	% estimant que cela a eu certaines répercussions ou des répercussions importantes ou très importantes sur leur estime d'eux-mêmes [95 % IC] (n=10458)
18 à 29 ans	33,4 [±3,2] (n = 2,351)	26,2 [±4,6] (n = 745)
30 à 39 ans	37,4 [±3,2] (n = 1,751)	29,4 [±6,0] (n = 584)
40 à 49 ans	38,1 [±3,6] (n = 1,712)	35,1 [±5,6] (n = 592)
50 à 59 ans	29,3 [±3,6] (n = 1,959)	40,3 [±6,2] (n = 527)
60 ans et plus	18,0 [±2,4] (n = 2,685)	47,2 [±7,2] (n = 400)

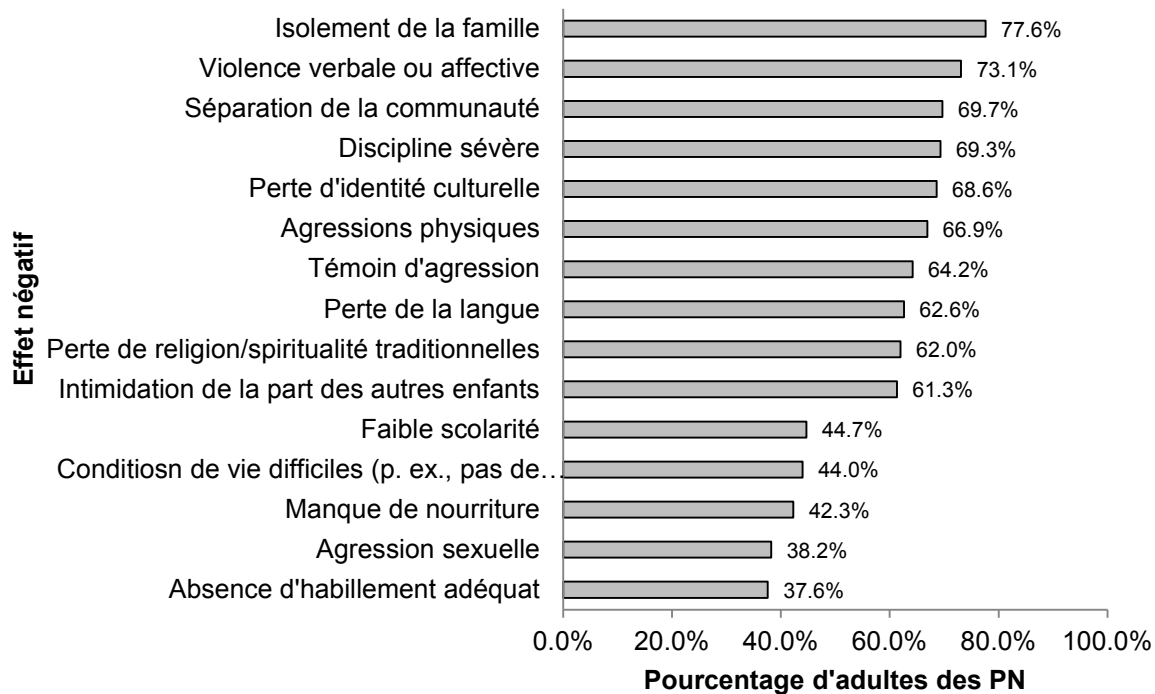
Figure 17.3. Proportion d'adultes des Premières Nations rapportant des niveaux de détresse psychologique modérés ou élevés causés par le racisme ou les agressions connus au cours des 12 mois précédant l'Enquête**Figure 17.4. Proportion d'adultes des Premières Nations ayant fréquenté un pensionnat, selon le groupe d'âge**

Pensionnats

Selon l'ERS 2008-10, 19,7 % (95 % IC [±1,6]) des adultes des Premières Nations rapportent avoir fréquenté un pensionnat; une légère diminution par rapport à l'ERS 2002-03 (20,3 %).

De ces adultes, la majorité y ont été envoyés alors qu'ils avaient entre 5 et 10 ans (58,2 %) ou entre 11 et 17 ans (36,6 %). Rares étaient ceux qui arrivaient au pensionnat avant 5 ans ou après 18 ans (3,6 % et 1,7 %). Le plus souvent, les enfants y arrivaient entre 5 et 7 ans. Pour ce qui est d'en sortir, 63,8 % des jeunes ont quitté le pensionnat entre 11 et 17 ans, 18,2 % entre 5 et 10 ans et 17,7 % après 18 ans. Le plus souvent, on quittait le pensionnat entre 14 et 16 ans. Naturellement, plus l'âge des répondants est élevé, plus ils sont susceptibles d'avoir fréquenté un pensionnat (voir Figure 17.4).

Figure 17.5. Répercussions négatives des pensionnats chez les adultes des Premières Nations (ERS 2008-10)



Parmi les adultes des Premières Nations qui rapportent avoir séjourné dans un pensionnat, 21,5 % (95 % IC [$\pm 2,6$]) disent avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie comparativement à 22,1 % (95 % IC [$\pm 1,5$]) des adultes des Premières Nations qui n'y ont pas séjourné. Par ailleurs, 15,6 % (95 % IC [$\pm 2,3$]) des adultes des Premières Nations qui ont été pensionnaires indiquent avoir déjà tenté de se suicider comparativement à 12,5 % (95 % IC [$\pm 1,2$]) des adultes des Premières Nations qui n'ont pas fréquenté de pensionnat.

Par rapport à l'usage de médicaments sans ordonnance du médecin, les répondants ont été divisés en deux groupes : ceux qui ont consommé des produits du cannabis (marijuana, pot, herbe, haschich, etc.) et ceux qui ont consommé d'autres types de drogues, dont des produits de la cocaïne (coke, crack, etc.), des amphétamines et autres stimulants (crystal meth, speed, ecstasy, etc.), des substances inhalées (solvants, colle, pétrole, diluant à peinture, etc.), des sédatifs ou des somnifères (Valium, Serepax, Rohypnol, etc.), des hallucinogènes (LSD, acides, champignons, PCP, kétamine, etc.) ou des opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.). Les adultes des Premières Nations qui ont fréquenté un pensionnat sont plus susceptibles de n'avoir jamais consommé de cannabis

ou d'autres drogues que ceux qui n'ont pas fréquenté un pensionnat. En effet, ce sont 77,2 % (95 % IC [$\pm 2,7$]) des anciens pensionnaires qui rapportent n'avoir jamais consommé de cannabis et 65,3 % (95 % IC [$\pm 1,9$]) des adultes des Premières Nations qui n'ont pas fréquenté de pensionnat. De façon semblable, 72,6 % (95 % IC [$\pm 2,8$]) des adultes des Premières Nations qui rapportent avoir séjourné dans un pensionnat rapportent n'avoir jamais consommé d'autres types de drogues par comparaison à 60,7 % (95 % IC [$\pm 2,0$]) des adultes des Premières Nations qui n'y ont pas séjourné.

Dans l'ensemble, 83,7 % (95 % IC [2,9]) des adultes des Premières Nations qui rapportent avoir fréquenté un pensionnat rapportent aussi qu'ils comprennent ou parlent une langue des Premières Nations comparativement à 66 % (95 % IC [$\pm 3,3$]) des adultes des Premières Nations qui n'ont pas séjourné dans un pensionnat. Les adultes des Premières Nations ont aussi été interrogés sur le plus haut niveau d'études complété. Le Tableau 17.3 indique le plus haut niveau d'études complété des adultes des Premières Nations selon qu'ils ont fréquenté un pensionnat ou non. Le Tableau 17.4 indique quant à lui les taux de fréquentation intergénérationnelle des pensionnats.

Tableau 17.3. Plus haut niveau d'études complété par les adultes des Premières Nations selon qu'ils ont fréquenté un pensionnat ou non

Plus haut niveau d'études complété	Anciens pensionnaires %	Autres répondants %
Études secondaires non complétées	38,1	40,5
Études secondaires	3,9	11,2
Formation d'un établissement d'enseignement technique ou professionnel, collégial ou universitaire (non complétée)	24,6	21,9
Diplôme ou certificat d'un établissement d'enseignement technique ou professionnel, collégial ou universitaire	22,2	17,9
Diplôme de premier cycle	4,1	3,6
Diplôme professionnel	0,8	0,8
Maîtrise ou doctorat	0,5	0,5

Tableau 17.4. Proportion d'adultes des Premières Nations dont un ou des membres de la famille a/ont fréquenté un pensionnat

Génération	Pourcentage
Un parent ou plus	52,7
Un grand-parent ou plus	46,2
Un parent ou plus et un grand-parent ou plus	19,9

Les adultes des Premières Nations ont dû définir leur participation aux événements culturels communautaires et indiquer l'importance de la spiritualité traditionnelle et de la religion dans leur vie. Dans l'ensemble, 66,7 % des adultes des Premières Nations qui rapportent avoir fréquenté un pensionnat indiquent aussi participer « parfois » ou « toujours / presque toujours » aux événements culturels de leur communauté comparativement à 67,3 % des adultes des Premières Nations qui n'en ont pas fréquenté. En outre, parmi les adultes des Premières Nations qui rapportent avoir séjourné dans un pensionnat, 81,7 % indiquent également estimer que la spiritualité traditionnelle est « assez importante » ou « très importante » dans leur vie comparativement à 79,4 % des adultes des Premières Nations qui n'ont pas fréquenté de pensionnat. Finalement, 69,5 % des adultes des Premières Nations qui rapportent avoir fréquenté un pensionnat indiquent aussi que la religion est « assez importante » ou « très importante » dans leur vie comparativement à 67,7 % des adultes des Premières Nations qui n'ont pas connu de pensionnat.

Les adultes des Premières Nations ont par ailleurs

dû indiquer dans quelle proportion du temps ils se sentent en harmonie sur les plans physique, affectif, psychologique et spirituel. Le Tableau 17.5 indique la proportion d'adultes des Premières Nations se sentant en harmonie « la plupart du temps » ou « en permanence » pour chacun des quatre aspects de la vie selon qu'ils ont fréquenté un pensionnat ou non.

Tableau 17.5. Proportion d'adultes des Premières Nations se sentant en harmonie selon qu'ils ont fréquenté un pensionnat ou non

Aspect du bien-être	Anciens pensionnaires %	Autres répondants %
Physique	72,1	73,2
Affectif	72,4	73,1
Psychologique	73,7	75,3
Spirituel	74,9	70,0

Le niveau de détresse psychologique a été mesuré au moyen de l'échelle de détresse psychologique de Kessler. Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations n'ayant pas fréquenté de pensionnat présentent de faibles niveaux de détresse psychologique comparativement à ceux qui en ont fréquenté (50,3 % vs 44,2 % (95 % IC [$\pm 2,0$] et [$\pm 3,2$], respectivement). Par ailleurs, 6,9 % (95 % IC [$\pm 1,2$]) des adultes des Premières Nations qui rapportent avoir séjourné dans un pensionnat sont définis comme souffrant de hauts niveaux de détresse psychologique comparativement à 6 % (95 % IC [$\pm 0,8$]) pour les autres adultes des Premières Nations.

Variables relatives aux ressources

Sentiment de maîtrise

Conformément aux effets protecteurs du sentiment de maîtrise observés dans l'ensemble de la population canadienne et au sein d'échantillons communautaires d'adultes des Premières Nations et des peuples amérindiens des États-Unis (Daniel, Cargo, Lifshay, Green, 2004; Hobfoll, Jackson, Hobfoll, Pierce, & Young, 2002), les adultes des Premières Nations de l'ERS 2008-10 qui présentent des niveaux de détresse psychologique faibles ou modérés rapportent plus souvent un sentiment de maîtrise ($M = 20,6$, 95 % IC [$\pm 0,1$]) que ceux qui présentent des niveaux élevés de détresse psychologique ($M = 16,8$, 95 % IC [$\pm 0,4$]). Le sentiment de maîtrise chez les adultes des Premières Nations ayant connu d'autres facteurs de stress interpersonnel, soit des agressions physiques ($M = 19,4$, 95 % IC [$\pm 0,3$]) ou verbales ($M = 19,9$, 95 % IC [$\pm 0,2$]),

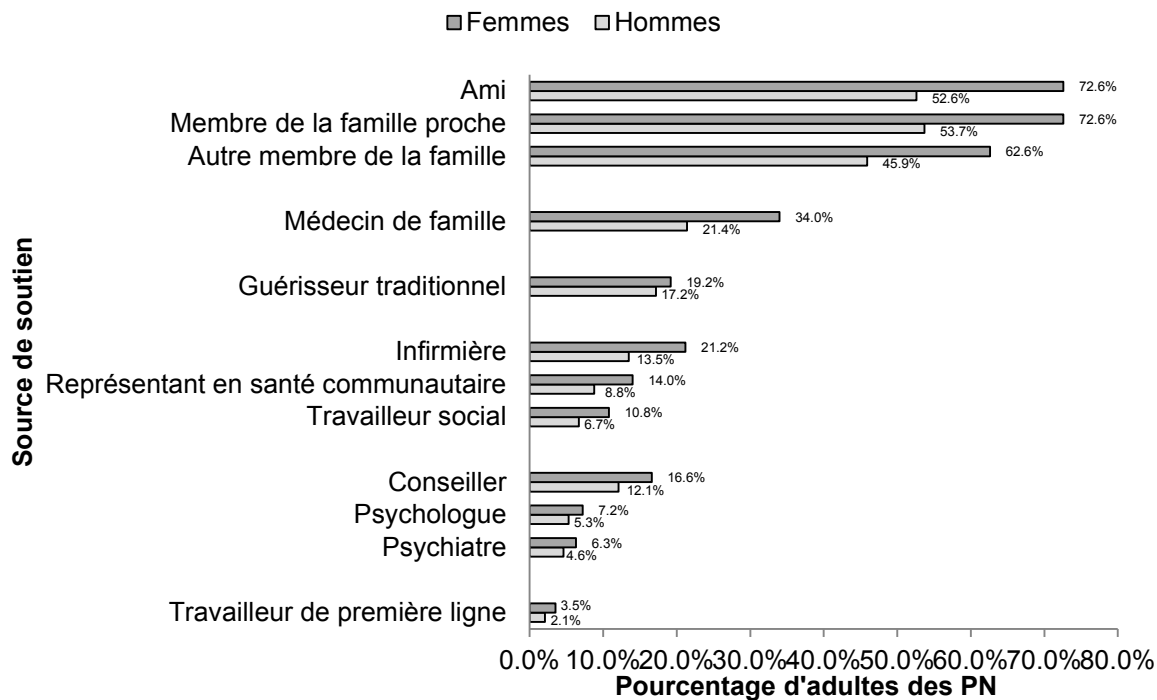
est inférieur à celui des individus qui n'ont que rarement ou jamais connu ce genre de situation ($M = 20,6$ et $M = 20,6$, 95 % IC $[\pm 0,2]$ et $[\pm 0,2]$, respectivement).

Soutien social

Bien que peu nombreuses, les études réalisées auprès des Premières Nations laissent à penser que le soutien social représente un facteur déterminant du bien-être (Richmond, Ross, & Egeland, 2007). Cela a été confirmé

par l'ERS 2008-10, où l'on constate que les individus présentant de faibles niveaux de détresse psychologique rapportent des niveaux de soutien global plus élevés ($M = 3,4$, 95 % IC $[\pm 0,03]$) que ceux qui présentent des niveaux de détresse modérés ou élevés ($M = 3,0$, 95 % IC $[\pm 0,03]$). Les adultes des Premières Nations indiquent que, lorsqu'ils ont besoin de soutien affectif et psychologique, c'est le plus souvent vers un ami ou un membre de leur famille qu'ils se tournent (voir Figure 17.6).

Figure 17.6. Proportion d'hommes ($n = 4,753$) et de femmes ($n = 5,649$) des Premières Nations ayant eu recours à une source de soutien affectif ou psychologique au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10



Nota : La valeur n peut varier légèrement en raison de l'absence de certaines données.

Importance de la religion et de la spiritualité

La majorité (79,9 %, 95 % IC $[\pm 1,4]$) des adultes des Premières Nations rapportent que la spiritualité traditionnelle est au moins « assez importante » à leurs yeux. Ni l'âge ni le sexe n'interfèrent à cet égard. La majorité des adultes des Premières Nations rapportent également qu'une religion en particulier est « très importante » ou « assez importante » dans leur vie (68,2 %, 95 % IC $[\pm 1,6]$). La proportion d'individus qui estiment que la religion est au moins « assez importante » est plus grande chez les femmes que chez les hommes (73,6 % vs 63 %, 95 % IC $[\pm 2,0]$ et $[\pm 2,2]$, respectivement) et s'accroît avec l'âge (61,1 % chez les 18 à 29 ans, 68 % chez les 30 à 49 ans, 72,3 % chez les

50 à 59 ans et 79,2 % chez ceux âgés de 60 ans et plus; 95 % IC $[\pm 3,0]$, $[\pm 2,4]$, $[\pm 3,4]$ et $[\pm 2,2]$, respectivement).

DISCUSSION

Bien que la majorité des adultes des Premières Nations indiquent se sentir en harmonie, un peu moins de la moitié d'entre eux présentent aussi des niveaux de détresse modérés ou élevés, ce qui est considérablement supérieur à la proportion d'adultes dont c'est le cas dans l'ensemble de la population canadienne (Statistique Canada, s.d.). Des niveaux de détresse psychologique considérablement supérieurs ont par ailleurs été relevés au sein des populations autochtones vivant hors-réserve comparativement à l'ensemble de la population

canadienne. Ces niveaux sont plus élevés que ceux de n'importe quel groupe ethnique (Caron & Liu, 2010). De pareils écarts dans les niveaux de détresse semblent se reproduire ailleurs dans le monde. Par exemple, les peuples autochtones d'Australie rapportent des niveaux de détresse psychologique modérés ou élevés deux fois plus souvent que l'ensemble de la population australienne (*Australian Institute of Health and Welfare*, 2009). Les peuples autochtones du monde entier sont confrontés à des difficultés semblables qui découlent de faits historiques et de leur contexte actuel.

Bien qu'il n'existe que des données limitées en ce qui concerne la fréquence des troubles mentaux chez les adultes des Premières Nations, on recourt souvent aux niveaux de détresse psychologique comme outil de dépistage des cas possibles de troubles mentaux dans des contextes cliniques ou épidémiologiques (Furukawa, Kessler, Slade, & Andrews, 2003; Schmitz, Lesage, & Wang, 2009). Ces niveaux sont particulièrement efficaces dans le dépistage de la dépression majeure (Cairney, Veldhuizen, Wade, Kurdyak, & Streiner, 2007). Bien qu'il ne soit pas possible d'établir les taux de troubles dépressifs à partir des données de l'ERS 2008-10, les taux exceptionnellement élevés que présente la population adulte des Premières Nations comparativement à l'ensemble de la population canadienne suggèrent que la dépression majeure est plus fréquente chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans une communauté des Premières Nations. En partant du principe qu'il existe un lien entre détresse et dépression, cela va dans le sens des niveaux de dépression supérieurs mesurés chez les adultes des Premières Nations par la recherche communautaire (Macmillan et al., 2008). Des taux particulièrement élevés de troubles dépressifs ont pas ailleurs été observés au sein de communautés des peuples amérindiens des États-Unis, mais ces taux varient d'une communauté à l'autre, ce qui illustre la diversité existant entre les différents groupes (Beals, Manson, et al., 2005; Beals, Novins, et al., 2005).

Bien qu'une proportion légèrement plus grande de femmes que d'hommes des Premières Nations ait eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête parmi les adultes qui rapportent des niveaux de détresse psychologique modérés, la fréquence des tentatives de suicide est plus grande chez les hommes. Une étude de l'OMS a par ailleurs fait ressortir une variation semblable relative au sexe selon laquelle les femmes qui ont tenté de se suicider présentent des niveaux de symptômes dépressifs supérieurs. Fait intéressant, cette même étude a également permis d'établir que les hommes sont plus susceptibles d'avoir été sous l'effet de l'alcool au moment où ils ont commis leur tentative (Stefanello,

Cais, Mauro, Freitas, & Botega, 2008). Compte tenu que la consommation abusive d'alcool semble plus répandue chez les hommes que chez les femmes des Premières Nations (CGIPN, 2005) et que certaines données indiquent que l'alcool est plus susceptible d'être en cause lorsqu'il y a tentative de suicide chez les Premières Nations (Kirmayer et al., 2007), tout porte à croire que l'abus d'alcool accroît l'impulsivité et réduit l'inhibition au moment de commettre une tentative de suicide. Évidemment, il s'agit d'une hypothèse parmi plusieurs qui devraient faire l'objet d'autres recherches.

Il peut sembler étonnant que les hommes et les femmes présentant des niveaux modérés de détresse psychologique présentent de plus hauts taux de tentatives de suicide que les personnes qui présentent un niveau de détresse psychologique élevé. Mais on sait que la dépression grave est associée à des niveaux plus faibles de suicide, qui s'expliquent probablement par la léthargie et la fatigue qui caractérisent les personnes atteintes. Il n'est pas encore établi que cela s'applique aux adultes des Premières Nations qui présentent des niveaux élevés de détresse psychologique, mais il s'agit d'une piste à explorer.

Une exposition supérieure à des facteurs de stress sociaux pourrait contribuer aux différences observées dans les différents indicateurs de santé des minorités ethniques. Ces facteurs de stress sociaux pourraient découler des possibilités et des ressources limitées, notamment en termes d'éducation et de salaire, ainsi que de la vie dans des quartiers parfois peu recommandables (Dressier, Oths, & Gravlee, 2005; Yen & Syme, 1999).

En plus des inégalités structurelles, comme le statut socio-économique et le profil communautaire, qui contribuent aux écarts observés dans les indicateurs de santé, environ le tiers des adultes des Premières Nations rapportent avoir connu du racisme au cours des 12 mois précédant l'Enquête, ce qui représente une légère baisse par rapport à l'ERS 2002-03. Bien qu'il s'agisse d'une grande proportion d'adultes, la fréquence des épisodes de racisme semble relativement faible lorsqu'on la compare aux données révélées par les recherches antérieures. Par exemple, un vaste sondage réalisé à l'échelle du pays a démontré que 70 % des adultes autochtones (Premières Nations, Métis et Inuit) vivant dans des zones urbaines au Canada sont assez d'accord ou fortement en accord pour dire qu'ils ont été victimes d'un traitement inéquitable en raison de leurs origines autochtones, et 89 % sont assez d'accord ou fortement en accord pour dire que les allochtones se comportent de manière injuste ou négative envers les Autochtones (Environics Institute, 2010). Dans le même ordre d'idées, une étude plus restreinte s'adressant

principalement aux adultes des Premières Nations vivant en zone urbaine à différents endroits au Canada a permis de faire ressortir que 99 % des adultes avaient vécu de la discrimination au cours des 12 mois précédents (Bombay et al., 2010). La nature catégorique des réponses possibles (« oui » ou « non ») dans l'ERS 2008-10 pourrait avoir contribué à l'écart observé, mais il est également possible que les Autochtones vivant en zone urbaine soient davantage confrontés à du racisme simplement parce qu'ils sont davantage en contact avec des allochtones.

Bien que les taux de racisme perçu soient plus faibles parmi les répondants âgés de 50 ans et plus, les répercussions perçues sur l'estime de soi sont plus grandes dans ce groupe d'âge, peut-être parce que le racisme est plus susceptible de rappeler les traumatismes historiques chez les adultes plus âgés (Whitbeck et al., 2004). La majorité de ceux qui ont rapporté avoir été victimes de racisme ne croyaient pas que cela avait eu des répercussions significatives sur leur estime d'eux-mêmes. Par contre, ces mêmes personnes ont rapporté des niveaux de détresse modérés ou élevés dans une plus forte proportion que les répondants qui n'avaient pas été confrontés au racisme au cours des 12 mois précédant l'Enquête, un constat qui correspond aux résultats de recherches menées précédemment auprès d'adultes des Premières Nations (Bombay et al., 2010; Whitbeck et al., 2004). Encore impossible d'identifier les processus en cause, mais il se pourrait que l'on observe une tendance chez les victimes à se protéger psychologiquement en se distanciant des attributs négatifs de la discrimination, que ce soit de façon consciente ou non (Carney, Banaji, & Krieger, 2010). Par ailleurs, en raison des répercussions nuisibles de telles expériences sur l'état de santé, certaines données portent à croire que le déni est lui aussi associé à des répercussions négatives (Carney et al., 2010). Évidemment, les facteurs de stress sociaux sans lien avec l'ethnie sont aussi la cause d'une détérioration de l'état de santé.

La fréquentation forcée des pensionnats que de nombreuses générations des Premières Nations ont dû subir s'est accompagnée de nombreux contrecoups sur les plans physique et psychologique. L'effet de l'isolement, des abus et des corrections sévères sur ces générations continue de se manifester dans la vie des adultes des Premières Nations. Malgré cela, il est encourageant de découvrir que de nombreux adultes des Premières Nations qui rapportent avoir fréquenté un pensionnat ont, dans une large mesure, évité l'auto-dévalorisation. La proportion d'adultes des Premières Nations ayant déjà eu des pensées suicidaires ou tenté de se suicider, abusé de médicaments sans ordonnance du médecin ou démontré une détresse psychologique élevée ne diffèrent

pas chez les anciens pensionnaires. En outre, les taux de participation aux événements culturels communautaires, à la spiritualité traditionnelle et à la religion étaient les mêmes chez les anciens pensionnaires et chez les autres répondants. Finalement, chez les anciens pensionnaires, la proportion d'adultes des Premières Nations en mesure de comprendre ou de parler une langue des Premières Nations est plus grande. Cela fait clairement foi de l'engagement que les membres des Premières Nations maintiennent envers leur culture, même après avoir subi des programmes d'assimilation forcée.

Il semble ressortir que, compte tenu de l'histoire de colonisation ainsi que de la discrimination structurelle et interpersonnelle à laquelle ils sont confrontés, les Autochtones pourraient être moins susceptibles de se percevoir comme possédant la maîtrise de leur propre vie (Spillane & Smith, 2007; Taylor, 2000). Par ailleurs, il a été suggéré que la discrimination perçue affecte la santé mentale en amenant les individus à sous-estimer leurs qualités et leurs compétences, particulièrement en ce qui a trait à ce qu'ils pensent de leur degré de maîtrise de leur vie. Les traitements injustes liés à des caractéristiques immuables telles que l'ethnicité renforcent le sentiment d'impuissance (Broman, Mavaddat, & Hsu, 2000; Fernando, 1984; Ross & Sastry, 1999). Toutefois, il s'agit là de points de vue que ne confirment pas les données à l'étude. En effet, les niveaux perçus de maîtrise chez les adultes des Premières Nations se sont révélés comparables à ceux dans l'ensemble de la population canadienne. Autre différence, les adultes des Premières Nations qui rapportent avoir connu du racisme au cours des 12 mois précédant l'Enquête n'ont pas rapporté des niveaux de sentiment de maîtrise plus faibles que les autres répondants.

Ces données ne nous renseignent pas sur les facteurs potentiellement à l'origine des relations différentielles entre le sentiment de maîtrise et les autres indicateurs du bien-être, mais faire la distinction entre l'estime liée à l'identité (estime de soi) et l'estime liée à l'appartenance aux Premières Nations (estime collective) pourrait fournir une explication significative. À cet égard, il a été démontré que les agressions à caractère racial influencent le bien-être en diminuant l'estime collective alors que la victimisation non attribuable à l'ethnicité possède un lien direct avec l'estime de ses propres compétences (sentiment de maîtrise) et l'estime de soi (Fischer & Holz, 2007; Verkuyten & Thijs, 2006; Williams et al., 2008). Cela dit, chez d'autres minorités, il a été démontré qu'une discrimination perçue est liée au sentiment de maîtrise de sa propre vie. Il a été proposé que les sentiments négatifs envers son propre groupe culturel découlant d'expériences de discrimination

peuvent nuire au sentiment d'appartenance, ce qui nuit en retour au sentiment de maîtrise permettant de passer au travers des épreuves de la vie (Constantine, Robinson, Wilton, & Caldwell, 2002; Crocker, Luhtanen, Blaine, & Broadnax, 1994; Phinney & Alipuri, 1996). Dans l'Enquête ici concernée, il se pourrait que la discrimination n'influe pas sur le sentiment de maîtrise chez les adultes des Premières Nations vivant dans des communautés des Premières Nations parce que la capacité de chacun face aux défis de tous les jours est moins liée au fait de cadrer dans la société en général.

Les adultes des Premières Nations ont rapporté que, lorsqu'ils ont besoin de soutien affectif ou psychologique, ils se tournent le plus souvent vers des amis ou des membres de leur famille. Les femmes sont plus susceptibles de se tourner vers des sources de soutien variées pour diminuer leur détresse, sauf pour ce qui est des guérisseurs traditionnels et des psychologues. Cette variation en fonction du sexe est observée dans de nombreuses populations et due au fait que les femmes sont plus disposées au comportement appelé « soigne et deviens ami » que les hommes et sont davantage en mesure de bénéficier efficacement du soutien offert (Taylor et al., 2000). Comme le soutien social est une forme de réponse du sujet face au stress, il se pourrait qu'il atténue les symptômes psychologiques découlant des épisodes de stress vécus.

La religion a été associée à un niveau de bien-être accru, en partie parce que sa pratique s'accompagne d'un soutien social apporté par les autres membres de la communauté pratiquante (Ysseldyk et al., 2010). Contre toute attente, il n'y a aucune différence dans les niveaux de détresse psychologique ou de soutien global reçus selon l'importance de la place qu'occupe la religion ou la spiritualité dans la vie des membres des adultes des Premières Nations.

CONCLUSION

Conformément à l'ERS 2002-03, les constats tirés de l'ERS 2008-10 démontrent le besoin urgent d'une mobilisation visant à accroître le bien-être chez les adultes des Premières Nations. Il est particulièrement préoccupant de constater les niveaux élevés de détresse présents dans les communautés des Premières Nations comparativement à l'ensemble de la population canadienne. Bien que la détresse psychologique n'ait pas comme telle été mesurée dans l'ERS 2002-03, ces constats sont conformes aux niveaux élevés de symptômes dépressifs rapportés par les membres des Premières Nations dans l'ERS 2002-03 ainsi qu'aux niveaux élevés de détresse observés chez les Autochtones vivant hors-réserve et chez les peuples

autochtones de partout dans le monde (*Australian Institute of Health and Welfare*, 2009; Caron & Liu, 2010). Le maintien des niveaux élevés de pensées suicidaires et de tentatives de suicide vient lui aussi souligner l'urgence d'agir pour corriger les écarts existants au chapitre de la santé mentale chez les adultes des Premières Nations.

Bien que l'ERS 2008-10 ait fait ressortir des points positifs pour certains indicateurs, comme le sentiment d'harmonie et l'état de bonne santé perçus, les interrelations observées entre les différents aspects du bien-être font ressortir des tendances quant à ce qui provoque la détresse. À cet égard, l'identification des principaux facteurs psychologiques contribuant à la détresse chez les membres des Premières Nations est essentielle à l'élaboration d'approches efficaces en matière de prévention et d'intervention. Bien qu'une analyse plus approfondie des données de l'ERS soit nécessaire pour déterminer les mécanismes par lesquels les variables relatives au risque et aux ressources interagissent et affectent le bien-être, le présent chapitre permet de cerner certains facteurs semblant constituer des facteurs déterminants du bien-être.

Conformément à la recherche passée, les données fournies par la présente Enquête suggèrent que les répercussions des facteurs de stress sur le bien-être sont particulièrement pertinentes en ce qui concerne les Premières Nations compte tenu de leur exposition disproportionnellement élevée à des épisodes de stress. Les adultes des Premières Nations présentant un faible revenu, une scolarité restreinte et un passé ponctué d'agressions sont plus susceptibles de vivre de la détresse psychologique. Dépendamment du degré de gravité des expériences, l'agression peut constituer un « facteur de stress traumatique ». On pense notamment à la violence faite aux enfants, aux agressions physiques, au viol et aux accidents graves, qui ne sont à l'heure actuelle pas mesurés dans l'ERS. Même si des études régionales et communautaires ont déjà fait ressortir la fréquence anormalement élevée des traumatismes importants chez les Canadiens autochtones (Karmali et al., 2005), il serait utile de produire des données nationales afin d'en savoir plus sur les différents types de traumatismes rencontrés communément dans les communautés des Premières Nations. Cela est d'une importance fondamentale puisque les stratégies de prévention et d'intervention doivent se fonder sur la connaissance des différents facteurs de stress et traumatismes concernés et être conçue sur mesure afin de répondre aux besoins précis de chaque communauté.

Les données actuelles font aussi ressortir les répercussions des facteurs de stress tant contemporains qu'historiques

liés à l'ethnicité sur le bien-être des Premières Nations. Conformément à la recherche effectuée par le passé auprès des Premières Nations et des peuples amérindiens des États-Unis (Bombay et al., 2010; Whitbeck et al., 2004), il semble que le fait d'avoir connu du racisme soit associé à une santé mentale fragilisée. Malgré cette association, bon nombre d'adultes des Premières Nations ont répondu à une question directe qu'ils estiment que leurs expériences n'ont pas eu de répercussions négatives sur leur estime d'eux-mêmes. Par ailleurs, les expériences de racisme rapportées ont semblé relativement peu fréquentes lorsqu'on compare les résultats de la présente Enquête à ceux d'études réalisées auprès de populations urbaines d'adultes autochtones. D'autres recherches pourraient permettre d'explorer de possibles explications à ces constats. On pourrait notamment penser à utiliser des outils de mesures fondés sur l'auto-déclaration de la discrimination (Carney et al., 2010) et à découvrir les possibles différences entre les membres des Premières Nations vivant dans les communautés des Premières Nations et les autres.

Tout comme certains individus et groupes sont particulièrement vulnérables à des résultats défavorables en matière de santé, les variables relatives aux ressources peuvent influencer sur la résilience des individus face aux effets négatifs des facteurs de stress du passé et du présent. De hauts niveaux de sentiment de maîtrise et de soutien social ont été mesurés chez les adultes des Premières Nations. Cela est encourageant puisque ces variables constituent des facteurs de protection contre la détresse psychologique. Toutefois, les personnes les plus vulnérables ne sont peut-être pas à même de bénéficier de ces ressources. Le niveau de soutien social s'est révélé plus faible pour les ménages à faible revenu et les personnes ayant subi l'expérience du pensionnat. Le sentiment de maîtrise mesuré est plus faible chez les adultes des Premières Nations qui ne possèdent pas de diplôme d'études secondaires. Bien que le sentiment de maîtrise et le niveau de soutien soient généralement élevés dans les communautés, il faudrait identifier les facteurs de protection susceptibles d'être relativement rares chez les adultes des Premières Nations vivant dans les communautés des Premières Nations et au sein de sous-populations précises, comme les anciens pensionnaires. Il sera également nécessaire d'explorer davantage la façon dont les individus composent avec les situations et les événements qui sont sources de stress ainsi que le rôle des différents aspects de l'identité des Premières Nations, dont l'estime collective, sur leur bien-être (Bombay et al., 2010). Dans le même ordre d'idées, même si l'importance de la spiritualité et de la religion ne semble pas liée aux

niveaux de détresse, il existe peut-être une interaction avec d'autres aspects du bien-être, tels que l'identité, ce qui justifierait de pousser l'étude un peu plus loin.

Finalement, bien que la majorité des adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques semblent disposer d'un soutien social adéquat, on en connaît peu sur le rôle des relations non constructives, réactions décevantes ou refus d'aide de la part du réseau social, sur les plans individuel et structurel (Ingram, Betz, Mindes, Schmitt, & Smith, 2001). Le non-soutien, différent du manque de soutien, posséderait des effets désastreux chez d'autres minorités. Il se pourrait donc qu'il joue aussi un rôle dans le bien-être des Premières Nations (Jordan, Matheson, & Anisman, 2009). Finalement, l'identification plus poussée des forces (facteurs de résilience) et des faiblesses (vulnérabilités) ainsi qu'une meilleure compréhension des mécanismes à l'origine de leurs répercussions sur le bien-être des Premières Nations sont nécessaires pour faciliter l'élaboration de stratégies efficaces destinées à accroître le bien-être dans les communautés des Premières Nations.

RÉFÉRENCES

- Andrews, G. & Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(6), 494–97.
- Anisman, H., & Matheson, K. (2005). Stress, depression, and anhedonia: Caveats concerning animal models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 525–46.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2009). Measuring the social and emotional wellbeing of Aboriginal and Torres Strait Islander peoples (Cat. no. IHW 24). Canberra: Author.
- Avison, W. R., & Cairney, J. (2003). Social structure, stress, and personal control. In S. Zarit, L. I. Pearlin & K. W. Schaie (Eds.), *Personal control in social and life course contexts* (pp. 127–64). New York: Springer.
- Beals, J., Manson, S. M., Whitesell, N. R., Mitchell, C. M., Novins, D. K., Simpson, S., & Spicer, P., (2005). American Indian service utilization, psychiatric epidemiology, risk and protective factors project team. Prevalence of major depressive episode in two American Indian reservation populations: Unexpected findings with a structured interview. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1713–22.
- Beals, J., Novins, D. K., Whitesell, N. R., Spicer, P., Mitchell, C. M., & Manson, S. M. (2005). Prevalence of mental disorders and utilization of mental health services in two American Indian reservation populations: Mental health disparities in a national context. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1723–32.
- Blackstock, C., Trocmé, N., & Bennett, M. (2004). Child maltreatment investigations among Aboriginal and non-Aboriginal families in Canada: A comparative analysis. *Violence Against Women*, 10, 901–16.

- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2010). Decomposing identity: Differential relationships between several aspects of ethnic identity and the negative effects of perceived discrimination among First Nations adults in Canada. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 26*(4), 507–16.
- Broman, C. L., Mavaddat, R., & Hsu, S.-Y. (2000). The experience and consequences of perceived racial discrimination: A study of African Americans. *Journal of Black Psychology, 26*, 165–80.
- Cairney, J., Veldhuizen, S., Wade, T. J., Kurdyak, P., & Streiner, D. L. (2007). Evaluation of 2 measures of psychology distress as screeners for depression in the general population. *Canadian Journal of Psychiatry, 52*(2), 111–20.
- Carney, D. R., Banaji, M. R., & Krieger, N. (2010). Implicit measures reveal evidence of personal discrimination. *Self and Identity, 9*(2), 162–76.
- Caron, J., & Liu, A. (2010). A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: Comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Diseases in Canada, 30*(3), 84–94.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry, 35*(2), 191–219.
- Chansonneuve, D. (2005). *Reclaiming connections: Understanding pensionnat trauma among aboriginal people*. Ottawa: Fondation autochtone de guérison.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, youth, and children living in First Nations communities*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Constantine, M. G., Robinson, J. S., Wilton, L., & Caldwell, L. D. (2002). Collective self-esteem and perceived social support as predictors of cultural congruity among Black and Latino college students. *Journal of College Student Development, 43*, 307–16.
- Crocker, J., Luhtanen, R., Blaine, B., & Broadnax, S. (1994). Collective self-esteem and psychological well-being among White, Black, and Asian college students. *Personality and Social Psychology Bulletin, 20*, 503–13.
- Daniel, M., Cargo, M. D., Lifshay, J., Green, L. W. (2004). Cigarette smoking, mental health, and social support. *Canadian Journal of Public Health, 95*(1), 45–49.
- Dressier, W. W., Oths, K. S., & Gravlee, C. C. (2005). Race and ethnicity in public health research models to explain health disparities. *Annual Review of Anthropology, 34*, 231–52.
- Environics Institute. (2010). *Urban Aboriginal Peoples study: Main report*. Toronto: Author.
- Fernando, S. (1984). Racism as a cause of depression. *International Journal of Social Psychiatry, 30*, 41–49.
- Fischer, A. R., & Holz, K. B. (2007). Perceived discrimination and women's psychological distress: The roles of collective and personal self-esteem. *Journal of Community Psychology, 28*, 427–442.
- Furukawa, T. A., Kessler, R. C., Slade, T., & Andrews, G. (2003). The performance of the K-6 and K-10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine, 33*(2), 357–62.
- Hobfoll, S. E., Jackson, A., Hobfoll, I., Pierce, C. A., & Young, S. (2002). The impact of communal-mastery versus self-mastery on emotional outcomes during stressful conditions: A prospective study of Native American Women. *American Journal of Community Psychology, 30*(6), 853–71.
- Ingram, K. M., Betz, N. E., Mindes, E. J., Schmitt, M. M., & Smith, N. G. (2001). Unsupportive responses from others concerning a stressful life event: Development of the Unsupportive Social Interactions Inventory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*(2): 173–207.
- Jordan, S., Matheson, K., & Anisman, H. (2009). Supportive and unsupportive social interactions in relation to cultural adaptation and psychological distress among Somali refugees exposed to collective or personal traumas. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 40*(5), 853–74.
- Karmali, S., Laupland, K., Harrop, A. R., Findlay, C., Kirpatrick, A. W., Winston, B., Kortbeek, J., Crowshoe, L., Hameed, M. (2005). Epidemiology of severe trauma among status Aboriginal Canadians: A population-based study. *Canadian Medical Association Journal, 172*(8), 1007–11.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health, 78*(3), 458–67.
- Kessler, R. C., & Mroczek, D. K. (1994). Final versions of our non-specific psychological distress scale [Written communication - memo dated 10/3/94]. Ann Arbor, MI: Survey Research Center of the Institute for Social Research, University of Michigan.
- Kirmayer, L., Brass, G. M., Holton, T., Paul, K., Simpson, C., & Tait, C. (2007). *Suicide among Aboriginal People in Canada*. Ottawa, ON: Fondation autochtone de guérison.
- Macmillan, H. L., Jamieson, E., Walsh, C. A., Wong, M. Y., Faries, E. J., McCue, H., MacMillan, A. B., Offord, D. D., Technical Advisory Committee of the Chiefs of Ontario. (2008). First Nations women's mental health: Results from an Ontario survey. *Archives of Women's Mental Health, 11*, 109–15.
- McCormick, R. M. (2009). All my relations. Tiré de *Mentally healthy communities: Aboriginal perspectives* (pp. 3–8) de l'Institut canadien d'information sur la santé (Ed.). Ottawa, Ontario: Institut canadien d'information sur la santé.
- Mussell, B., Cardiff, K., & White, J. (2004). *The Mental Health and Well-Being of Aboriginal Children and Youth: Guidance for New Approaches and Services*. Chilliwack and Vancouver, B.C.: The Sal'i'shan Institute and the University of British Columbia.
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullan, J. T. (1981). The Stress Process. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 337–56.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19*(1), 2–21.
- Phinney, J. S., & Alipuri, L. L. (1996). At the interface of cultures:

- Multiethnic/multiracial high school and college students. *Journal of Social Psychology*, 136, 139–58.
- Richmond, C. A. M., Ross, N. A., & Egeland, G. M. (2007). Social support and thriving health: A new approach to understanding the health of Indigenous Canadians. *American Journal of Public Health*, 97(9), 1–7.
- Ross, C. E., & Sastry, J. (1999). The sense of personal control: Social-structural causes and emotional consequences. In C. Aneshensel & J. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 369–94). New York: Kulwer Academic/Plenum.
- Santé Canada. (2003). *Acting on what we know: Preventing youth suicide in First Nations*. Ottawa: Comité consultatif sur la prévention du suicide.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381–406.
- Schmitz, N., Lesage, A., & Wang, J. (2009). Should psychological distress screening in the community account for self-perceived health status? *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(8), 526–33.
- Schmitz, N., Wang, J., Malla, A., & Lesage, A. (2009). The impact of psychological distress on functional disability in asthma: Results from the Canadian Community Health Survey. *Psychosomatics*, 50, 42–9.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 707–14.
- Spillane, N. S., & Smith, G. T. (2007). A theory of reservation-dwelling American Indian alcohol use risk. *Psychological Bulletin* 133, 3, 395–418.
- Statistique Canada. (2004). Canadian Community Health Survey Cycle 1.2 Derived Variable Specifications. Ottawa: Author.
- Statistique Canada. (n.d.). Canadian Community Health Survey, cycle 4.1 (2007/2007): Public use microdata file. Ottawa: Author.
- Stefanello, S., Cais, C. F., Mauro, M. L., Freitas, G. V., & Botega, N. J. (2008). Gender differences in suicide attempts: Preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Revista brasileira de psiquiatria*, 30(2), 139–43.
- Svenson, K. A., & Lafontaine, C. (1999). Chapter 6: The Search for Wellness. In First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee (Eds.), *First Nations and Inuit Regional Health Survey Report* (pp. 181–216). Ottawa: Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit.
- Taylor, M. J. (2000). The influence of self-efficacy on alcohol use among American Indians. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6, 152–67.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A., & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107(3), 411–29.
- Thoits, P. A. (1982). Life stress, social support, and psychological vulnerability: Epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology*, 10(4), 341–62.
- Uppal, S. (2009). Health and employment. *Perspectives on Labour and Income*, 10(9), 5–13.
- Verkuyten, M., & Thijs, J. (2006). Ethnic discrimination and global self-worth in early adolescents: The mediating role of ethnic self-esteem. *International Journal of Behavioral Development*, 30, 107–16.
- Waldram, J. B. (1997). The Aboriginal peoples of Canada: Colonialism and mental health. In I. Al-Issa & M. Tousignant (Eds.), *Ethnicity, immigration and psychopathology* (pp. 169–87). New York: Plenum.
- Waldram, J. B., Herring, D. A., & Young, T. K. (2006). *Aboriginal health in Canada: Historical, cultural, and epidemiological perspectives*. Toronto, ON: University of Toronto Press.
- Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Ruben (Ed.), *Doing unto others* (pp. 17–26). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Whitbeck, L. B., Adams, G. W., Hoyt, D. R., & Chen, X. (2004). Conceptualizing and measuring historical trauma among American Indian People. *American Journal of Community Psychology*, 33(3/4), 119–30.
- Williams, D. R., Gonzalez, H. M., Williams, S., Mohammed, S. A., Moomal, H., & Stein, D. J. (2008). Perceived discrimination, race and health in South Africa. *Social Science and Medicine*, 67(3), 441–52.
- Yen, I. H., & Syme, S. L. (1999). The social environment and health: A discussion of the epidemiological literature. *Annual Review of Public Health*, 20, 287–308.
- Ysseldyk, R., Matheson, K., & Anisman, H. (2010). Religiosity as identity: Toward an understanding of religion from a social identity perspective. *Personality and Social Psychology Review*, 14(1), 60–71.

Chapitre 18

Culture traditionnelle

SOMMAIRE

Le présent chapitre porte sur des données tirées de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 au sujet de la perception de la culture traditionnelle des adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves ou dans les collectivités nordiques et de leur participation à celle-ci. Moins de la moitié des répondants adultes (42,3 %) indiquent « culture » comme préoccupation dans leur communauté. Toutefois, de ces répondants, la majorité estime (82,3 %) que l'état de la culture est demeuré stable ou s'est amélioré au cours des 12 mois précédents.

La majorité des adultes des Premières Nations rapportent qu'ils participent à certains aspects de la culture traditionnelle, qu'il s'agisse d'**événements culturels**, de chasse ou de piégeage ou de la consommation et du partage d'aliments traditionnels. De nombreux adultes rapportent par ailleurs qu'il est important pour eux de pratiquer la spiritualité traditionnelle et de recourir aux remèdes traditionnels. Il est apparu que la participation à **certains aspects de la tradition culturelle** (p. ex., l'usage d'une langue des Premières Nations) est plus courante chez les adultes plus âgés des Premières Nations (60 ans et plus). Il s'agit d'un constat qui suggère que les générations montantes sont moins exposées à certaines traditions ou qu'il est plus difficile pour les jeunes adultes de les intégrer dans leur vie.

La plupart des adultes des Premières Nations qui rapportent être actifs dans la vie culturelle de leur communauté ressentent une plus grande maîtrise de leur propre vie; qu'ils sont davantage en harmonie sur les plans spirituel, psychologique, affectif et physique; qu'ils consomment moins et qu'ils sont moins enclins à la dépression que les adultes moins actifs au plan culturel. Le fait d'encourager une participation continue à la culture traditionnelle semble pouvoir accroître le bien-être des adultes des Premières Nations.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Ce sont 42,3 % des adultes des Premières Nations qui répondent « culture » comme préoccupation dans leur communauté. Toutefois, la majorité estime (83 %) que l'état de la culture dans leur communauté est demeuré stable ou s'est amélioré au cours des 12 mois précédents.
- De nombreux adultes des Premières Nations (67,1 %) rapportent prendre part à des événements culturels communautaires à tout le moins « parfois ».
 - Les adultes qui prennent fréquemment part aux événements culturels de leur communauté sont moins susceptibles de se sentir déprimés, plus susceptibles de ressentir qu'ils maîtrisent leur vie et moins susceptibles de faire usage de substances licites et illicites que ceux qui rapportent ne pas régulièrement prendre part à ce type d'activités.
- Plus des deux tiers des adultes des Premières Nations (69,6 %) sont en mesure de comprendre ou de parler une langue des Premières Nations; et plus d'un tiers (36,2 %) en fait usage dans la vie de tous les jours.
 - La capacité à comprendre ou à parler une langue des Premières Nations ou à en faire usage dans la vie de tous les jours est moins courante chez les adultes plus jeunes des Premières Nations.
- La spiritualité traditionnelle est au moins « assez importante » pour environ 80 % des adultes des Premières Nations.
 - Une plus faible proportion de jeunes adultes perçoit la spiritualité traditionnelle comme à tout le moins « assez importante ».
- Seule une minorité d'adultes des Premières Nations (21 %) rapporte avoir consulté un guérisseur au cours des 12 mois précédant l'Enquête, ce qui représente quand même une augmentation par rapport à l'ERS 2002-03 (15 %). L'usage de remèdes traditionnels (39,6 %) semble plus courant que le recours à un guérisseur traditionnel.
 - Les jeunes adultes des Premières Nations sont moins susceptibles que les adultes plus âgés de recourir aux remèdes traditionnels.
- Les aliments traditionnels consommés le plus souvent sont, par ordre de fréquence, la bannique ou le pain frit, les mammifères terrestres (orignal, caribou, ours, cerf, bison, etc.), les baies ou autres végétaux sauvages et les poissons d'eau douce. Environ 85 % des adultes des Premières Nations rapportent que quelqu'un a partagé des aliments traditionnels avec les membres de leur ménage au moins « parfois » au cours des 12 mois précédant l'Enquête.
- Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui pratiquent des activités typiquement traditionnelles (chasse, piégeage, pêche, randonnée, canot ou kayak, raquette, cueillette de baies ou d'autres aliments, etc.) rapportent se sentir en harmonie aux plans physique et spirituel que ceux qui ne pratiquent pas ces activités plus traditionnelles.

INTRODUCTION

Le terme « culture traditionnelle » fait généralement référence à la connaissance, aux attitudes, aux croyances, aux coutumes et aux valeurs transmises de génération en génération au sein d'un groupe donné d'individus. La culture peut s'exprimer par le chant, la danse, les cérémonies, les croyances spirituelles, l'alimentation, les loisirs et les activités. Les traditions culturelles sont le plus souvent véhiculées par les aînés, les guérisseurs traditionnels et d'autres personnes choisies par la communauté (Kreuter & McClure, 2004).

La longue suite d'injustices et de souffrances nées du contexte historique du colonialisme, de l'assimilation forcée et de la suppression des croyances et des pratiques religieuses a eu des répercussions catastrophiques sur la transmission de la culture traditionnelle et le bien-être des membres des Premières Nations (Kirmayer, Brass, & Tait, 2000; Centre national de collaboration de la santé autochtone, 2010; Smylie, 2008). De surcroît, le manque toujours actuel de sensibilisation de la population en général au vécu historique des Premières Nations a pour effet de prolonger la portée de ces répercussions négatives.

Pour les gens des Premières Nations, la santé semble être perçue comme le maintien d'un équilibre entre les différents aspects de leur vie, soit les plans spirituel, psychologique, affectif et physique (*BC Ministry of Health*, 2002). On estime que l'exposition collective des Premières Nations aux politiques européennes/canadiennes serait la principale cause des problèmes de santé observés au sein de la population autochtone. Ces politiques ont eu, et continuent d'avoir, un effet néfaste sur les membres des Premières Nations, et ce, à tous les niveaux de leur existence, qu'il s'agisse de leur intégrité individuelle et de leur santé mentale ou de l'intégrité et de la structure des familles, des communautés et des Nations (Tait, 2003). La dépréciation passée et actuelle de l'identité collective des Premières Nations est liée à de forts taux de dépression, d'abus d'alcool ou d'autres drogues et de suicide (Kirmayer et al., 2000).

Bon nombre des démarches effectuées aujourd'hui par les Premières Nations pour guérir les traumatismes subis visent à rétablir la transmission de la culture traditionnelle, notamment en tentant de faire revivre la langue ainsi que les pratiques religieuses et communautaires (Armstrong, 2000; Chandler & Lalonde, 1998). Cela a nécessité l'organisation d'activités traditionnelles servant à renforcer la solidarité collective et à fournir aux individus des systèmes de référence.

Le présent chapitre vise donc trois objectifs :

1. décrire le niveau de participation des adultes des Premières Nations vivant dans des communautés des Premières Nations à différents aspects de la culture traditionnelle et mesurer l'importance perçue de ces différents aspects à leurs yeux;
2. mesurer l'évolution de la participation à la culture traditionnelle et l'importance perçue de cette culture dans le temps en recourant aux données tirées de l'ERS 2002-03;
3. évaluer l'importance des liens existant entre le bien-être des individus et leur participation à la culture traditionnelle.

MÉTHODOLOGIE

L'ERS 2008-10 auprès des adultes comportait des questions sur un certain nombre d'aspects de la culture traditionnelle, dont la participation aux événements culturels, l'usage d'une langue des Premières Nations et le recours aux guérisseurs traditionnels.

Les répondants ont été invités à indiquer à quelle fréquence ils prennent part à des événements culturels communautaires. Les réponses possibles étaient « toujours / presque toujours », « parfois », « rarement » et « jamais ».

En ce qui concerne la langue, les répondants devaient indiquer la langue qu'ils parlent le plus couramment dans leur vie de tous les jours. Les réponses possibles étaient « français », « anglais », « langue des Premières Nations » et « autre ». Ils devaient également indiquer s'ils pouvaient parler ou comprendre une langue des Premières Nations.

Les répondants ont été invités à indiquer à quand remontait la dernière fois où ils avaient consulté un guérisseur traditionnel (« au cours des 12 derniers mois », « cela fait plus d'un an mais moins de deux ans », « cela fait plus de deux ans », et « je n'en ai jamais consulté ») et s'ils utilisent des remèdes traditionnels. Puis, les répondants qui utilisent des remèdes traditionnels devaient indiquer s'ils ont eu de la difficulté à y avoir accès, puis choisir parmi une liste de difficultés potentielles (les répondants pouvaient choisir une ou plusieurs des réponses suivantes) : « j'ignore où me les procurer », « je ne peux en assumer le coût », « j'en ignore les effets », « je ne les connais pas assez bien », « ils ne sont pas disponibles par le biais du système de santé », « ils ne sont pas couverts par les services de santé non assurés (Santé Canada) », « je ne suis pas intéressé(e) ».

Concernant la consommation et le partage d'aliments

traditionnels, les répondants devaient indiquer la fréquence (« jamais », « parfois », « souvent ») à laquelle ils ont, au cours des 12 mois précédents, consommé les aliments traditionnels suivants : des mammifères terrestres (orignal, caribou, ours, cerf, bison, etc.); du poisson d'eau douce; du poisson de mer; d'autres produits de la mer ou d'eau douce (coquillages, anguilles, palourdes, algues, etc.); des mammifères marins (baleine, phoque, etc.); du gibier à plumes (oies, canards, etc.); du petit gibier (lièvre, rat musqué, etc.); des baies ou autres végétaux sauvages; de la bannique ou du pain frit; du riz sauvage et de la soupe de maïs. Les répondants devaient également indiquer à quelle fréquence (« souvent », « parfois », « jamais ») quelqu'un a partagé des aliments traditionnels avec les membres de leur ménage au cours des 12 mois précédant l'Enquête.

Les répondants devaient décrire l'importance que revêt à leurs yeux la spiritualité traditionnelle à choisir entre « très importante », « assez importante », « pas très importante », et « pas importante ».

Pour ce qui est de la culture et de la communauté, les répondants devaient indiquer s'ils ont observé au sein de leur communauté un changement au plan de la culture au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Les réponses possibles étaient : « progrès/changements importants », « certains progrès/changements », « aucun progrès/changement » et « dégradation ». Les réponses ont par la suite été classées en deux catégories, soit « certains progrès/changements ou progrès/changements importants » et « aucun progrès/changement ou dégradation ».

Les répondants ont ensuite été questionnés sur l'incidence des pensionnats sur la culture. Ceux qui ont indiqué qu'ils estiment que leur séjour dans un pensionnat a eu des répercussions négatives sur leur état de santé devaient choisir dans une liste les éléments définissant leur préjudice : « perte de la langue », « perte d'identité culturelle », « perte de la religion et de la spiritualité traditionnelle », « éloignement de la famille », « éloignement de la communauté ».

Les adultes devaient indiquer s'ils ont pris part, au cours des 12 mois précédant l'Enquête, à l'une des activités traditionnelles suivantes : la chasse ou le piégeage, la pêche, la cueillette de baies ou d'autres aliments, la randonnée, le canot ou le kayak et la raquette.

Le lien entre la culture traditionnelle et le bien-être a également été examiné. La détresse psychologique a été mesurée à l'aide de l'Échelle de détresse psychologique de Kessler (Kessler & Mroczek, 1994). Les participants

ont été invités à indiquer sur une échelle variant de 0 (« jamais ») à 4 (« toujours ») combien de fois ils avaient eu des symptômes d'anxiété ou de dépression au cours du mois précédent. Les réponses ont été colligées avec des scores possibles allant de 0 à 40, les scores plus élevés représentant une plus grande détresse. Selon des recherches antérieures (Andrews & Slade, 2001; Schmitz, Wang, Malla, & Lesage, 2009), les scores variant de 0 à 5 représentent une légère détresse, les scores variant de 6 à 19 représentent une détresse modérée, et les scores de 20 et plus représentent une détresse psychologique élevée. Le score moyen du présent échantillon est de 20,36 (95 % IC : 20,22, 20,51).

De plus, des questions ont été posées sur l'harmonie aux plans spirituel, physique, psychologique et affectif (« tout le temps/la plupart du temps », « parfois/presque jamais »).

Les degrés de maîtrise ont été mesurés à l'aide de l'Échelle de maîtrise de soi (Pearlin & Schooler, 1978). L'échelle comporte sept énoncés pour lesquels les participants doivent indiquer leur degré d'accord en utilisant une échelle qui varie de 0 (« fortement en désaccord ») à 4 (« fortement en accord »). Parmi les énoncés on retrouve « Je peux réaliser à peu près tout ce que je veux si je me décide vraiment à le faire » et « J'ai une certaine influence sur les choses qui m'arrivent ». Les scores ont été colligés, y compris les items ayant un score inverse, pour un minimum de 0 et un maximum de 28; les valeurs plus élevées indiquant des degrés plus élevés de maîtrise. Le score moyen du présent échantillon est de 20,36 (95 % IC : 20,22, 20,51).

Le lien entre la pratique de la culture traditionnelle et l'abus d'alcool ou de drogues a également été examiné. Les participants ont été invités à indiquer s'ils fument, s'ils ont consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'Enquête et, dans l'affirmative, à quelle fréquence (« une fois par jour », « environ 2 ou 3 fois par semaine », « environ 2 ou 3 fois par mois », « environ une fois par mois », « environ 2 ou 3 fois par année ») et à quelle fréquence ils consomment de façon massive (au moins cinq consommations en une seule occasion : « tous les jours », « plus d'une fois par semaine », « une fois par semaine », « 2 ou 3 fois par mois », « une fois par mois », « moins d'une fois par mois », « jamais »). Les répondants devaient également indiquer s'ils ont consommé du cannabis ou d'autres drogues, qu'il s'agisse de cocaïne, d'amphétamines et autres stimulants, de substances inhalées, de sédatifs ou de somnifères, d'hallucinogènes ou d'opioïdes (possibilités de réponse : « jamais », « une fois ou deux », « tous les mois », « toutes les semaines » et « tous les jours ou presque »).

Finalement, le lien entre la consommation d'aliments traditionnels et le sentiment d'avoir un régime alimentaire équilibré a également été examiné. Les répondants ont dû indiquer s'ils ont un régime alimentaire nutritif et équilibré « parfois », « toujours ou presque » ou « rarement/jamais ».

RÉSULTATS

Culture traditionnelle et communauté

Moins de la moitié des répondants adultes (42,3 %) indiquent « culture » comme préoccupation dans leur communauté. Toutefois, la majorité (83 %) estime que l'état de la culture est demeuré stable ou s'est amélioré au cours des 12 mois précédents. Une faible proportion (17,7 %, IC à 95 % [15,8-19,7]) rapporte qu'elle estime que la culture a reculé. On n'observe aucune variation significative des réponses selon l'âge ou le sexe dans la perception de l'état de la culture (en progression, stable ou en régression) au sein des communautés. On observe une corrélation positive entre l'âge et la perception de la culture comme se dégradant : 13,5 % [10,9, 16,5] des 18 à 29 ans indiquent que la culture se dégrade comparativement à 20,3 % [16,6, 24,7] des 60 ans et plus.

Participation à des événements culturels traditionnels

La majorité des adultes des Premières Nations (67,1 %, IC à 95 % [65,4-68,8]) rapporte avoir participé à des événements culturels communautaires au moins « parfois » (voir Tableau 18.1). On n'observe aucune variation significative des réponses selon l'âge ou le sexe à l'exception du fait qu'une plus grande proportion d'hommes que de femmes indique n'avoir « jamais » assisté à un événement culturel (14,2 % comparé à 10,8 %, IC à 95 %, respectivement [12,6-15,8] et [9,7-12,0]).

Tableau 18.1. Fréquence de la participation à des événements culturels communautaires

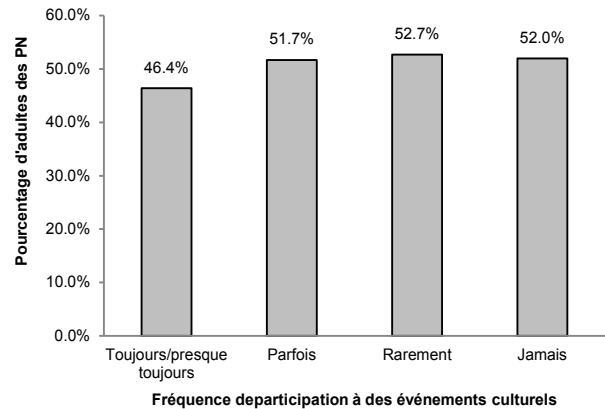
Participation à des événements culturels communautaires	Pourcentage	IC à 95 %
Toujours / presque toujours	20,7	[19,5-22,1]
Parfois	46,4	[45,0-47,7]
Rarement	20,4	[19,1-21,7]
Jamais	12,5	[11,4-13,7]

Participation à des événements culturels traditionnels et bien-être

On constate qu'une participation fréquente aux événements culturels communautaires va de pair avec un sentiment accru de bien-être. Une plus faible

proportion d'adultes des Premières Nations qui indiquent « toujours/presque toujours » participer aux événements culturels communautaires rapportent être déprimés comparativement à ceux qui participent à ces événements moins souvent (voir Figure 18.1).

Figure 18.1. Dépression (modérée à élevée), selon la fréquence de la participation à des événements culturels



Le fait de participer à des événements culturels communautaires « parfois » ou « toujours » est également associé à un plus grand sentiment de maîtrise sur sa vie ($M = 21,14$, IC à 95 % [21,91, 21,37]) comparativement à ceux qui participent moins souvent ($M = 20,20$, IC à 95 % [20,05, 20,35]).

Participation aux événements culturels traditionnels et consommation de substances

Sauf en ce qui concerne le tabagisme, la consommation de substances licites et illicites est apparue comme inversement proportionnelle à la participation aux événements culturels communautaires (voir Tableau 18.2).

Tableau 18.2. Pourcentage d'adultes qui rapportent une consommation de substances, selon la fréquence de participation à des événements culturels

	Fréquence de participation à des événements culturels			
	Toujours/ presque toujours	Parfois	Rarement	Jamais
% ayant consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents	57,2	66,2	68,9	68,9
% consommant de l'alcool au moins toutes les semaines	17,7	19,3	24,5	28,1
% consommant de l'alcool de façon massive toutes les semaines	12,4	14,5	18,6	18,5
% ayant consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents	27,8	32,7	35,9	33,9
% ayant consommé des drogues illicites (autres que le cannabis) au cours des 12 mois précédents†	13,8	14,9	18,5	16,5
% fumeur actif	54,7	55,9	60,2	58,2

† Par « drogues dures » on entend la cocaïne, les amphétamines et autres stimulants, les drogues inhalées, les sédatifs et les somnifères, les hallucinogènes et les opioïdes.

Activités traditionnelles

Certaines Premières Nations considèrent les activités traditionnelles comme une part importante de leur culture. Malheureusement, depuis l'Enquête 2002-03, le taux de participation à des activités de randonnée, de raquette, de cueillette de baies ou d'autres aliments, de canot et de kayak a diminué (voir Tableau 18.3).

Les hommes des Premières Nations âgés de 18 à 29 ans rapportent le plus haut taux de participation à des activités de pêche, de randonnée, de canot ou de kayak et de chasse ou de piégeage. Les femmes âgées de 18 à 29 ans rapportent le plus haut taux de participation à la danse. Les femmes

âgées de 30 à 49 ans sont celles qui participent le plus à des activités de cueillette de baies ou d'autres aliments.

Tableau 18.3. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui pratiquent des activités traditionnelles (ERS 2002-03 vs ERS 2008-10)

	ERS 2002-03 % [IC à 95 %]	ERS 2008-10 % [IC à 95 %]
Chasse/piégeage	25,0 [22,9-27,3]	22,1 [20,8-23,4]
Pêche	33,2 [31,2-35,3]	32,2 [30,7-33,7]
Randonnée	25,7 [23,8-27,7]	19,2 [17,9-20,5]
Raquette	7,9 [6,5-9,5]	4,8 [4,3-5,4]
Cueillette de baies ou d'autres aliments	32,2 [30,1-34,3]	28,3 [26,7-30,0]
Canot/kayak	17,2 [15,3-19,3]	8,3 [7,5-9,2]

Activités traditionnelles et bien-être

Dans l'ensemble, une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui participent à des activités traditionnelles (chasse ou piégeage, pêche, danse, randonnée, canot ou kayak, raquette ou cueillette de baies ou d'autres aliments) rapportent se sentir plus fréquemment en harmonie sur les plans physique et spirituel, comparativement à ceux qui ne participent pas à ces activités plus traditionnelles ($p < 0,05$).

Consommation d'aliments traditionnels

L'aliment traditionnel que les adultes des Premières Nations rapportent consommer le plus souvent est la bannique ou le pain frit. Les aliments qui suivent dans l'ordre sont les mammifères terrestres (orignal, caribou, ours, cerf, bison, etc.), les baies ou autres végétaux sauvages et le poisson d'eau douce.

Le taux de consommation d'aliments traditionnels est demeuré relativement semblable entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10, à l'exception de l'ERS 2008-10 où davantage d'adultes des Premières Nations rapportent consommer « souvent » du poisson d'eau douce et du petit gibier tel que le lièvre et le rat musqué, et moins d'adultes des Premières Nations rapportent consommer « souvent » des baies ou d'autres végétaux sauvages ainsi que de la bannique ou du pain frit (voir Tableau 18.4).

Tableau 18.4. Pourcentage d'adultes des Premières Nations qui consomment « souvent » des aliments traditionnels

	ERS 2002-03 % [IC à 95 %]	ERS 2008-10 % [IC à 95 %]
Mammifères terrestres (orignal, caribou, ours, cerf, bison, etc.)	25,7 [23,4-28,2]	26,4 [24,6-28,3]
Poisson d'eau douce	16,6 [14,8-18,5]	22,3 [20,7-24,1]
Poisson de mer	4,3 [3,2-5,9]	6,4 [5,4-7,6]
Autres produits de la mer ou d'eau douce (coquillages, anguilles, palourdes, algues, etc.)	2,8 [2,0-4,0]	3,5 [2,7-4,4]
Mammifères marins (baleine, phoque, etc.)	0,4 [0,2-0,8]	0,3 [0,3-0,4]
Gibier à plumes (oie, canard, etc.)	8,9 [7,0-11,1]	8,7 [7,7-9,9]
Petit gibier (lièvre, rat musqué, etc.)	5,3 [4,6-6,2]	7,2 [6,4-8,1]
Baies ou autres végétaux sauvages	26,0 [24,0-28,2]	18,6 [17,1-20,1]
Bannique/pain frit	46,9 [43,8-50,1]	37,3 [35,7-39,1]
Riz sauvage	S/O	6,0 [5,3-6,8]
Soupe de maïs	7,6 [5,2-11,1]	5,7 [4,5-7,3]

Des différences significatives liées à l'âge et au sexe des répondants ont été observées dans la consommation d'aliments traditionnels. Une plus grande proportion d'hommes des Premières Nations et d'adultes plus âgés rapportent consommer des mammifères terrestres,

du poisson d'eau douce, du petit gibier et du gibier à plumes « souvent » comparativement aux femmes des Premières Nations et aux adultes plus jeunes. Par ailleurs, une plus grande proportion d'adultes plus âgés rapportent consommer du poisson de mer ainsi que des baies et d'autres végétaux sauvages.

Consommation d'aliments traditionnels et perception d'un régime alimentaire nutritif et équilibré

Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations consommant « souvent » au moins un type d'aliment traditionnel rapporte avoir « toujours ou presque » un régime alimentaire nutritif et équilibré (35,2 %, IC à 95 % [33,2-37,2]), comparativement aux adultes qui ne consomment aucun aliment traditionnel « souvent » (25,5 %, IC à 95 % [23,6-27,6]).

Partage d'aliments traditionnels

Les ménages des communautés des Premières Nations partagent souvent entre eux des aliments traditionnels. En effet, environ 85 % des adultes des Premières Nations rapportent que quelqu'un a partagé des aliments traditionnels avec les membres de leur ménage « souvent » (27,9 %, IC à 95 % [26,5-29,4]) ou « parfois » (57,6 %, IC à 95 % [56,1-59,2]). On n'observe aucune variation significative des réponses selon l'âge ou le sexe dans le partage d'aliments traditionnels. Et on n'observe aucune modulation du taux de partage d'aliments traditionnels entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10.

Partage d'aliments traditionnels et bien-être

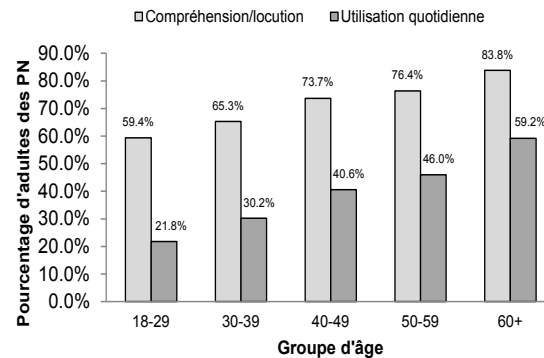
Les adultes des Premières Nations qui partagent des aliments traditionnels avec d'autres ménages se perçoivent davantage comme étant en harmonie sur le plan spirituel que les autres. En effet, 75,5% des répondants qui partagent des aliments traditionnels « souvent » se perçoivent comme en harmonie sur le plan spirituel. Ce pourcentage se compare à 70,1 % chez les adultes qui partagent « parfois » des aliments traditionnels et à 67,4 % chez les adultes qui n'en partagent « jamais » (IC à 95 %, soit respectivement [73,2-77,6], [68,3-71,8] et [62,5-71,9]).

Utilisation d'une langue des Premières Nations

Environ deux tiers (69,6 %) des adultes des Premières Nations qui vivent dans des communautés des Premières Nations rapportent être en mesure de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations, et environ un tiers (36,2 %) rapporte en faire usage dans la vie de tous les jours (IC à 95 %, respectivement [66,8-72,2] et

[33,7-38,8]). Malheureusement, l'utilisation d'une langue des Premières Nations semble être en recul. En effet, les jeunes adultes rapportent moins souvent parler ou être en mesure de comprendre une langue des Premières Nations que les adultes plus âgés (voir Figure 18.2).

Figure 18.2. Utilisation d'une langue des Premières Nations, selon le groupe d'âge

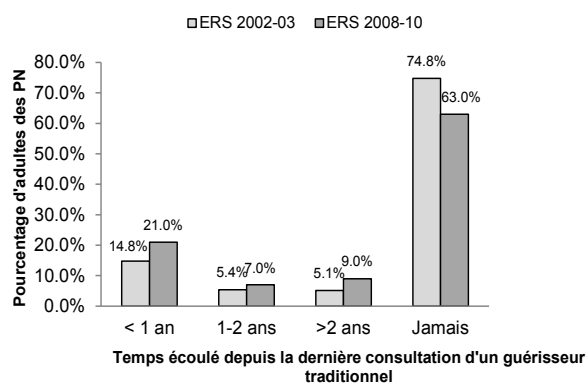


Utilisation d'une langue des Premières Nations et bien-être

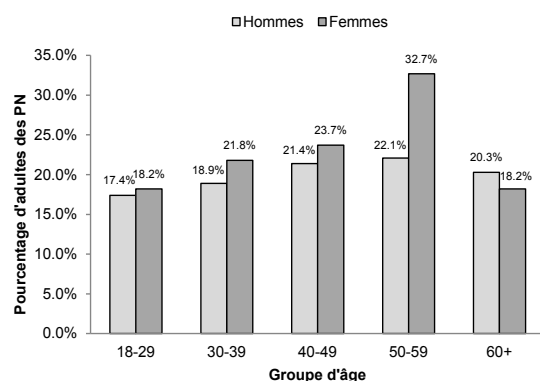
Une plus grande proportion d'adultes utilisant une langue des Premières Nations dans la vie de tous les jours rapporte se sentir plus fréquemment en harmonie sur le plan spirituel comparativement à ceux qui n'en font pas une utilisation quotidienne (74,8 % vs 68,9 %, IC à 95%, [73,0-76,5] et [67,0-70,9] respectivement). Malgré ce constat positif, les adultes des Premières Nations qui utilisent une langue des Premières Nations dans la vie de tous les jours rapportent un sentiment inférieur de maîtrise de leur propre vie que ceux qui n'utilisent pas une langue des Premières Nations dans leur vie de tous les jours ($M = 20,05$ vs $M = 20,53$, IC à 95 %, respectivement [19,87 – 20,23] et [20,35 – 20,71]).

Consultation d'un guérisseur traditionnel

Peu d'adultes des Premières Nations rapportent avoir consulté un guérisseur traditionnel au cours des 12 mois précédant l'Enquête (voir Figure 18.3). Il s'agit tout de même d'une augmentation entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 (14,8 % vs 21 %, IC à 95 %, respectivement [12,7-17,0] et [19,4-22,7]).

Figure 18.3. Consultation d'un guérisseur traditionnel

On n'observe aucune variation significative des réponses selon l'âge ou le sexe, sauf en ce qui concerne le fait que les femmes des Premières Nations âgées de 50 à 59 ans sont plus susceptibles de rapporter avoir consulté un guérisseur traditionnel (comparativement au reste de la population des Premières Nations; 32,7 % comparativement à environ 20 %; voir Figure 18.4).

Figure 18.4. Consultations d'un guérisseur traditionnel, selon le groupe d'âge et le sexe

Recours aux remèdes traditionnels

Plus du tiers (39,6 %, IC à 95 % [37,9-41,5]) des adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations rapportent avoir recours aux remèdes traditionnels. Le recours à la médecine traditionnelle ne varie pas en fonction du sexe, mais une plus faible proportion d'adultes plus jeunes des Premières Nations – ceux âgés de 18 à 29 ans - rapporte avoir recours à des remèdes traditionnels, comparativement aux adultes plus âgés des Premières Nations, soit ceux âgés de 60 ans ou plus (34,4 % vs 47 %, IC à 95 %, respectivement [31,6-37,4] et [44,1-49,9]). On n'observe aucune différence dans la proportion d'adultes qui rapportent avoir recours à des remèdes

traditionnels entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10.

Accès aux remèdes traditionnels

La majorité des adultes des Premières Nations (76,5%, IC à 95 % [74,5-78,3]) qui rapportent recourir aux remèdes traditionnels ne font pas état de difficulté à y accéder. Lorsque des obstacles sont rapportés, ceux qui sont le plus souvent cités sont : « j'ignore où me les procurer » (9,1 %), « c'est trop loin pour me les procurer » (7,3 %) et « ils ne sont pas disponibles par le biais du système de santé » (6,1 %).

Spiritualité traditionnelle

Les adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations rapportent à 79,9 % que la spiritualité traditionnelle est au moins « assez importante » pour eux (voir Tableau 18.5). On n'observe aucun changement majeur entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10, à l'exception du fait que dans le cadre de l'ERS 2008-10, moins d'adultes rapportent que la spiritualité traditionnelle n'est « pas importante » pour eux (7,7% vs 11,1 %, IC à 95 %, respectivement [6,8-8,7] et [9,6-13,1]).

Tableau 18.5. Importance de la spiritualité traditionnelle dans la vie des adultes des Premières Nations selon l'ERS 2008-10 (n = 10,391)

Importance de la spiritualité traditionnelle	Pourcentage	IC à 95 %
Très importante	43,7	[41,9-45,5]
Assez importante	36,2	[34,8-37,7]
Pas très importante	12,4	[11,5-13,3]
Pas importante	7,7	[6,8-8,7]

On n'observe aucune variation des réponses selon le sexe quant à l'importance de la spiritualité traditionnelle. On observe cependant des différences selon l'âge : les adultes des Premières Nations âgés de 18 à 29 ans rapportent que la spiritualité traditionnelle est « très importante » dans leur vie moins souvent que les répondants âgés de 60 ans et plus (36,3 % vs 50,5 %, IC à 95 %, respectivement [33,4-39,3] et [47,7-53,3]).

Spiritualité traditionnelle et bien-être

Une plus grande proportion d'adultes des Premières Nations qui indiquent que la spiritualité traditionnelle est « très importante » dans leur vie rapportent se sentir en harmonie au plan psychologique (79,8 % vs 72,7 %, $p < 0,05$), physique (77 % vs 70,8 %, $p < 0,05$), affectif (77,3 % vs 70,8 %, $p < 0,05$) et spirituel (82,2 % vs 63,7 %, $p < 0,05$), comparativement à ceux qui accordent moins d'importance à la spiritualité traditionnelle.

Par ailleurs, les adultes des Premières Nations qui rapportent que la spiritualité traditionnelle est « très importante » dans leur vie ressentent une plus grande maîtrise de leur propre vie ($M = 20.70$ vs $M = 20.20$, [20.51, 20.90]) et [20.03, 20.38] comparativement à ceux qui accordent moins d'importance à la spiritualité traditionnelle. On n'observe aucune association entre l'importance accordée à la spiritualité traditionnelle et la dépression.

Incidence des pensionnats sur la culture traditionnelle

Environ 20% des adultes des Premières Nations ayant fréquenté un pensionnat (19.7% [18.2, 21.2]), rapportent que leur expérience a eu des répercussions négatives sur leur santé et leur bien-être en général (53.4% [49.7, 57.2]). En effet, plus de 60 % des adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations rapportent avoir subi la perte de la langue, la perte d'identité culturelle, la perte de la religion et de la spiritualité traditionnelle, l'isolement de la famille, et la séparation de la communauté.

Une plus grande proportion des adultes des Premières Nations qui ont fréquenté un pensionnat indiquent avoir consulté un guérisseur traditionnel au cours des 12 mois précédents (27,3 % [24,3, 30,5] vs 19,3 % [17,6, 21,2]) et avoir recours aux remèdes traditionnels (49,5 % [46,7, 52,2] vs 37,1 % [35,0, 39,3]) comparativement à ceux qui n'ont pas fréquenté un pensionnat.

DISCUSSION

Malgré les répercussions négatives que l'assimilation a eues sur les membres des Premières Nations et leur culture traditionnelle, de nombreux aspects de cette culture traditionnelle demeurent bien vivants. La participation à des activités culturelles traditionnelles semble être grandement valorisée. Beaucoup d'adultes des Premières Nations rapportent prendre part à au moins un aspect de leur culture traditionnelle, que ce soit le partage de nourriture, le recours à des remèdes traditionnels, la pratique de la spiritualité traditionnelle, ou l'usage ou la compréhension d'une langue des Premières Nations. En outre, la majeure partie des adultes des Premières Nations rapportent que l'état de la culture dans leur communauté s'est amélioré ou est au moins demeuré stable au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10.

La participation aux événements culturels communautaires est répandue chez les adultes des Premières Nations. On n'observe aucune différence des taux de participation à des événements culturels selon l'âge, ce qui laisse supposer que la participation aux événements culturels

est valorisée par toutes les générations. Il s'agit d'un constat particulièrement positif compte tenu de l'association observée entre le taux de participation aux événements culturels communautaires et le niveau de bien-être. Les répondants qui rapportent participer aux événements culturels communautaires signalent moins de dépression, perçoivent une plus grande maîtrise de leur propre vie, se sentent davantage en harmonie dans leur vie, et consomment ou abusent moins de substances licites et illicites que ceux qui n'y participent pas.

Malheureusement, il semble que la capacité à parler ou à comprendre une langue des Premières Nations soit en régression. Les adultes plus âgés des Premières Nations rapportent faire usage d'une langue des Premières Nations dans la vie de tous les jours plus souvent que les jeunes adultes. Cela est préoccupant car les langues des Premières Nations permettent d'exprimer et de transmettre les connaissances, les compétences et les valeurs culturelles d'une génération à l'autre (Centre national de collaboration de la santé autochtone, 2010). La préservation des langues des Premières Nations est essentielle à la revitalisation et à la survie de la culture traditionnelle (Battiste & Henderson, 2000).

La majorité des adultes des Premières Nations rapportent que la spiritualité traditionnelle est au moins « assez importante » à leurs yeux, ce qui ne représente pas un changement depuis l'ERS 2002-03. Le fait de considérer la spiritualité traditionnelle comme importante est associé avec un niveau de bien-être supérieur, qui comprend notamment un sentiment accru d'harmonie aux plans affectif, psychologique, spirituel et physique ainsi qu'une plus grande maîtrise de sa propre vie. Cela laisse à penser que toute démarche entreprise pour garder la spiritualité traditionnelle vivante au sein des communautés des Premières Nations porte fruit et profite à la population des Premières Nations.

On constate une légère augmentation du nombre d'adultes des Premières Nations qui rapportent avoir consulté un guérisseur traditionnel entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 (15 % vs 20 %, respectivement), ce qui laisse supposer qu'il y a possiblement un retour à des traitements plus traditionnels. Par ailleurs, selon l'ERS 2008-10, environ 40 % des adultes rapportent avoir recours aux remèdes traditionnels. Parmi ceux qui rapportent avoir recours aux remèdes traditionnels, rares sont ceux qui rapportent avoir rencontré des obstacles dans leur tentative d'accès à des remèdes traditionnels.

Il importe de souligner que, en raison de la nature transversale de l'ERS 2008-10, il n'est pas possible

d'établir le sens du lien de causalité entre la participation à la culture traditionnelle et le bien-être. Il est possible que ceux qui rapportent un plus grand niveau de bien-être prennent aussi part plus souvent à des activités culturelles traditionnelles, ou bien que ceux qui participent à des activités culturelles traditionnelles rapportent aussi un plus grand niveau de bien-être. En conséquence, les associations entre les variables relatives à la culture traditionnelle et celles relatives au bien-être devraient être interprétées avec prudence. Il conviendrait d'effectuer d'autres recherches afin de mieux comprendre la nature des associations observées.

CONCLUSIONS

Des aspects de la culture traditionnelle sont présents dans la vie de nombreux adultes des Premières Nations qui vivent dans des réserves ou des collectivités nordiques. La participation à la culture traditionnelle peut prendre de nombreuses formes, que ce soit d'assister à des événements culturels communautaires, de consulter un guérisseur traditionnel, de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations ou d'accorder de l'importance à la spiritualité traditionnelle. La participation à la culture traditionnelle s'accompagne de nombreux bienfaits, notamment d'un sentiment accru de maîtrise de sa propre vie, d'un niveau supérieur d'harmonie spirituelle, d'une consommation réduite de substances licites et illicites et de taux inférieurs de dépression. Les liens établis soulignent l'importance d'encourager et de célébrer la culture traditionnelle des Premières Nations.

RÉFÉRENCES

- Armstrong, J. (2000). A holistic education, teachings from the dance house: 'We cannot afford to lose one Native child.' In M. Kape'ahiokalani Padeken Ah Nee-Benham & C. Cooper (Eds.), *Indigenous educational Models for contemporary practice in our mother's voice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Battiste, M., & Henderson, J. (2000). *Protecting Indigenous knowledge and heritage: A global challenge*. Saskatoon, SK: Purich Publishing.
- BC Ministry of Health. (2002). *The health and well-being of aboriginal people in British Columbia, 2001*. Victoria: BC Ministry of Health, Provincial Health Officer's Annual Report.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's Premières Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 193–211.
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., & Tait, C. L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(7), 607-616.
- Kreuter, M. W., & McClure, S. (2004). The role of culture in health communication. *Annual Review of Public Health*, 25, 439–55.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health. (2009–10). *Culture and language as social determinants of Premières Nations, Inuit and Metis health*. Ottawa: Public Health Agency of Canada. Consulté à partir de http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/fact%20sheets/social%20determinates/NCCAH_fs_culture_language_EN.pdf
- Smylie, J. (2008). The health of Aboriginal peoples (Chapter 19). In D. Raphael (Ed.), *Social determinants of health: Canadian perspectives* (2nd Edition), pp. 281–301. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press Inc.
- Tait, C. (2003). *Fetal alcohol syndrome among Aboriginal people in Canada: Review and analysis of the intergenerational links to pensionnats*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES ADOLESCENTS DES PREMIÈRES NATIONS



Le questionnaire de l'ERS à l'intention des adolescents a permis de recueillir des données chez les individus âgés de 12 à 17 ans. La collecte de données s'est déroulée entre juin 2008 et novembre 2010 dans les 250 communautés des Premières Nations ciblées dans l'ensemble du Canada. Tous les individus ayant participé à l'enquête ont été choisis de façon aléatoire en utilisant la liste de membres de la bande mise à jour localement. Le questionnaire à l'intention des adolescents a été administré par autodéclaration avec un temps moyen d'administration de 30 minutes. Toutes les données d'enquête ont été recueillies sur des ordinateurs portables à l'aide du logiciel d'entrevue assistée par ordinateur (CAPI).

Un total de 4 837 adolescents des Premières Nations provenant de 216 communautés ont permis de générer les résultats des adolescents.

Chapitre 19

Ménage et cadre de vie

SOMMAIRE

Ce chapitre présente les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 sur le ménage et le cadre de vie des adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Les facteurs examinés comprennent le nombre de membres dans le ménage avec lesquels vivent les adolescents des Premières Nations et la relation des adolescents avec les autres membres du ménage. Les données révèlent que les adolescents des Premières Nations vivent dans des ménages avec plusieurs autres membres. En moyenne, les adolescents des Premières Nations vivent dans des ménages qui comptent 5,7 personnes, dont le répondant, comparativement à 2,5 personnes par ménage dans l'ensemble de la population canadienne. Les résultats révèlent également que malgré le nombre élevé de membres dans le ménage, moins de la moitié des adolescents des Premières Nations vivent avec leurs deux parents biologiques. Comparativement aux adolescents des Premières Nations qui ne vivent pas avec leurs deux parents biologiques, une proportion plus faible d'adolescents des Premières Nations qui vivent avec leurs deux parents biologiques rapportent se sentir seuls, non aimés, et stressés.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Les adolescents des Premières Nations indiquent vivre dans un ménage qui compte en moyenne 5,7 personnes, dont le répondant. En revanche, le nombre moyen de personnes dans un ménage est de 2,5 dans l'ensemble de la population canadienne (Statistique Canada, 2006).
- 18,7 % des adolescents des Premières Nations indiquent vivre avec sept personnes ou plus.
- 38,2 % des adolescents des Premières Nations vivent avec leurs deux parents biologiques; les autres adolescents vivent avec leur mère biologique mais non avec leur père biologique (39,7 %), avec leur père biologique mais non avec leur mère biologique (5,7 %), ou avec aucun de leurs parents biologiques (16,4 %).
- Parmi les 16,4 % d'adolescents des Premières Nations qui ne vivent avec aucun de leurs parents biologiques :
 - Environ la moitié (48 %) indiquent vivre avec un(des) grand(s)-parent(s);
 - Un quart (23,8 %) indiquent vivre avec une tante, un oncle ou un(e) cousin(e);
 - Très peu (5,2 %) vivent avec une personne avec laquelle ils n'ont aucun lien de parenté.
- 13,9 % des adolescents des Premières Nations qui vivent avec un parent biologique vivent également avec une belle-mère ou un beau-père.
- Une plus faible proportion d'adolescents des Premières Nations qui vivent avec leurs deux parents biologiques rapportent se sentir seuls, non aimés et déprimés, comparativement à ceux qui vivent avec un seul parent biologique.

INTRODUCTION

Ce chapitre présente les résultats de l'ERS 2008-10 sur le ménage et le cadre de vie des adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations. Le chapitre est centré sur les facteurs associés à l'environnement domestique des adolescents des Premières Nations, dont le nombre de membres dans le ménage et leur relation avec l'adolescent qui vit dans le foyer. Les associations entre le cadre de vie et le bien-être autodéclaré des adolescents des Premières Nations sont également examinées.

Facteurs domestiques et bien-être

DENSITÉ DE L'OCCUPATION ET SURPEUPLEMENT

Les adolescents des Premières Nations grandissent habituellement dans un foyer avec plusieurs autres membres. Les recherches ont montré que les ménages sur réserve comptent environ 1,5 fois plus de personnes par foyer que les ménages dans l'ensemble de la population canadienne (Affaires autochtones et Développement du Nord Canada [AADNC], 2011). Alors que le nombre de personnes par ménage est demeuré relativement stable dans l'ensemble de la population canadienne avec environ 2,5 personnes par ménage, chez les Premières Nations dans les réserves ce nombre a chuté légèrement, passant de 4 personnes par ménage en 1996 à 3,7 personnes par ménage en 2006 (AADNC, 2011). En outre, le taux de surpeuplement (défini par Statistique Canada comme la proportion de personnes qui vivent dans un foyer avec plus d'une personne par pièce (à l'exception de la salle de bain, du hall, de la salle de lavage et du cabanon)) est six fois plus élevé dans les réserves que hors réserve (Statistique Canada, 2006). La proportion de logements surpeuplés en 2006 était environ de 1,7 % dans l'ensemble de la population canadienne comparativement à 12,1 % chez les Premières Nations dans les réserves (Statistique Canada, 2006).

Dans la majeure partie des cas, le surpeuplement découle d'une nécessité plutôt que d'un choix. De nombreuses réserves font face à un manque de logements depuis des années et, malheureusement, cette pénurie de logements dans les réserves s'aggrave (AADNC, 2011). Il y a actuellement une importante liste d'attente de familles qui attendent un logement. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (2011) estime de 20 000 à 35 000 le nombre de nouvelles unités nécessaires pour répondre à la demande actuelle. L'Assemblée des Premières Nations estime plutôt ce chiffre à 85 000.

Un nombre élevé de personnes dans les ménages et le surpeuplement des logements sont préoccupants si l'on songe aux incidences qu'ils ont sur la santé mentale et physique des personnes qui y vivent. Par exemple, le surpeuplement est mis en cause dans les cas de relations tendues et d'interactions familiales négatives (Bartlett, 1998; Youssef, Attia, & Kamel, 1998). De plus, il est prouvé que les niveaux plus élevés de densité domestique sont associés au repli social chez les jeunes et à des niveaux inférieurs de réceptivité des parents aux besoins de leur enfant (Bradley & Caldwell, 1984; Evans, Maxwell, & Hart, 1999).

RELATION AVEC LES OCCUPANTS

Malgré le nombre élevé de membres dans les ménages, les familles monoparentales sont chose courante dans les communautés des Premières Nations. Un peu moins du tiers (31 %) des enfants des Premières Nations âgés de 14 ans et moins vivent avec une mère monoparentale, ce qui est plus de deux fois la proportion de 14 % que l'on retrouve chez les enfants dans l'ensemble de la population canadienne. De même, 6 % des enfants des Premières Nations âgés de 14 ans et moins vivent avec un père monoparental, comparativement à seulement 3 % de leurs pairs dans l'ensemble de la population canadienne (Statistique Canada, 2006). Les familles monoparentales ont toujours été associées à des issues moins favorables pour les enfants, dont des niveaux de toxicomanie et de consommation d'alcool plus élevés, un nombre plus élevé d'infractions criminelles, une estime de soi moins élevée, et des résultats scolaires plus faibles (Astone & McLanahan, 1991; Covey & Tam, 1990; Dornbusch et al., 1985; Parish, 1991).

La présence d'un soutien familial peut pallier certains aspects négatifs associés aux familles monoparentales (Elliott, 2009). Le fait de partager son foyer avec la famille élargie ou d'autres membres de la communauté offre la possibilité de partager les responsabilités et assure un soutien additionnel pour l'éducation et le soin des enfants (Canada First Nations Families, 2011). Ainsi, les adolescents qui vivent avec un seul parent biologique et avec des membres de leur famille élargie sont peut-être protégés des effets négatifs qui peuvent être associés aux familles monoparentales.

En résumé, des liens ont été démontrés entre le cadre de vie et le développement comportemental et cognitif ultérieur. Ce chapitre tente de brosser un tableau plus clair de la structure du ménage des adolescents des Premières Nations et de l'effet qu'il a sur leur bien-être affectif.

MÉTHODOLOGIE

Structure du ménage

Les adolescents des Premières Nations ont dû indiquer avec combien de personnes ils vivent « au moins la moitié du temps » parmi les groupes d'âge suivants : enfants de 11 ans et moins, adolescents de 12 à 17 ans, et adultes de 18 ans et plus. Ces variables ont été combinées pour déterminer le nombre de membres dans le ménage.

Les adolescents des Premières Nations ont également été invités à indiquer avec qui ils vivent « la plupart du temps ». Les adolescents devaient cocher toutes les réponses applicables parmi 15 réponses possibles (par ex., mère biologique, père biologique).

État de santé général et santé mentale

Les adolescents des Premières Nations ont été invités à évaluer leur état de santé général et leur santé mentale : les réponses possibles comprenaient « excellent », « **très bon** », « **bon** », « **passable** », et « **mauvais** ». Ils devaient ensuite évaluer la mesure dans laquelle ils se sentent seuls, aimés, et stressés; les réponses possibles étaient « pas du tout », « un peu », « modérément », « assez », et « **beaucoup** ». Finalement, les adolescents des Premières Nations ont été invités à indiquer s'ils s'étaient sentis tristes ou déprimés pendant deux semaines ou plus au cours des 12 mois précédant l'Enquête.

RÉSULTATS

Nombre de membres dans le ménage

Les adolescents des Premières Nations rapportent vivre avec 5,7 personnes en moyenne (incluant le répondant; 95 % IC [5,4, 5,8]).

Environ un cinquième des adolescents des Premières Nations rapportent vivre avec sept personnes ou plus (à l'exception d'eux-mêmes; voir Tableau 19.1), ce qui indique un possible surpeuplement.

Tableau 19.1. Nombre de personnes avec lesquelles les adolescents vivent (à l'exception du répondant)

Nombre de personnes	% [95 % IC]
0 (vivent seuls)	0,5 [0,3, 0,8] ^E
1	5,3 [4,5, 6,1]
2	13,1 [11,7, 14,6]
3–4	38,2 [35,9, 40,6]
5–6	24,3 [22,6, 26,0]
7–8	11,4 [10,1, 12,9]
9 ou plus	7,3 [5,7, 9,2]

Note. IC = intervalle de confiance

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage, Interpréter les données avec prudence.

Adolescents qui vivent avec leurs parents biologiques

Environ 4 adolescents des Premières Nations sur 10 (38,2 %) rapportent vivre avec leurs deux parents biologiques la plupart du temps. Par ailleurs, 39,7 % rapportent vivre avec leur mère biologique mais non avec leur père biologique la plupart du temps (voir Tableau 19.2).

Tableau 19.2. Proportion d'adolescents qui vivent avec leur(s) parent(s) biologique(s) la plupart du temps

Statut relatif au fait de vivre avec les parents biologiques	% [95 % IC]
Avec aucun des parents biologiques	16,4 [14,9, 18,1]
Avec mère biologique mais non avec père biologique	39,7 [37,4, 42,0]
Avec père biologique mais non avec mère biologique	5,7 [4,9, 6,7]
Avec les deux parents biologiques	38,2 [36,0, 40,4]

Adolescents qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques

Parmi les 16,4 % d'adolescents des Premières Nations qui rapportent vivre sans leurs parents biologiques, environ la moitié (48 %, 95 % IC [43,8, 52,3]) rapportent vivre avec leur(s) grand(s)-parent(s); 23,8 % (95 % IC [20,2, 27,9]) rapportent vivre avec une tante, un oncle ou un(e) cousin(e); 7,1 % (95 % IC [4,9, 10,3]) rapportent vivre avec leur copain, leur copine ou leur conjoint(e); 7,4 % (95 % IC [5,6, 9,7]) rapportent vivre avec une mère adoptive ou un père adoptif; et 4,7 % (95 % IC [3,4, 6,3]) rapportent vivre avec un homme ou une femme sans lien de parenté.

Parent biologique et beau-parent

Peu d'adolescents des Premières Nations qui rapportent vivre avec un parent biologique vivent également avec une belle-mère ou un beau-père. Seuls 13,7 %

des adolescents des Premières Nations qui rapportent vivre avec leur mère biologique vivent également avec un beau-père; de même, seuls 12,7 % des adolescents des Premières Nations qui rapportent vivre avec leur père biologique vivent également avec une belle-mère.

Nombre de membres dans le ménage et bien-être

ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL ET SANTÉ MENTALE (EN RELATION DE NOMBRE DE MEMBRES DANS LE MÉNAGE)

Le bien-être général et mental des adolescents des Premières Nations ne varie pas en fonction du nombre de personnes avec lesquelles ils déclarent vivre.

PERCEPTIONS DE SOLITUDE, D'AMOUR, DE STRESS ET DE DÉPRESSION (EN RELATION DE NOMBRE DE MEMBRES DANS LE MÉNAGE)

La proportion d'adolescents des Premières Nations qui rapportent se sentir seuls ou aimés varie selon le nombre de personnes avec lesquelles ils vivent. Une plus grande proportion d'adolescents des Premières Nations qui vivent avec seulement une autre personne rapportent se sentir seuls et non aimés, comparativement à ceux qui vivent avec plus d'une personne (voir Tableau 19.3). On n'observe aucune association claire entre le nombre de membres dans un ménage et les niveaux de stress et de dépression rapportés.

Tableau 19.3. Proportion d'adolescents qui rapportent se sentir seuls, aimés, stressés et déprimés, selon le nombre de membres dans le ménage

Membres dans le ménage (à l'exception du répondant)	« Modérément à très » seuls % [95 % IC]	« Pas du tout à modérément » aimés % [95 % IC]	« Assez à très » stressés % [95 % IC]	Symptôme de dépression % [95 % IC]
1	21,9 [16,5, 28,4]	25,0 [17,9, 33,8]	14,6 [10,0, 20,8] ^E	35,2 [26,4, 45,1]
2	11,0 [8,2, 14,7]	18,8 [14,7, 23,7]	15,2 [12,0, 19,0]	20,0 [15,8, 24,9]
3-4	12,2 [10,4, 14,4]	18,3 [16,1, 20,7]	12,2 [10,4, 14,3]	25,3 [22,7, 28,2]
5-6	14,6 [11,7, 18,1]	18,3 [15,6, 21,4]	13,4 [10,7, 16,6]	25,5 [22,3, 29,1]
7-8	13,2 [8,7, 19,6] ^E	15,1 [11,9, 19,1]	8,8 [6,4, 12,1]	21,0 [16,7, 25,9]
9 ou plus	14,2 [8,4, 23,1] ^E	20,4 [13,8, 29,2] ^E	16,1 [9,2, 26,6] ^E	35,0 [26,2, 44,9]

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; interpréter avec prudence.

Structure familiale et bien-être

ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL ET SANTÉ MENTALE (EN RELATION DE STRUCTURE FAMILIALE)

Une plus faible proportion d'adolescents des Premières Nations qui vivent avec leurs deux parents biologiques rapportent un état de santé général et une santé mentale passables/mauvais (en opposition à bon/très bon/excellent), comparativement à ceux ayant une autre structure familiale (voir Tableau 19.4).

PERCEPTIONS DE SOLITUDE, D'AMOUR, DE STRESS ET DE DÉPRESSION (EN RELATION DE STRUCTURE FAMILIALE)

Une plus faible proportion d'adolescents des Premières Nations qui vivent avec leurs deux parents biologiques

rapportent se sentir seuls, stressés et déprimés, et une plus grande proportion rapportent se sentir aimés, comparativement aux adolescents ayant une autre structure familiale. Environ un quart des adolescents des Premières Nations qui rapportent vivre avec leur père biologique mais non avec leur mère biologique ou avec aucun des deux parents biologiques se sentent «modérément» ou «pas du tout» aimés (voir Tableau 19.5).

Tableau 19.4. Proportion d'adolescents qui rapportent avoir un état de santé passable à mauvais, selon qu'ils vivent avec leurs parents biologiques ou non

Structure familiale	État de santé général « passable à mauvais » % [95 % IC]	Santé mentale « passable à mauvaise » % [95 % IC]
Ne vivent avec aucun des deux parents biologiques	9,2 [6,8, 12,4]	7,5 [5,3, 10,4]
Vivent avec la mère biologique mais non avec le père biologique	8,5 [6,8, 10,6]	7,2 [5,5, 9,3]
Vivent avec le père biologique mais non avec la mère biologique	14,5 [8,7, 23,2] ^E	11,8 [8,8, 15,8] ^E
Vivent avec les deux parents biologiques	4,6 [3,6, 5,8]	4,7 [3,6, 5,9]

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; interpréter les données avec prudence.

Tableau 19.5. Proportion d'adolescents qui rapportent se sentir seuls, aimés, stressés et déprimés, selon la structure familiale

Structure familiale	« Modérément à très » seuls % [95 % IC]	« Pas du tout à modérément » aimés % [95 % IC]	« Assez à très » stressés % [95 % IC]	Symptôme de dépression % [95 % IC]
Ne vivent avec aucun des deux parents biologiques	15,9 [12,9, 19,5]	23,8 [20,0, 28,2]	17,5 [14,5, 21,0]	33,3 [28,7, 38,2]
Vivent avec la mère biologique mais non avec le père biologique	15,6 [13,0, 18,6]	18,4 [15,3, 21,3]	14,1 [11,7, 16,9]	27,8 [24,4, 31,4]
Vivent avec le père biologique mais non avec la mère biologique	16,8 [12,1, 22,9]	24,4 [18,8, 31,0]	13,9 [9,8, 19,5] ^E	31,2 [24,8, 38,5]
Vivent avec les deux parents biologiques	9,5 [8,1, 11,1]	15,5 [13,4, 17,9]	9,6 [8,1, 11,5]	18,8 [16,7, 21,2]

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; interpréter les données avec prudence.

DISCUSSION

Les résultats révèlent qu'environ 40 % des adolescents des Premières Nations rapportent vivre avec leurs deux parents biologiques au moins la plupart du temps. Ce cadre de vie précis semble avoir un effet protecteur sur le bien-être affectif des adolescents des Premières Nations. Les adolescents des Premières Nations qui vivent avec leurs deux parents biologiques se sentent moins souvent seuls ou déprimés et indiquent se sentir aimés plus souvent que les adolescents des Premières Nations qui ne vivent pas avec leurs deux parents biologiques. Ces résultats concordent avec ceux de recherches antérieures qui ont démontré des effets positifs pour les adolescents liés au fait de vivre avec plus d'un adulte (voir, par exemple, Astone & McLanahan, 1991; Covey & Tam, 1990; Dornbusch et al., 1985; Parish, 1991).

Bien que les adolescents des Premières Nations qui sont

élevés par un père biologique ou une mère biologique ne diffèrent pas beaucoup en ce qui a trait au bien-être, à l'exception des adolescents vivant uniquement avec leur mère biologique qui indiquent se sentir plus aimés, les résultats donnent à penser que les familles de mères monoparentales bénéficient d'un grand soutien. Les adolescents des Premières Nations qui rapportent vivre uniquement avec leur mère biologique la plupart du temps vivent également avec des membres de la famille élargie, tels que les grands-parents, les oncles, les tantes ou les cousin(e)s, plus souvent que ceux qui rapportent vivre uniquement avec leur père biologique.

Les adolescents des Premières Nations vivent avec plusieurs membres du ménage au moins la moitié du temps. Ces résultats suggèrent que les adolescents des Premières Nations semblent être bien entourés par des membres de la famille et(ou) de la communauté. Contrairement aux résultats précédents, on n'observe aucun lien entre un

nombre élevé de membres dans le ménage et des effets négatifs sur le bien-être affectif des adolescents des Premières Nations. Au contraire, les résultats les plus préoccupants proviennent des adolescents des Premières Nations qui rapportent vivre uniquement avec une autre personne. Quoi qu'il en soit, un nombre élevé de membres dans le ménage concorde avec les résultats à l'effet que les familles des Premières Nations ont un besoin criant de logements afin de prévenir le surpeuplement.

Il est important de noter que la recherche actuelle n'a pas évalué le surpeuplement (défini comme le fait d'avoir plus d'une personne par pièce habitable), ni le nombre de personnes dans un ménage par logement. L'Enquête a plutôt regardé avec combien de personnes les adolescents des Premières Nations vivent au moins la moitié du temps. Il s'avère que les adolescents des Premières Nations ont peut-être rapporté vivre avec plusieurs personnes parce qu'ils vivent dans plus d'un foyer. Les prochaines recherches pourraient plutôt évaluer le nombre de personnes dans le ménage sous un même toit.

De plus, en raison de la nature transversale de l'Enquête, il n'est pas clair si les facteurs relatifs au ménage influent sur le bien-être ou si cette association n'est pas plutôt due à d'autres facteurs que le logement, comme le niveau de revenu du ménage. Dans ce contexte, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

CONCLUSIONS

En résumé, les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les réserves ou dans les collectivités nordiques vivent, en moyenne, avec au moins quatre autres personnes. Il arrive souvent que le ménage ne comprenne pas les deux parents biologiques, en effet, seuls 40 % des adolescents des Premières Nations vivent avec les deux parents biologiques; il semble plutôt que les adolescents des Premières Nations partagent leur foyer avec un parent biologique et d'autres enfants, adolescents et adultes.

La présente recherche révèle que, quel que soit le nombre de membres dans le ménage, les adolescents des Premières Nations qui vivent uniquement avec un parent biologique ou aucun des parents biologiques semblent plus vulnérables aux difficultés liées au bien-être affectif : ces adolescents des Premières Nations rapportent se sentir moins aimés et davantage seuls. Ces résultats laissent croire que les adolescents des Premières Nations qui ne vivent pas avec leurs deux parents biologiques ont peut-être besoin d'un plus grand soutien. D'autres travaux de recherche sont nécessaires pour examiner quels facteurs peuvent aider

à accroître le bien-être affectif des adolescents des Premières Nations dans des familles monoparentales.

RÉFÉRENCES

- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2011). Evaluation of INAC's On-Reserve Housing Support. Evaluation, Performance Measurement, and Review Branch Audit and Evaluation Sector. Project Number: 1570-7/07068. Consulté à partir de : <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/aiarch/arp/ae/pubs/ev/orhs/orhs-eng.asp#exe>. Consulté en février 2011.
- Affaires indiennes et du Nord Canada. (2005). *First Nations Housing* (en ligne).
- Astone, N. M., & McLanahan, S. (1991). Family structure, parental practices and high school completion. *American Sociological Review*, 6, 309–20.
- Bartlett, S. (1998). Does inadequate housing perpetuate children's poverty? *Childhood*, 5, 403–20.
- Bradley, R. H., & Caldwell, B. (1984). The home inventory and family demographics. *Developmental Psychology*, 20, 315–20.
- Canada First Nations Families. (2011). Consulté à partir de : <http://family.jrank.org/pages/199/Canada-First-Nations-Families.html>>>Canada First Nations Families. Consulté en février 2011.
- Covey, L. S., & Tam, D. (1990). Depressive mood, the single-parent home, and adolescent cigarette smoking. *American Journal of Public Health*, Vol. 80, 1330–33.
- Dornbusch, S. M., Carlsmith, J. M., Bushwall, S. J., Ritter, P. L., Leiderman, H., Hastorf, A. H., & Gross, R. T. (1985). Single parents, extended households and, and the control of adolescents. *Child Development*, 45, 326–41.
- Elliott, D. B. (2009). How nuclear is the nuclear family? Extended family investments in Children. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 70(1A), 363pp.
- Evans, G. W., Maxwell, L., & Hart, B. (1999). Parental language and verbal responsiveness to children in crowded homes. *Developmental Psychology*, 35, 1020–23.
- Parish, T. S. (1991). Ratings of self and parents by youth: Are they affected by family status, gender and birth order? *Adolescence*, 26, 105–12.
- Statistique Canada. (2006). 2006 Census: Aboriginal Peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations, 2006 Census. 2006 Analysis series, Report number: 97-558-XIE2006001. Consulté à partir de : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/note-eng.cfm> (consulté en février 2011).
- Youssef, R. M., Attia, M., & Kamel, M. I. (1998). Children experiencing violence I: Parental use of corporal punishment. *Child Abuse and Neglect*, 22, 959–73.

Chapitre 20

Éducation et langue

SOMMAIRE

L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 constitue la base de l'analyse de la performance scolaire et de la compréhension linguistique chez les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques des Premières Nations. Au nombre des indicateurs utiles en matière de performance scolaire, on note : l'assiduité scolaire, la reprise d'une année, l'attitude envers l'école et les troubles d'apprentissage. En ce qui a trait à la langue, environ un cinquième (21,5 %) des adolescents des Premières Nations rapportent utiliser une langue des Premières Nations dans leur vie de tous les jours et environ la moitié des adolescents (56,3 %) indiquent être en mesure de comprendre ou de parler une langue des Premières Nations. En ce qui a trait à l'éducation, la majorité des adolescents des Premières Nations rapportent fréquenter l'école actuellement (87,7 %). Par rapport aux difficultés scolaires, 34,4 % rapportent avoir doublé une année et 39,0 % rapportent avoir des troubles d'apprentissage à l'école. Les résultats de l'ERS présentent différents prédicteurs de succès académique. Le succès académique chez les adolescents (par ex., fréquenter l'école, aimer l'école, ne pas échouer de cours, l'absence de trouble d'apprentissage) est associé à une bonne santé générale, au fait d'avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, de se sentir aimé et en harmonie, d'avoir des parents avec une scolarité supérieure, d'éviter la consommation de substances, et de ne pas être actif sexuellement actuellement.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Plus d'un cinquième (21,5 %, 95 % IC [$\pm 1,8$]) des adolescents des Premières Nations utilisent une langue des Premières Nations dans leur vie quotidienne, et 56,3 % (95 % IC [$\pm 3,7$]) comprennent ou parlent une langue des Premières Nations. En outre, 86,1 % des adolescents des Premières Nations estiment qu'il est « très important » ou « assez important » d'apprendre une langue des Premières Nations.
- Plus de quatre cinquièmes (85,7 %) des adolescents des Premières Nations estiment que les événements culturels traditionnels jouent un rôle « très important » ou « assez important » dans leur vie.
- La majorité des adolescents des Premières Nations (87,7 %) indiquent fréquenter actuellement l'école.
- La majorité (80,5 %) des adolescents des Premières Nations indiquent aimer aller à l'école « beaucoup » ou « moyennement ».
- Comparativement à l'ERS 2002-03, moins d'adolescents indiquent avoir doublé une année (41,7 % dans l'ERS 2002-03 vs 34,4 % dans l'ERS 2008-10).
- Un peu moins de 40 % (39,0 %, 95 % IC [$\pm 2,2$]) des adolescents des Premières Nations indiquent avoir des problèmes d'apprentissage à l'école, ce qui représente une baisse comparativement aux 43,6 % dans l'ERS 2002-03.
- Lorsqu'ils ont été invités à indiquer le plus haut niveau de scolarité qu'ils aimeraient atteindre :
 - 23,4 % ont indiqué un diplôme d'études secondaires
 - 20,7 % ont indiqué un diplôme d'études collégiales
 - 5,4 % ont indiqué un diplôme d'une école de métiers ou d'études techniques
 - 23,8 % ont indiqué un diplôme universitaire
 - 7,3 % ont indiqué un diplôme d'études professionnelles
 - 6,0 % ont indiqué une maîtrise ou un doctorat
 - 12,4 % étaient incertains par rapport à leurs ambitions scolaires
- Chez les adolescents, les signes de succès scolaire (par ex., fréquenter l'école, aimer aller à l'école, pas de cours échoués, aucun problème d'apprentissage) sont positivement associés :
 - À un bon état de santé
 - À un régime alimentaire nutritif et équilibré
 - À un niveau de scolarité élevé des parents
 - À la non-consommation de substances
 - Au sentiment d'être aimé, mais pas à celui d'être seul ou stressé
 - À ne pas être sexuellement actif actuellement

INTRODUCTION

La façon la plus précise de mesurer la performance scolaire consiste à examiner la fréquentation et l'absentéisme des étudiants à l'école et la proportion d'étudiants qui rapportent avoir doublé une année (Barro & Kolstad, 1987; Janosz, LeBlanc, Boulerice, & Tremblay, 1997; Jimerson, Anderson, & Whipple, 2002). D'autres indicateurs utiles de la performance scolaire sont l'attitude de l'étudiant face à l'école, telle que le fait d'aimer ou de ne pas aimer l'école, et les troubles d'apprentissage autodéclarés (Janosz, LeBlanc, Boulerice, & Tremblay, 1997; Miller & Plant, 1999). Bien que ces facteurs ne soient pas déterminants pour les aspirations scolaires futures des adolescents des Premières Nations, ils sont importants pour prédire la performance scolaire actuelle.

MÉTHODOLOGIE

Les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans ont été invités à répondre à une série de questions sur l'apprentissage: langue, culture traditionnelle, et éducation.

En ce qui a trait à la langue, les adolescents ont dû indiquer si la langue qu'ils utilisent le plus fréquemment au cours de la journée est une langue des Premières Nations (oui/non). Les adolescents ont également dû indiquer s'ils peuvent comprendre ou parler une langue des Premières Nations (oui/non). Finalement, les adolescents ont dû évaluer la valeur qu'ils accordent au fait d'apprendre une langue des Premières Nations (réponses recodées en 2 catégories : « très/assez important » ou « pas très important/pas important du tout »).

Par rapport à la culture traditionnelle, les adolescents ont été invités à indiquer dans quelle mesure ils valorisent les événements culturels traditionnels dans leur vie (réponses recodées en 2 catégories : « très/assez important » ou « pas très important/pas important du tout »), à quelle fréquence ils participent aux événements culturels communautaires locaux (réponses recodées en 2 catégories: « parfois/presque toujours » ou « rarement/jamais »). Finalement, les adolescents ont été invités à indiquer qui les aide à comprendre leur culture (réponses possibles : les grands-parents, les parents, les tantes et les oncles, les aînés de la communauté, d'autres membres de la parenté, les amis, les enseignants, d'autres membres de la communauté).

En ce qui concerne les variables relatives à l'éducation, les adolescents ont été invités à indiquer s'ils fréquentent actuellement l'école (oui/non), s'ils ont déjà sauté une année (oui/non), s'ils ont déjà doublé une année (oui/non), et s'ils ont des difficultés d'apprentissage à l'école (oui/non). Les adolescents qui indiquaient avoir des

difficultés d'apprentissage à l'école devaient ensuite indiquer quel type de difficultés ils ont (catégories de réponses : lecture, écriture, mathématiques, capacité d'attention limitée, trop de distractions, et difficultés à comprendre l'enseignant). Les adolescents ont également dû indiquer leurs impressions concernant l'école (5 réponses possibles : J'aime beaucoup aller à l'école, J'aime moyennement aller à l'école, Neutre, Je n'aime pas beaucoup aller à l'école, Je déteste aller à l'école) et quel niveau d'études ils souhaitent atteindre [Diplôme d'études secondaires, Diplôme d'études collégiales, Certificat d'études professionnelles ou techniques, Diplôme d'études universitaires, Diplôme d'études professionnelles, Maîtrise, Doctorat, Incertain(e)].

Des prédicteurs possibles du niveau d'études atteint ont également été examinés, dont la perception de l'état de santé général (excellent/très bon ou mauvais/passable/bon), le plus haut niveau de scolarisation des parents (études secondaires non complétées vs études secondaires complétées vs études postsecondaires complétées), le tabagisme (oui/non), le statut de consommation excessive d'alcool (défini comme 5 consommations ou plus en une seule occasion au moins une fois par mois pendant 12 mois, parmi ceux ayant rapporté une consommation d'alcool au cours des 12 mois précédents) (oui/non), la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédents (oui/non), la consommation d'autres drogues au cours des 12 mois précédents (dont la consommation sans ordonnance de cocaïne, d'amphétamines, de substances inhalées, de sédatifs et de somnifères, d'hallucinogènes, et d'opioïdes) (oui/non), et l'activité sexuelle actuelle (oui/non). D'autres prédicteurs possibles examinés sont les symptômes de dépression (se sentir triste ou déprimé pendant 2 semaines consécutives ou plus au cours des 12 mois précédents : oui/non), le sentiment d'être seul, stressé et aimé (réponses possibles : pas du tout vs modérément vs assez), et le sentiment d'harmonie aux plans physique, psychologique, spirituel et affectif (la plupart du temps/tout le temps vs presque jamais/parfois).

RÉSULTATS

COMPÉTENCE LINGUISTIQUE

Plus d'un cinquième (21,5 %) des adolescents des Premières Nations rapportent que c'est une langue des Premières Nations qu'ils utilisent le plus souvent dans leur vie de tous les jours. Plus de la moitié des adolescents des Premières Nations peuvent comprendre ou parler une langue des Premières Nations [56,3 % (95 % IC [$\pm 2,7$])]. De plus, 86,1 % des adolescents des Premières Nations estiment

qu'il est « très important » ou « assez important » d'apprendre une langue des Premières Nations.

SAVOIR TRADITIONNEL

Les adolescents des Premières Nations ont été invités à indiquer qui les aide à comprendre leur culture. Les grands-parents et les parents sont les deux réponses données le plus souvent à 53,7 % et 51,7 %, respectivement, suivies par les enseignants (31,2 %), les tantes et les oncles (30,0 %), les aînés de la communauté (22,5 %), d'autres membres de la parenté (22,3 %), et les amis (13,3 %) (95 % IC [$\pm 2,3$], [$\pm 2,0$], [$\pm 2,2$], [$\pm 2,1$], [$\pm 2,1$], [$\pm 1,9$] et [$\pm 1,8$], respectivement).

La vaste majorité (85,7 %) des adolescents des Premières Nations estiment qu'il est « très important » ou « assez important » de participer aux événements culturels traditionnels, et 74,2 % des adolescents des Premières Nations participent « toujours/presque toujours » ou « parfois » à ces événements. L'importance des événements culturels traditionnels a augmenté chez les adolescents des Premières Nations depuis l'ERS 2002-03, alors que seuls 54,8 % des adolescents des Premières Nations estimaient qu'il était important de participer à des événements culturels traditionnels.

ASSIDUITÉ SCOLAIRE

La majorité de adolescents des Premières Nations (87,7 %) rapportent fréquenter l'école actuellement. Une plus faible proportion d'adolescents plus âgés rapportent fréquenter l'école comparativement aux adolescents plus jeunes : 95,3 % de ceux âgés de 12 et 13 ans, 90,3 % de ceux âgés de 14 et 15 ans, et 77,2 % de ceux âgés de 16 et 17 ans (95 % IC [$\pm 1,9$], [$\pm 1,6$], [$\pm 2,6$], et [$\pm 3,4$]).

REPRISE D'UNE ANNÉE

En tout, 34,4 % des adolescents des Premières Nations rapportent avoir doublé une année, comparativement à 41,7 % dans l'ERS 2002-03. Le fait d'avoir doublé une année tend à augmenter avec l'âge : 22,3 % chez ceux âgés de 12 et 13 ans, 33,4 % chez ceux âgés de 14 et 15 ans, et 47,7 % chez ceux âgés de 16 et 17 ans (95 % IC [$\pm 2,6$], [$\pm 2,0$], [$\pm 2,5$], et [$\pm 4,2$]).

SAUT D'UNE ANNÉE

Environ 10 % (10,2 %) des adolescents des Premières Nations rapportent avoir sauté une année en raison de leur performance académique supérieure. Cette situation tend également à augmenter avec l'âge : 7,2 % chez ceux âgés de 12 et 13 ans, 10,3 % chez ceux

âgés de 14 et 15 ans, et 13,1 % chez ceux âgés de 16 et 17 ans (95 % IC [$\pm 1,8$], [$\pm 2,1$], [$\pm 2,6$] et [$\pm 3,7$]).

DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE

Un peu moins de 40 % (39,0 %, 95 % IC [$\pm 2,2$]) des adolescents des Premières Nations rapportent avoir des difficultés d'apprentissage à l'école, ce qui est une réduction par rapport aux 43,6 % dans l'ERS 2002-03. On n'observe aucune association entre l'âge et les difficultés d'apprentissage rapportées. Parmi ceux ayant rapporté des difficultés d'apprentissage à l'école, environ la moitié indiquent que la plupart de leurs difficultés se manifestent en mathématiques (52,8 %). Parmi les autres difficultés d'apprentissage, on note : trop de distractions (39,3 %), la lecture (33,1 %), l'écriture (28,9 %), de la difficulté à comprendre l'enseignant (28,1 %), et une capacité d'attention limitée (20,6 %) (95 % IC [$\pm 3,4$], [$\pm 3,5$], [$\pm 3,4$], [$\pm 2,8$], [$\pm 3,0$] et [$\pm 2,7$], respectivement).

PERCEPTIONS À L'ÉGARD DE L'ÉCOLE

La majorité des adolescents des Premières Nations (80,5 %, 95 % IC [$\pm 1,7$]) rapportent aimer aller à l'école « beaucoup », ou « moyennement ». La proportion d'adolescents qui indiquent aimer aller à l'école décroît à mesure que l'âge augmente : 82,7 % des adolescents âgés de 12 et 13 ans, 80,7 % des adolescents âgés de 14 et 15 ans, et 77,8 % des adolescents âgés de 16 et 17 ans.

ASPIRATIONS RELATIVES AUX ÉTUDES

Un peu plus du cinquième (23,4 %) des adolescents des Premières Nations rapportent que le diplôme d'études secondaires est le plus haut niveau d'études qu'ils désirent atteindre. Un peu moins du cinquième (20,7 %) rapportent vouloir obtenir un diplôme d'études collégiales; 5,4 % rapportent vouloir obtenir un certificat d'études professionnelles ou techniques; 23,8 % rapportent vouloir obtenir un baccalauréat; 7,3 % rapportent vouloir obtenir un diplôme d'études professionnelles; et 6,0 % rapportent vouloir obtenir une maîtrise ou un doctorat. Un certain nombre d'adolescents des Premières Nations (12,4 %) rapportent être incertains par rapport à leurs ambitions scolaires.

PRÉDICTEURS DE SUCCÈS ACADÉMIQUE

ÉTAT DE SANTÉ ET APPORT ALIMENTAIRE

Une plus grande proportion d'adolescents qui perçoivent leur état de santé comme très bon ou excellent fréquentent actuellement l'école, et une plus faible proportion rapportent avoir doublé une année ou avoir des

difficultés d'apprentissage à l'école, comparativement aux adolescents dont l'état de santé est mauvais ou passable (voir Tableau 20.1). De plus, une plus grande proportion d'adolescents dont l'état de santé est très bon ou excellent rapportent aimer beaucoup aller à l'école, comparativement aux adolescents dont l'état de santé est bon à mauvais. Finalement, ce groupe rapporte également de plus hautes aspirations académiques; par exemple, une plus grande proportion d'adolescents dont l'état de santé est très bon ou excellent rapportent souhaiter compléter des études universitaires (26,4 %), comparativement à ceux dont l'état de santé est mauvais à bon (18,9 %).

Tableau 20.1. Performance scolaire, selon l'état de santé général

	À l'école actuellement % [95 % IC]	Année reprise % [95 % IC]	Difficultés d'apprentissage % [95 % IC]
État de santé excellent ou très bon	89,5 [±2,7]	30,1 [±4,1]	32,4 [±2,5]
État de santé mauvais à bon	84,2 [±2,3]	42,7 [±4,1]	52,0 [±3,3]

Une plus grande proportion d'adolescents qui ont « parfois ou toujours » un régime alimentaire nutritif rapportent fréquenter l'école actuellement (89,8 % vs 81,1 %), aimer aller à l'école beaucoup (37,5 % vs 27,9 %), et souhaiter obtenir un diplôme universitaire (25,5 % vs 20,1 %), comparativement aux adolescents qui ont « rarement » ou n'ont « jamais » un régime alimentaire nutritif. Par ailleurs, une plus faible proportion de ceux qui ont parfois ou toujours un régime alimentaire nutritif rapportent avoir doublé une année (30,9 % vs 44,8 %) ou avoir des difficultés d'apprentissage à l'école (35,1 % vs 50,2 %), comparativement aux adolescents qui ont « rarement » ou n'ont « jamais » un régime alimentaire nutritif.

NIVEAU DE SCOLARITÉ DES PARENTS

Comparativement aux adolescents dont les parents ont complété des études secondaires ou postsecondaires, les adolescents dont les parents n'ont pas terminé leurs études secondaires affichent une prévalence moins élevée de fréquentation scolaire actuelle, et une prévalence plus élevée de reprise d'année. En ce qui a trait aux difficultés d'apprentissage, on n'observe aucune variation statistique entre les adolescents dont les parents n'ont pas terminé leurs études secondaires et ceux dont les parents ont complété des études secondaires ou postsecondaires (voir Tableau 20.2).

Tableau 20.2. Performance scolaire des adolescents des Premières Nations, selon le niveau de scolarité des parents

	À l'école actuellement % [95 % IC]	Année reprise % [95 % IC]	Difficultés d'apprentissage % [95 % IC]
Parents n'ont pas complété études secondaires	82,6 [±4,3]	41,1 [±3,3]	38,4 [±4,1]
Parents ont complété études secondaires	89,0 [±2,3]	29,5 [±3,9]	38,6 [±3,5]
Parents ont complété études postsecondaires	93,0 [±1,6]	27,5 [±4,1]	39,5 [±3,7]

FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

La proportion d'adolescents qui fréquentent actuellement l'école est plus élevée chez ceux qui rapportent se sentir davantage aimés, moins seuls et moins stressés, tandis que la proportion d'adolescents qui ont doublé une année ou rapportent des difficultés d'apprentissage est moins élevée (voir Tableau 20.3).

Tableau 20.3. Performance académique des adolescents des Premières Nations, selon les facteurs affectifs

État de santé général	À l'école actuellement % [95 % IC]	Année reprise % [95 % IC]	Difficultés d'apprentissage % [95 % IC]
	Oui	Oui	Oui
Se sentent seuls			
Jamais/un peu	88,2 [±1,8]	32,0 [±2,3]	36,5 [±2,1]
Modérément	91,7 [±4,5]	42,9 [±10,2]	48,9 [±9,2]
Assez	83,0 [±6,1]	48,9 [±8,2]	56,3 [±7,6]
Se sentent aimés			
Jamais/un peu	81,5 [±7,0]	42,8 [±6,3] ^E	47,8 [±6,9]
Modérément	85,4 [±7,0]	29,9 [±6,7]	46,1 [±7,6]
Assez	88,7 [±2,0]	33,1 [±2,7]	37,0 [±2,3]
Se sentent stressés			
Jamais/un peu	88,1 [±2,5]	32,6 [±2,5]	35,9 [±2,3]
Modérément	92,5 [±3,1]	31,7 [±5,5]	46,5 [±6,1]
Assez	84,6 [±3,9]	41,9 [±5,3]	51,3 [±5,5]

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage. Utiliser les données avec prudence.

En général, la proportion d'adolescents qui rapportent

fréquenter l'école et aimer aller à l'école est plus grande chez ceux qui se sentent en harmonie (« la plupart du temps ou toujours ») [aux plans physique, affectif, psychologique et spirituel], comparativement à ceux qui se sentent moins en harmonie (« jamais ou parfois »). En revanche, la proportion d'adolescents qui ont doublé une année et qui rapportent des difficultés d'apprentissage est plus grande chez les adolescents qui se sentent moins en harmonie (« jamais ou parfois »), comparativement à ceux qui se sentent en harmonie (« la plupart du temps ou toujours »).

Une plus faible proportion d'adolescents qui indiquent s'être sentis tristes ou déprimés pendant 2 semaines consécutives rapportent fréquenter l'école actuellement (82,7%, 95 % IC [±4,7]) comparativement aux adolescents qui n'ont aucun symptôme de dépression (89,2 %, 95 % IC [±2,0]). En revanche, une plus grande proportion d'adolescents ayant des symptômes de dépression rapportent avoir des difficultés d'apprentissage (54,1%, 95 % IC [±4,7]), comparativement aux adolescents qui n'ont pas de symptômes de dépression (31,9 %, 95 % IC [±2,3]).

CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE MÉDICAMENTS SANS ORDONNANCE

De façon générale, une plus grande proportion d'adolescents qui consomment des substances [i.e., tabagisme, consommation excessive d'alcool (5 consommations ou plus en une seule occasion au moins une fois par mois pendant 12 mois), consommation de cannabis au cours des 12 mois précédents, consommation d'autres drogues au cours des 12 mois précédents (i.e., cocaïne, amphétamines, substances inhalées, sédatifs et somnifères, hallucinogènes, et opioïdes)] rapportent avoir doublé une année et avoir des difficultés d'apprentissage, comparativement aux adolescents qui ne consomment pas de substances. Ceux qui ne consomment pas de substances sont plus susceptibles de rapporter fréquenter l'école actuellement et aimer aller à l'école, comparativement aux adolescents qui consomment des substances (voir Tableau 20.4).

Tableau 20.4. Performance scolaire des adolescents des Premières Nations, selon la consommation de substances

		À l'école actuellement % [95 % IC]	Année reprise % [95 % IC]	Difficultés d'apprentissage % [95 % IC]	Aiment « beaucoup » aller à l'école % [95 % IC]
		Oui	Oui	Oui	Oui
Consommation de substances					
Tabagisme actuel	Oui	76,5 [±3,5]	53,1 [±3,7]	47,4 [±3,7]	26,6 [±3,7]
	Non	93,1 [±1,8]	25,4 [±2,9]	35,0 [±2,5]	39,4 [±2,7]
Consommation excessive d'alcool	Oui	78,4 [±3,5]	49,7 [±4,5]	46,2 [±4,5]	22,1 [±4,7]
	Non	85,4 [±3,7]	42,2 [±5,3]	44,4 [±5,3]	30,0 [±5,1]
Consommation de cannabis au cours de l'année précédente	Oui	80,7 [±3,1]	45,5 [±3,9]	44,8 [±3,5]	27,2 [±3,7]
	Non	92,0 [±2,0]	27,1 [±2,7]	34,7 [±2,5]	40,5 [±2,7]
Consommation d'autres drogues	Oui	80,2 [±5,1]	55,6 [±5,9]	48,3 [±6,5]	22,9 [±5,5]
	Non	88,7 [±2,2]	31,7 [±2,5]	37,8 [±2,3]	36,9 [±2,3]

ACTIVITÉ SEXUELLE

Une plus grande proportion d'adolescents des Premières Nations qui sont actifs sexuellement rapportent avoir doublé une année et avoir des difficultés d'apprentissage, comparativement à ceux qui ne sont pas actifs sexuellement actuellement. En revanche, une plus grande proportion de ceux qui ne sont pas actifs sexuellement rapportent fréquenter l'école actuellement et aimer aller à l'école, comparativement à ceux qui sont actifs sexuellement actuellement (voir Tableau 20.5).

Tableau 20.5. Performance scolaire, selon l'activité sexuelle

Actifs sexuellement	À l'école actuellement % [95 % IC]	Année reprise % [95 % IC]	Difficultés d'apprentiss. % [95 % IC]	Aiment « beaucoup » aller à l'école % [95 % IC]
	Oui	Oui	Oui	Oui
Non	92,0 [±2,7]	27,2 [±2,7]	36,4 [±2,7]	40,4 [±2,7]
Oui	78,9 [±2,9]	48,5 [±3,3]	42,3 [±4,1]	25,5 [±4,1]

DISCUSSION

La majorité des adolescents des Premières Nations reconnaissent l'importance d'apprendre une langue des Premières Nations et de participer à des activités culturelles des Premières Nations. De nombreux adolescents pratiquent ce qu'ils prônent, c'est-à-dire qu'ils parlent ou comprennent une langue des Premières Nations et participent à des événements culturels. Les adolescents des Premières Nations rapportent plus souvent que ce sont leurs grands-parents et leurs parents qui les aident à comprendre leur culture des Premières Nations. Les enseignants ont également été identifiés comme une source importante contribuant à la compréhension de leur culture des Premières Nations, ce qui met en évidence l'importance d'avoir des enseignants, des assistants et d'autres intervenants compétents au plan de la culture au sein du système scolaire.

La proportion d'adolescents des Premières Nations qui fréquentent actuellement l'école décroît à mesure que l'âge croît. Cela semble refléter un taux croissant de décrochage scolaire lorsque la fréquentation de l'école cesse d'être obligatoire. Bien que la fréquentation scolaire continue d'être préoccupante, la proportion d'adolescents qui ont doublé une année a diminué depuis 2002-03 et une proportion appréciable (un sur dix) d'adolescents des Premières Nations ont sauté une année en raison de leur performance académique supérieure.

Une proportion considérable d'étudiants des Premières Nations rapportent avoir des difficultés d'apprentissage, particulièrement en ce qui concerne l'écriture, la lecture et les mathématiques. Ces statistiques, essentiellement inchangées depuis l'ERS 2002-03, pointent vers un enjeu critique dans l'éducation des adolescents des Premières Nations. Les secteurs problématiques sont les compétences essentielles requises pour réussir dans de nombreux emplois techniques et professionnels. Dans la mesure où des proportions significatives d'adolescents des Premières Nations rapportent également des difficultés d'apprentissage liées à une capacité d'attention limitée et aux distractions, il y a peut-être lieu d'évaluer l'expérience des étudiants dans leur milieu scolaire afin de concevoir des façons d'améliorer l'environnement d'apprentissage. Les adolescents des Premières Nations rapportent également des difficultés d'apprentissage liées à leur incapacité à comprendre l'enseignant, ce qui soulève des questions par rapport à la formation des enseignants, à leur compétence culturelle, et à d'autres obstacles potentiels à la compréhension de l'enseignant.

La majorité des adolescents des Premières Nations

rapportent aimer aller à l'école « beaucoup » ou « moyennement ». Malgré cela, une faible proportion d'adolescents des Premières Nations évaluent l'expérience comme négative. Il serait pertinent de se demander si cette minorité est composée des étudiants qui choisissent de décrocher de l'école ultérieurement, et quels programmes ou politiques pourraient être adoptées pour réduire cette tendance. En dépit du taux de décrochage et des difficultés d'apprentissage rapportées par certains adolescents des Premières Nations, il semble y avoir une volonté générale d'apprendre. La plupart des adolescents des Premières Nations rapportent souhaiter obtenir un diplôme supérieur à un diplôme d'études secondaires. Il serait pertinent de se demander si l'atteinte de ces aspirations académiques, en partie en porte-à-faux avec les niveaux de réussite scolaire actuels, nécessite l'élaboration de programmes qui vont au-delà de ceux du système scolaire actuel. L'issue du débat sur l'incidence des personnes modèles et de l'orientation professionnelle pourrait s'avérer déterminante dans la décision ou non de les intégrer pour contribuer à l'atteinte des aspirations académiques des adolescents des Premières Nations.

La majorité des adolescents des Premières Nations indiquent que leur état de santé général est « excellent » ou « très bon ». Les résultats de l'ERS 2008-10 donnent à penser qu'il y a une corrélation entre le niveau de santé rapporté et l'attitude positive envers l'école, et entre le niveau de santé rapporté et le niveau d'aspiration académique. Étant donné les corrélations entre la santé et l'éducation, il semble évident que les politiques en matière de santé et d'éducation doivent être élaborées de concert.

Trois variables principales – consommation d'alcool, tabagisme et activité sexuelle – ont été examinées dans le cadre de l'ERS 2002-03. Ces variables, ainsi qu'une quatrième – la consommation de médicaments sans ordonnance – ont été intégrées à l'ERS 2008-10. Ces variables relatives au comportement, qui peuvent être qualifiées d'influents autant sur les pairs que sur la société, tendent à démontrer des corrélations avec le niveau d'assiduité scolaire et le taux de reprise d'une année. Le tabagisme, en particulier, montre une forte corrélation avec la performance scolaire en général. La corrélation entre le tabagisme et la performance scolaire chez les adolescents des Premières Nations est vraisemblablement indépendante des effets ultimes du tabagisme sur la santé à long terme car celui-ci met de 20 à 40 ans à se manifester sous forme de maladie pulmonaire obstructive chronique (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2003), de cancer (Villeneuve & Mao, 1994), et de maladie cardiovasculaire (Ambrose & Barua, 2004). Les conséquences indirectes que le tabagisme peut avoir

sur l'état de santé général, dont les piètres performances scolaires, doivent être prises en compte, particulièrement chez les adolescents des Premières Nations. Les piètres performances scolaires et taux employabilité sont tous deux associées à une réduction des résultats positifs en santé à long terme (Marmot, 2007) pour les adolescents des Premières Nations qui fument durant les âges de fréquentation scolaire. Il a été démontré que le tabagisme est associé à diverses caractéristiques de la performance scolaire. Le tabagisme chez les adolescents des Premières Nations peut être considéré comme l'un des enjeux qui touchent cette population les plus faciles à régler. Les communautés des Premières Nations pourraient instituer des politiques telles que la réduction de la vente et de la distribution de cigarettes aux adolescents des Premières Nations afin de réduire la prévalence du tabagisme au sein de ce groupe. Des programmes devraient être mis sur pied afin de promouvoir l'abstinence du tabagisme chez les adolescents des Premières Nations. De tels programmes pourraient avoir une incidence positive non seulement sur la santé des adolescents des Premières Nations mais également sur leur performance scolaire et leur bien-être général.

CONCLUSIONS

De façon générale, l'ERS 2008-10 révèle à la fois des secteurs où l'on note des améliorations et des secteurs où l'on note des résultats préoccupants. Les adolescents semblent vouloir participer à des activités culturelles et apprendre à parler et comprendre une langue des Premières Nations. En ce qui a trait à l'éducation plus formelle, la majorité des adolescents rapportent être inscrits à l'école et aimer aller à l'école; de plus, les taux de reprise d'une année – quoique élevés – ont connu une diminution depuis l'ERS 2002-03. Un des enjeux plus préoccupants est le nombre élevé d'adolescents qui ont des difficultés d'apprentissage à l'école. Heureusement, l'ERS a révélé divers prédicteurs de plus grande performance scolaire. Les adolescents sont plus susceptibles de montrer des signes de succès académique (par ex., fréquenter l'école, aimer aller à l'école, ne pas échouer de cours, ne pas avoir de difficultés d'apprentissage) s'ils ont un bon état de santé général, un régime alimentaire nutritif, s'ils se sentent aimés et en harmonie, s'ils ont des parents avec une scolarisation supérieure, s'ils évitent la consommation de substances, et s'ils ne sont pas actifs sexuellement actuellement. Les programmes et les politiques qui visent à améliorer l'assiduité et la performance scolaires devraient peut-être tenir compte et intégrer les prédicteurs mentionnés pour bonifier leur efficacité.

RÉFÉRENCES

- Ambrose, J. J., & Barua, R. S. (2004). The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: An update. *J American College Cardiology*, 43, 1731–37.
- Barro, S., & Kolstad, A. (1987). Who drops out of high school? Findings from high school and beyond (Report 87-397). Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2003). Cigarette smoking-attributable morbidity—United States, 2000. *Morbidity Mortality Weekly Reports*, 52, 842–44.
- Chandler, M. J., Lalonde, C. E. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35, 191–219.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, youth and children living in First Nations communities*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Janosz, M., LeBlanc, M., Boulerice, B., & Tremblay, R. E. (1997). Disentangling the weight of school dropout predictors: A test on two longitudinal samples. *Journal of Youth & Adolescence*, 26, 733–62.
- Jimerson, S. R., Anderson, G. E., & Whipple, A. D. (2002). Winning the battle and losing the war: Examining the relation between grade retention and dropping out of high school. *Psychology in the Schools*, 39, 441–57.
- King, M., Smith, A., & Gracey, M. (2009). Indigenous perspectives on health: The underlying causes of the health gap. *Lancet*, 374, 76–85.
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370, 1153–63.
- Miller, P., & Plant, M. (1999). Truancy and perceived school performance: An alcohol and drug study of UK teenagers. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 886–93.
- RHS 2002-03 Youth Survey, Chapter 16. First Nations Centre (NAHO). First Nations Regional Longitudinal Survey 2002/03. Ottawa, 2005.°°
- Villeneuve, P. J., & Mao, Y. (1994). Lifetime probability of developing lung cancer, by smoking status, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 85, 385–88.

Chapitre 21

Activité physique et nutrition

SOMMAIRE

Un nombre croissant de preuves confirme l'augmentation de la proportion d'enfants et d'adolescents qui sont en surpoids ou obèses, une tendance largement attribuable à une diminution de l'activité physique et à un changement des habitudes alimentaires. En se fondant sur les données tirées de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10, ce chapitre présente un portrait des tendances en matière d'activité physique et de nutrition chez les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Les résultats de l'ERS 2008-10 révèlent que la moitié des adolescents des Premières Nations sont considérés comme « actifs » (49,3 %), tandis que les autres sont modérément actifs (22,6 %) ou inactifs (28,1 %). Les résultats révèlent également que moins du quart (23,7 %) des adolescents a « toujours » ou « presque toujours » un régime alimentaire nutritif et équilibré, et cette proportion diminue avec l'âge. L'importance et l'interdépendance de l'activité physique et de la nutrition sont mises en évidence par le fait qu'ils sont tous deux associés à une multitude de facteurs positifs, non seulement physiques mais également psychosociaux. Une stratégie de vie saine qui intègre et arrime activité physique et nutrition peut contribuer à l'élaboration d'interventions pour aider les adolescents des Premières Nations à atteindre et à maintenir un mode de vie sain.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Plus de la moitié (57,0 %) des adolescents des Premières Nations ont un poids normal ou ont une insuffisance pondérale, tandis que 30,0 % sont en surpoids et 13,0 % sont obèses.
- Environ la moitié (49,3 %) des adolescents des Premières Nations sont considérés comme actifs.
- La marche est l'activité physique la plus fréquemment rapportée comme activité physique que les adolescents ont pratiquée au cours de l'année précédant l'Enquête, elle est rapportée par 86,9 % des adolescents des Premières Nations. Elle est suivie de la course à pied ou du jogging (60,7 %); la natation (54,6 %); les sports d'équipe ou de compétition, tels que le hockey, le basket-ball, le baseball, la crosse, et le tennis (53,1 %); la bicyclette ou le vélo de montagne (44,6 %); les poids et haltères et les appareils de conditionnement physique (36,1 %); le patinage (30,2 %); et la pêche (29,9 %).
- 38,6 % des adolescents des Premières Nations consacrent plus de 1,5 heure à regarder la télévision en moyenne par jour; 27,0 % consacrent plus de 1,5 heure à l'ordinateur; et 29,7 % consacrent plus de 1,5 heure à jouer à des jeux vidéo (toujours en dehors de l'école ou du travail).
- Moins d'un quart (23,7 %) des adolescents des Premières Nations indiquent toujours ou presque toujours avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, tandis que pour 53,6 % c'est parfois le cas, et pour 22,7 % rarement ou jamais le cas.

INTRODUCTION

L'obésité est liée à des facteurs métaboliques ou génétiques (Dyck, Klump, & Tan, 2001); à **des facteurs environnementaux, dont l'amélioration de la technologie et les banlieues qui favorisent les véhicules motorisés** (Craig, Russell, Cameron, & Bauman, 2004); et à des facteurs comportementaux, dont un apport élevé en gras et en hydrates de carbone et un manque d'activité physique (Hanley, Harris, & Gittelsohn, 2000). Les tendances canadiennes montrent que l'apport calorique total a augmenté en raison de l'apport en hydrates de carbone, en particulier par la consommation de boissons gazeuses, à un moment où les exigences de la vie de tous les jours au point de vue physique diminuent. Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 26 % des enfants et des adolescents âgés de 2 à 17 ans sont en surpoids ou obèses (Shields, 2004). Plus précisément, la proportion d'adolescents âgés de 12 à 17 ans qui sont en surpoids ou obèses a augmenté au cours des 25 dernières années, le taux d'obésité ayant triplé en 2004 comparativement à 1978-79 (Shields, 2004).

La prévalence de l'obésité est plus élevée chez les Canadiens d'origine autochtone que dans l'ensemble de la population canadienne (Young, Dean, Flett, & Wood-Steiman, 2000). En 2004, on estimait à 41 % le pourcentage d'adolescents canadiens d'origine autochtone considérés comme en surpoids ou obèses, ce qui est environ 2,5 fois plus élevé que la moyenne nationale (Young et al., 2000). Un déséquilibre énergétique contribue au surpoids et à l'obésité, et ce déséquilibre peut résulter d'une diminution de la dépense énergétique combinée à une consommation excessive de calories. Ce chapitre se penche sur l'activité physique et certains aspects de la nutrition chez les adolescents des Premières Nations et formule des recommandations pour aider les décideurs dans les communautés des Premières Nations et les concepteurs de politiques à élaborer des stratégies visant un mode de vie sain.

L'activité physique sur une base régulière est associée à de nombreux bienfaits pour la santé, tels que la prévention des maladies chroniques et l'amélioration du bien-être psychosocial. Chez les enfants et les adolescents, l'activité physique contribue à une saine croissance et au développement, améliore la santé mentale en réduisant le stress, et augmente l'estime de soi et la condition physique (Janssen & LeBlanc, 2010). Les bénéfices à long terme d'un mode de vie actif comprennent la réduction des risques de nombreuses maladies chroniques et physiques, dont les maladies

cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, l'ostéoporose, certains cancers spécifiques (comme le cancer du côlon ou du sein), et des limitations fonctionnelles qui viennent avec l'âge (Janssen & LeBlanc, 2010; Warburton, Nicol, & Bredin, 2006).

En dépit de l'importance de l'activité physique sur une base régulière, les Canadiens, en général, ne sont toujours pas suffisamment actifs pour en tirer des bénéfices. Plus particulièrement, les niveaux d'activité demeurent assez bas chez les adolescents. Au cours des dernières années, des lignes directrices relatives aux niveaux d'activité physique requis pour une santé optimale chez les enfants et les adolescents ont été élaborées et révisées. Les plus récentes lignes directrices recommandent que les adolescents âgés de 12 à 17 ans cumulent au moins 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse quotidiennement (Warburton et al., 2006). En outre, les enfants et les adolescents âgés de 12 à 17 ans devraient pratiquer des activités d'intensité vigoureuse et visant à renforcer les muscles au moins trois jours par semaine (Tremblay et al., 2011). Selon l'Étude sur l'activité physique des jeunes au Canada (ÉAPJC) de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, seuls 12 % des enfants et des adolescents âgés de 5 à 19 ans ont cumulé assez de pas en 2007-09 pour être considérés comme suffisamment actifs (Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie [ICRCPMV], 2009). L'ÉAPJC indique que les niveaux d'activité physique, mesurés ici en nombre de pas par jour, déclinent avec l'âge. Les adolescents âgés de 15 à 19 ans font moins de pas par jour que les enfants âgés de 5 à 14 ans (ICRCPMV, 2009). Des données récentes de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) obtenues à l'aide d'accéléromètres pour mesurer les niveaux d'activité chez les enfants et les adolescents révèlent que seuls 7 % des enfants et des adolescents cumulent suffisamment d'activité pour répondre aux lignes directrices nationales (Colley et al., 2011).

Les habitudes alimentaires et le choix de régime sont également des composantes importantes à considérer. Bien que des données substantielles sur la nutrition des adolescents des Premières Nations soient relativement limitées, une étude nationale sur les habitudes alimentaires a examiné les tendances nutritionnelles des adolescents au Canada (Garriguet, 2006). Cette étude a trouvé que la consommation de fruits et de légumes chez les adolescents est relativement basse, avec une moyenne de 4,5 portions par jour. De plus, les portions de produits laitiers chutent au cours de l'adolescence; un tiers des adolescents avait consommé des aliments préparés dans un kiosque de restauration rapide le jour précédant

l'Enquête; et 25 % de toutes les calories absorbées proviennent d'« autres » aliments en dehors des quatre groupes alimentaires, tels que les boissons gazeuses, le sucre, et les huiles et les gras (Garriguet, 2006). La compréhension des divers aspects de l'apport alimentaire et des choix nutritionnels est une considération importante dans l'équation de l'équilibre énergétique.

Ce chapitre présente des données descriptives sur l'activité physique et les comportements nutritionnels des adolescents des Premières Nations tels que mesurés par l'ERS 2008-10. Ces facteurs ont été analysés séparément ainsi qu'en corrélation avec l'âge et le sexe. De plus, ces comportements ont été analysés par rapport à un cadre culturel plus vaste qui comprend le bien-être spirituel, affectif, psychologique et physique de la personne, ainsi que des facteurs sociaux et communautaires. Un tel cadre est similaire à une approche multidimensionnelle de la santé de la population ou écologique, laquelle est utilisée couramment pour les enjeux de santé. Cette approche tient compte de facteurs individuels, tels que les attitudes et les croyances; de facteurs sociaux, tels que le soutien social; de facteurs environnementaux, tels que l'environnement physique ou la géographie; de facteurs sociétaux, dont la culture et la communauté; et de facteurs relatifs aux politiques, tels que ceux au plan du Conseil de bande ou du gouvernement. Ces facteurs sont considérés comme ayant une incidence collective sur tous les comportements.

MÉTHODOLOGIE

Les mesures qui ont été calculées ou produites aux fins du présent chapitre sont résumées ci-après. Pour chaque analyse, des pondérations d'échantillonnage ont été appliquées et des relations ont été testées avec des intervalles de confiance de 95 % pour les données.

L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé selon la formule suivante :

$$\text{IMC} = \frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m)}^2}$$

Pour les fins de ces analyses, les seuils sont fondés sur des normes internationales précises pour l'âge et le sexe pour les catégories d'IMC chez les enfants.

Satisfaction par rapport au poids. Les adolescents ont été invités à indiquer leur satisfaction par rapport à leur poids. Les réponses possibles étaient : « très satisfait », « satisfait », « ni satisfait, ni insatisfait », « insatisfait », et « très insatisfait ».

Activité physique. Le niveau d'activité physique est fondé sur la dépense énergétique (DE) totale calculée à partir de la fréquence et de la durée des activités physiques rapportées pour les 12 mois précédant l'Enquête. Une valeur de l'équivalent métabolique (valeur MET), préalablement établie de façon indépendante (Ainsworth et al., 2000), a été assignée à chaque activité.

$$\text{DE} = \sum(\text{N}_i * \text{D}_i * \text{MET}_i / 365 \text{ jours})$$

N_i = nombre d'occasions de l'activité i dans une année,

D_i = durée moyenne en heures de l'activité i , et

MET_i = une valeur constante du coût énergétique métabolique de l'activité i .

Dans le cadre de la présente analyse, les adolescents des Premières Nations dont la dépense énergétique est inférieure à 1,5 kcal/kg/jour sont considérés comme inactifs; ceux dont la dépense énergétique se situe entre 1,51 kcal/kg/jour et 2,99 kcal/kg/jour sont considérés comme modérément actifs; et ceux dont la dépense énergétique est équivalente ou supérieure à 3 kcal/kg/jour sont considérés comme actifs.

Nutrition. Les adolescents ont été invités à indiquer à quelle fréquence ils ont un régime alimentaire nutritif et équilibré. Les réponses possibles étaient : « presque toujours ou toujours », « parfois », et « rarement ou jamais ».

COVARIABLES

Le comportement sédentaire a été évalué en demandant aux adolescents combien de temps, en moyenne, ils consacrent à regarder la télévision, à travailler à l'ordinateur, et à jouer à des jeux vidéo (moins de 0,5 heure, 0,5 à 1,0 heure, 1,0 à 1,5 heure, et plus de 1,5 heure).

Les adolescents ont été invités à indiquer à quelle fréquence ils consomment différents aliments traditionnels [mammifères terrestres (orignal, caribou, ours, chevreuil, bison, etc.), poisson d'eau douce, poisson de mer, autres produits de la mer ou d'eau douce (crustacés, anguilles, palourdes, algues, etc.), mammifères marins (baleine, phoque, etc.), gibier à plumes (oie, canard, etc.), petit gibier (lapin, rat musqué, etc.), baies ou autres végétaux sauvages, bannique ou pain frit, riz sauvage, soupe au maïs] au cours des 12 mois précédents. Les réponses possibles étaient : « jamais », « parfois », et « souvent ». De plus, les adolescents devaient indiquer à quelle fréquence, au cours des 12 mois précédents, quelqu'un avait partagé des aliments traditionnels avec leur ménage. Les réponses possibles étaient : « souvent », « parfois », et « jamais ».

Les adolescents ont été invités à indiquer à quelle fréquence ils consomment différents aliments et différentes boissons [lait et produits laitiers (e.g., yogourt, fromage), protéines (bœuf, poulet, porc, poisson, œufs, fèves, tofu), légumes, fruits (sauf les jus de fruits), pain/pâtes/riz/autres céréales, eau, jus, boissons gazeuses, repas minute (e.g., hamburgers, pizza, hot-dogs, frites), sucreries (e.g., bonbons, biscuits, gâteau)]. Les réponses possibles étaient : « plusieurs fois par jour », « une fois par jour », « quelques fois par semaine », « environ une fois par semaine », et « jamais ou presque jamais ».

La pratique de diverses activités parascolaires a été évaluée (équipe sportive ou cours de sport, groupe musical ou cours de musique, et groupe de chant, de danse ou de tambour traditionnel). Les réponses possibles étaient : « 4 fois ou plus par semaine », « 1 à 3 fois par semaine », « moins d'une fois par semaine » et « jamais ».

Les adolescents devaient indiquer s'ils fument des cigarettes actuellement (réponses possibles : « oui, quotidiennement », « oui, occasionnellement », et « non ») et s'ils avaient consommé de l'alcool au cours de l'année précédente (oui/non).

Les adolescents devaient indiquer s'ils ont des problèmes d'apprentissage à l'école (oui/non).

Les adolescents devaient indiquer à quelle fréquence ils se sentent en harmonie dans leur vie aux plans, physique, affectif, psychologique et spirituel en utilisant une échelle de 1 (« presque jamais ») à 4 (« en permanence »).

Le degré de maîtrise a été évalué à l'aide de l'échelle de maîtrise de soi (Pearlin & Schooler, 1978). L'échelle comprend sept énoncés pour lesquels les participants à l'enquête doivent évaluer leur accord sur une échelle de « 0 » (« pas du tout d'accord ») à 4 (« tout à fait d'accord »). Des exemples de ces énoncés sont « Je peux réaliser à peu près tout ce que je veux si je me décide vraiment à le faire » et « J'ai une certaine influence sur ce qui m'arrive ». Les scores ont été additionnés, y compris les items dont le score était inversé, pour un minimum de 0 et un maximum de 28; les valeurs plus élevées indiquant des degrés de maîtrise plus élevés.

Finalement, les adolescents ont été invités à indiquer s'ils considéreraient les éléments suivants comme des forces de leur communauté (valeurs familiales, tissu social, activités et cérémonies traditionnelles, bonnes infrastructures de loisirs, usage de la langue traditionnelle, environnement naturel, leadership fort, connaissance de la culture des Premières Nations, programmes communautaires et en santé, faible taux de suicide/criminalité/toxicomanie,

Aînés, possibilités en matière d'éducation et de formation).

Les différences entre les données ont été testées pour la signification statistique, laquelle a été établie à $p < 0,05$.

RÉSULTATS

Indice de masse corporelle. Dans l'ERS 2008-10, 57,0% des adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans ont un poids normal ou une insuffisance pondérale. Près d'un tiers (30,0 %) des adolescents des Premières Nations sont en surpoids, et 13,0 % sont obèses. On n'observe aucun changement significatif à ces proportions depuis l'ERS 2002-03 (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005). En comparaison, 20 % des adolescents âgés de 12 à 17 ans dans la population canadienne en général sont considérés comme en surpoids et 9 % sont considérés comme obèses (Shields, 2006). On n'observe aucune différence selon le sexe ou le groupe d'âge chez les adolescents des Premières Nations.

Satisfaction par rapport au poids. Les adolescents des Premières Nations ont été invités à indiquer leur degré de satisfaction par rapport à leur poids. Un peu moins du tiers (32,7 %) sont très satisfaits, 36,1 % sont assez satisfaits, 14,5 % ne sont ni satisfaits, ni insatisfaits, 10,1 % sont assez insatisfaits, et 6,6 % sont très insatisfaits. Davantage de garçons rapportent être très satisfaits de leur poids, tandis que davantage de filles rapportent être assez ou très insatisfaites de leur poids.

Étant donné la prévalence élevée de l'obésité chez les adolescents des Premières Nations, l'information sur les facteurs modifiables et potentiellement protecteurs, tels que l'activité physique et le régime alimentaire, et leur rôle dans la réduction de l'obésité, s'avère vitale. Les résultats de ce chapitre sont axés sur les niveaux d'activité physique et l'information sur le régime des adolescents des Premières Nations.

Activité physique

Selon les résultats de l'ERS 2008-10, la moitié (49,3 %) des adolescents des Premières Nations sont considérés comme actifs, 22,6 % sont considérés comme modérément actifs et 28,1 % sont considérés comme inactifs.

Une plus grande proportion de garçons des Premières Nations (56,6 %) que de filles (41,5 %) sont considérés comme actifs.

Types d'activités physiques. La marche est l'activité physique la plus fréquemment rapportée comme ayant

été pratiquée au cours de l'année précédant l'Enquête, tel que le rapportent 86,9 % des adolescents des Premières Nations. Elle est suivie de la course à pied ou jogging (60,7 %); de la natation (54,6 %); des sports d'équipe ou de compétition, tels que le hockey, le basketball, le baseball, la crosse, et le tennis (53,1 %); de la bicyclette ou du vélo de montagne (44,6 %); des poids et haltères ou des appareils de conditionnement physique (36,1 %); du patinage (30,2 %); et de la pêche (29,9 %). Moins d'un quart des adolescents des Premières Nations rapportent pratiquer la cueillette de baies ou d'autres aliments (24,3 %); la danse, notamment aérobique, traditionnelle et moderne (23,7 %); le jardinage et les travaux extérieurs (19,7 %); la chasse et le piégeage (19,3 %); la randonnée (19,3 %); le ski ou la planche à neige (17,0 %); ou les quilles (16,3 %). Moins d'un sixième des adolescents des Premières Nations rapportent pratiquer le golf (14,3 %), le canot ou le kayak (12,3 %), les cours d'aérobic ou de conditionnement physique (6,9 %), la raquette (6,5 %), ou les arts martiaux (6,1 %). De façon générale, les proportions d'adolescents des Premières Nations qui rapportent pratiquer plusieurs de ces activités physiques ont diminué entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10. La pratique de la marche, de la pêche, de la raquette, du golf, des quilles, du ski, des poids et haltères et des appareils de conditionnement physique, et des arts martiaux est demeurée relativement constante au cours de la même période.

Le Tableau 21.1 résume les différences entre les sexes en ce qui a trait à la pratique d'un certain nombre d'activités physiques et de sports. Une plus grande proportion de garçons pratiquent des sports d'équipe ou de compétition, la bicyclette ou le vélo de montagne, les poids et haltères et les appareils de conditionnement physique, la pêche, le patinage, la chasse ou le piégeage, le jardinage ou les travaux extérieurs, la randonnée, le golf, et le ski ou la planche à neige. En revanche, une plus grande proportion de filles pratiquent la marche et la danse.

Tableau 21.1. Proportion d'adolescents des Premières Nations qui pratiquent une activité physique, selon le groupe d'âge et le sexe

	Sexe		Groupe d'âge	
	Garçons (%)	Filles (%)	12-14 (%)	15-17 (%)
Marche	83,3	90,6*	85,4	88,3
Course à pied ou jogging	63,1	58,2	63,7	57,7
Sports d'équipe ou de compétition (par ex., hockey, basketball, baseball, crosse, tennis)	59,5*	46,4	56,1	50,0
Natation	54,0	55,3	61,2*	48,1
Bicyclette ou vélo de montagne	50,6*	38,2	50,4*	38,8
Haltères, appareils de conditionnement physique	46,0*	25,7	31,5	40,7*
Pêche	40,0*	19,3	32,6*	27,0
Patinage	37,4*	22,6	35,9*	24,4
Chasse, piégeage	30,4*	7,7	19,4	19,2
Jardinage, travaux extérieurs	23,6*	15,6	19,9	19,5
Cueillette de baies ou autres aliments	22,0	26,6	28,5*	19,9
Randonnée	21,9*	16,5	18,8	19,7*
Golf	21,1*	7,3	15,8	12,8
Ski ou planche à neige	19,8*	14,1	20,7*	13,2
Quilles	17,0	15,5	17,7	14,9
Canot ou kayak	14,0	10,5	12,7	11,8
Danse (aérobique, traditionnelle, moderne, etc.)	13,6	34,4*	24,9	22,5
Raquette	7,3	5,7	8,3*	4,7
Arts martiaux	7,3	4,9	6,1	6,1
Cours d'aérobic ou de conditionnement physique	5,3	8,6	7,4	6,4

* Indique une proportion considérablement plus élevée

De même, des différences selon l'âge ont été observées dans la pratique d'un certain nombre d'activités physiques et de sports (voir Tableau 21.1). Une plus grande proportion de jeunes adolescents des Premières Nations—ceux âgés de 12 à 14 ans—rapportent avoir pratiqué la natation, la pêche, le patinage, la cueillette de baies ou d'autres aliments, le ski ou la planche à neige, et la raquette au cours de l'année précédant l'Enquête que les adolescents plus âgés des Premières Nations, soit ceux âgés de 15 à 17 ans. En revanche,

une plus grande proportion d'adolescents plus âgés que d'adolescents plus jeunes rapportent avoir pratiqué la randonnée au cours de l'année précédant l'Enquête.

Activités sédentaires. Les résultats révèlent que 38,6 % des adolescents des Premières Nations rapportent consacrer plus de 1,5 heure en moyenne par jour à regarder la télévision, à lire, à jouer au bingo ou à des jeux vidéo, ou à travailler sur leur ordinateur en dehors du travail et de l'école, tandis que 24,5 % rapportent y consacrer entre 1 et 1,5 heure, et le dernier 37,0 % rapportent y consacrer une heure ou moins. Le temps passé à l'ordinateur a également été rapporté : 27,0 % des adolescents des Premières Nations rapportent y consacrer plus de 1,5 heure par jour, 19,8 % y consacrent entre 1 et 1,5 heure par jour, 23,5 % y consacrent 30 minutes à une heure par jour, et 29,6 % y consacrent moins de 30 minutes par jour. De plus, le temps consacré aux jeux vidéo a été sondé : 29,7 % des adolescents des Premières Nations rapportent y consacrer plus de 1,5 heure par jour, 16,8 % y consacrent entre 1 et 1,5 heure par jour, 19,3 % y consacrent 30 minutes à une heure par jour, et 34,2 % y consacrent moins de 30 minutes par jour.

Une plus grande proportion de filles des Premières Nations que de garçons rapporte consacrer moins de 30 minutes par jour à jouer aux jeux vidéo (56,8 % vs 16,7 %). Également, une plus grande proportion d'adolescents plus âgés des Premières Nations que d'adolescents plus jeunes Premières Nations rapportent passer plus de 1,5 heure par jour sur l'ordinateur (30,9 % vs 23,4 %).

Nutrition

Régime alimentaire nutritif et équilibré. Environ un quart (23,7 %) des adolescents des Premières Nations rapportent « toujours » ou « presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, tandis que pour 53,6 % c'est « parfois » le cas. Les autres adolescents ont « rarement » (18,0 %) ou n'ont « jamais » (4,7 %) un régime alimentaire nutritif et équilibré. Une proportion légèrement plus élevée d'adolescents des Premières Nations dans l'ERS 2008-10 que dans l'ERS 2002-03 rapportent « toujours » ou « presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, tandis que pour un peu moins d'entre eux c'est « parfois » le cas. Une plus grande proportion d'adolescents plus jeunes (âgés de 12 à 14 ans) que d'adolescents plus âgés (âgés de 15 à 17 ans) rapportent « toujours » ou « presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, tandis qu'une plus grande proportion d'adolescents plus âgés (âgés de 15 à 17 ans) que d'adolescents plus jeunes (âgés de 12 à 14 ans) rapportent que c'est « rarement » le cas (voir Figure 21.1).

Figure 21.1. Proportion d'adolescents des Premières Nations qui ont un régime alimentaire nutritif et équilibré, selon le groupe d'âge

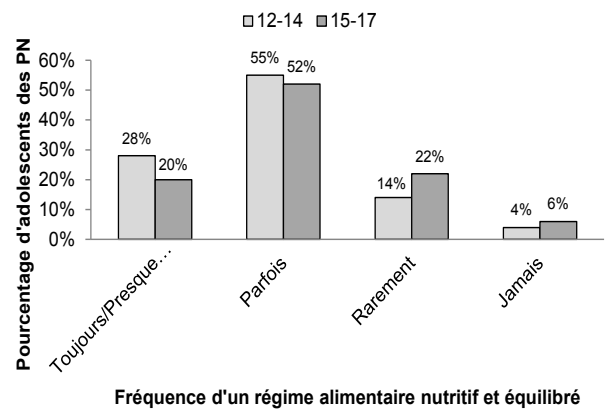


Tableau 21.2. Proportion d'adolescents des Premières Nations qui consomment des aliments précis, selon la fréquence

	Plusieurs fois par jour (%)	Une fois par jour (%)	Quelques fois par semaine (%)	Une fois par semaine (%)	Jamais ou presque (%)
Lait et produits laitiers (p.ex., yogourt, fromage)	32,7	34,9	22,2	5,1	5,1
Protéines (bœuf, poulet, porc, poisson, œufs, fèves, tofu)	31,9	39,5	23,4	3,7	1,5
Légumes	24,0	32,0	27,6	8,1	8,3
Fruits (à l'exception du jus de fruit)	38,0	29,3	25,6	5,1	2,1
Pain, pâtes, riz et autres céréales	43,1	35,9	16,9	3,4	0,7 ^E
Eau	72,3	17,0	6,9	1,6	2,2
Jus	55,4	24,1	14,8	3,3	2,3
Boissons gazeuses ou soda	25,9	27,4	28,4	10,8	7,6
Repas minute (p.ex., hamburgers, pizza, hot-dogs, frites)	6,5	11,0	39,0	28,8	14,7
Sucreries (p.ex., bonbons, biscuits, gâteau)	10,9	17,3	35,0	20,4	16,3

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; utiliser les données avec prudence.

Types d'aliments consommés. En plus de sonder les adolescents des Premières Nations sur leur consommation d'un régime alimentaire nutritif et équilibré, l'ERS 2008-10 sondait la consommation d'aliments précis. Le Tableau 21.2 présente chaque aliment par fréquence de consommation.

On n'observe aucune différence selon le sexe en ce qui a trait aux aliments potentiellement moins nutritifs (boissons gazeuses, repas minute, sucreries). Seule une différence selon l'âge est observée : la consommation fréquente (plusieurs fois pas jour) de boissons gazeuses est plus élevée chez les adolescents des Premières Nations âgés de 15 à 17 ans que chez les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 14 ans.

Tableau 21.3. Proportion d'adolescents des Premières Nations qui consomment des aliments traditionnels, selon la fréquence

	Jamais (%)	Parfois (%)	Souvent (%)
Mammifères terrestres (orignal, caribou, ours, cerf, bison, etc.)	25,8	51,2	23,0
Petit gibier (lapin, rat musqué, etc.)	72,1	21,4	6,5
Poissons d'eau douce	41,9	42,7	15,4
Poissons de mer	81,7	14,9	3,4
Autres produits de la mer ou d'eau douce (crustacés, anguilles, etc.)	86,3	11,6	2,1
Mammifères marins	97,4	1,9 ^E	0,8 ^E
Gibier à plumes (oie, canard, etc.)	63,4	28,4	8,2
Baies ou autres végétaux sauvages	27,7	52,8	19,5
Bannique/pain frit	12,0	47,8	40,2
Riz sauvage	66,6	26,6	6,8
Soupe de maïs	74,6	19,1	6,3

Partage d'aliments traditionnels. Un peu plus du quart (27,1 %) des adolescents des Premières Nations indiquent que quelqu'un a « souvent » partagé des aliments traditionnels avec eux dans leur ménage au cours des 12 mois précédant l'Enquête; cela avait été le cas parfois (60,4 %) ou jamais (12,5 %) pour les autres adolescents. Ces données sont très similaires à celles rapportées dans l'ERS 2002-03.

Consommation d'aliments traditionnels. Le Tableau 21.3 présente chaque aliment traditionnel selon la fréquence

de consommation. On observe un certain nombre de différences relatives à la consommation de ces aliments entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10; par exemple, dans l'ERS 2008-10 une proportion légèrement moins élevée d'adolescents consomment « souvent » des baies ou autres végétaux sauvages, de la bannique ou du pain frit.

Activité physique et nutrition dans un cadre culturel élargi

Cette section examine les relations entre l'activité physique et la nutrition et certains éléments qui s'inscrivent dans un cadre culturel élargi, tels que les comportements d'un individu par rapport à sa santé, l'environnement social et la communauté.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Dans la mesure où seule la moitié (49,3 %) des adolescents des Premières Nations sont considérés comme actifs, il s'avère important de comprendre les facteurs associés à une plus grande activité. Pour les besoins de ce chapitre, les facteurs individuels ont été divisés en deux catégories : les facteurs liés à l'état de santé général et les facteurs liés à la santé mentale.

La proportion d'adolescents qui sont physiquement actifs est plus élevée chez ceux qui :

- estiment avoir un excellent (55,3 % sont actifs) ou très bon (52,4 % sont actifs) état de santé, comparativement à ceux qui estiment que leur état de santé est bon (42,6 %), passable (34,3 %), ou mauvais (39,4 %);
- ont un régime alimentaire nutritif et équilibré « parfois ou toujours » (52,8 % sont actifs) vs ceux qui ont un régime alimentaire nutritif et équilibré « rarement ou jamais » (39,2 %);
- ont un poids normal ou une insuffisance pondérale (52,3 %), ou qui sont en surpoids (49,1 %), comparativement à ceux qui sont obèses (43,2 %);
- ne fument pas (53,4 %) ou fument occasionnellement (51,1 %), comparativement à ceux qui fument sur une base quotidienne (37,6 %);
- n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 mois précédents (51,7 % sont actifs) vs ceux qui consomment de l'alcool (46,0 % sont actifs);
- pratiquent des sports d'équipe ou ont des cours en dehors de l'école : ne pratiquent jamais de sports (34,9 % sont actifs), en pratiquent moins d'une fois par semaine (44,7 % sont actifs), en pratiquent 1 à 3 fois par semaine (63,4 % sont actifs), et en pratiquent 4 fois par semaine ou plus (68,5 % sont actifs);

- consomment des produits laitiers au moins une fois par jour (52,5 % sont actifs) vs ceux qui en consomment moins souvent (43,2 %);
- consomment des aliments protéinés au moins une fois par jour (51,8 % sont actifs) vs ceux qui en consomment moins souvent (43,7 %);
- consomment des fruits au moins une fois par jour (54,1 % sont actifs) vs ceux qui en consomment moins souvent (40,5 %);
- boivent de l'eau au moins une fois par jour (51,4 %) vs ceux qui en boivent moins souvent (34,0 %);
- consomment des boissons gazeuses plusieurs fois par jour (43,5 % sont actifs) vs ceux qui en consomment moins souvent (par ex., une fois par semaine, 53,7 % sont actifs);
- consomment des repas minute plusieurs fois par jour (38,1 % sont actifs) vs ceux qui en consomment moins souvent (par ex., une fois par semaine, 49,9 % sont actifs);
- consomment des sucreries plusieurs fois par jour (40,9 % sont actifs) vs ceux qui en consomment moins souvent (par ex., une fois par semaine, 50,9 % sont actifs);
- ont consommé des baies ou autres végétaux sauvages « souvent » au cours de l'année précédente (60,0 % sont actifs) vs ceux qui n'en ont jamais consommé (42,9 %) ou ceux pour qui cela a été le cas quelques fois (49,3 %);
- ont consommé du pain frit ou de la bannique souvent au cours de l'année précédente (53,9 % sont actifs) vs ceux qui n'en ont jamais consommé (48,3 %) ou ceux pour qui cela a été le cas quelques fois (39,3 %);

De plus, l'association entre les variables d'activité physique et de santé mentale ont été examinées. La proportion d'adolescents qui sont actifs physiquement est plus élevée chez ceux qui :

- n'ont jamais eu de pensées suicidaires (51,8 % sont actifs) vs ceux qui en ont eues 42,9 %);
- rapportent être en harmonie « la plupart du temps ou en permanence » (54,9 % sont actifs) vs ceux qui se sentent en harmonie « parfois ou jamais » 33,4 % sont actifs). Cette tendance des résultats s'observe sur les plans psychologique (55,0 % vs 39,4 % sont actifs), spirituel (55,3 % vs 40,7 % sont actifs), et affectif (53,8 % vs 41,8 %);
- perçoivent des forces dans leur communauté comme les activités et cérémonies traditionnelles (par ex., les pow-wows), le tissu social, la présence des Aînés, la connaissance de la culture des Premières Nations, les possibilités en matière d'éduca-

tion et de formation, de bonnes infrastructures de loisirs, et des programmes communautaires et en santé.

De plus, les adolescents actifs physiquement ont des scores de maîtrise moyens plus élevés ($M = 19,6$) comparativement aux adolescents modérément actifs ($M = 18,6$) ou inactifs ($M = 18,3$).

NUTRITION

Tel que mentionné précédemment, 23,7 % des adolescents des Premières Nations rapportent « toujours » ou « presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, tandis que c'est « parfois » le cas pour 53,6 %. Ici encore, les facteurs individuels ont été classés selon qu'ils sont liés à l'état de santé général ou à la santé mentale. En ce qui a trait aux facteurs liés à l'état de santé général, la proportion d'adolescents qui ont « toujours ou presque toujours » un régime alimentaire nutritif est plus élevée chez ceux qui :

- estiment avoir un excellent état de santé (41,7 % ont un régime alimentaire nutritif), comparativement à ceux dont l'état de santé est très bon (21,9 %), bon (9,3 %), passable (8,2 %) ou médiocre (statistique supprimée);
- qui ont une insuffisance pondérale, un poids normal ou qui sont en surpoids (24,6 %), comparativement à ceux qui sont obèses (19,0 %);
- n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 mois précédents (28,7 % ont un régime alimentaire nutritif) vs ceux qui ont consommé de l'alcool (16,1 %); et
- ne fument pas (28,2 % ont un régime alimentaire nutritif), comparativement à ceux qui fument quotidiennement (14,5 %) ou occasionnellement (17,4 %).

En ce qui a trait aux facteurs liés à la santé mentale, la proportion d'adolescents qui ont « toujours ou presque toujours » un régime alimentaire nutritif est plus élevée chez ceux qui :

- n'ont jamais eu de pensées suicidaires (26,2 % ont un régime alimentaire nutritif), comparativement à ceux qui en ont eues (11,7 %);
- rapportent se sentir en harmonie au plan physique « la plupart du temps » (27,2 % ont un régime alimentaire nutritif) vs ceux qui se sentent en harmonie « parfois ou jamais » (13,3 %). Cette tendance des résultats s'observe également aux plans psychologique (28,7 % vs 14,5 % ont un régime alimentaire nutritif), spirituel (29,2 % vs 14,5 % ont un régime alimentaire nutritif) et affectif (29,0 % vs

13,9 % ont un régime alimentaire nutritif);

- ne rapportent pas de problèmes d'apprentissage à l'école (29,9 % ont un régime alimentaire nutritif) vs ceux qui en ont (15,6 % ont un régime alimentaire nutritif).

Finalement, les résultats démontrent que les adolescents qui ont toujours ou presque toujours un régime alimentaire nutritif obtiennent des scores de maîtrise moyens plus élevés ($M = 20,5$) comparativement aux adolescents qui ont parfois ($M = 18,9$), rarement ($M = 17,8$) ou n'ont jamais ($M = 18,0$) un régime alimentaire nutritif.

Le Tableau 21.4 présente les principaux constats de cette section en fonction du cadre culturel de l'ensemble de la personne et de l'environnement. Outre les associations entre l'activité physique et la nutrition et les facteurs individuels décrits dans les deux premières sections, des associations significatives avec la santé physique et mentale et des facteurs sociétaux et sociaux sont décrits.

Tableau 21.4. Association entre des indicateurs clés et l'activité physique et la nutrition

	Activité physique	Nutrition
Facteurs individuels		
Âge	x	a
Sexe	a	x
Facteurs liés à la santé		
État de santé général	a	a
Régime alimentaire équilibré	a	n/a
Tabagisme	a	a
Consommation d'alcool	a	a
Utilisation de la télévision	x	x
Utilisation de l'ordinateur	x	x
Utilisation d'Internet	x	x
IMC	✓	✓
Pratique de sports d'équipe	✓	x
Facteurs liés à la santé mentale		
Pensées suicidaires	✓	✓
Sentiment d'harmonie	✓	✓
Maîtrise	✓	✓
Problèmes d'apprentissage à l'école	x	✓
Facteurs sociétaux		
Forces de la communauté	✓	x

Note. a = Association significative au niveau du $p = ,05$. x = Aucune association observée. n/a = Non applicable

DISCUSSION

Au Canada, l'obésité infantile a augmenté avec les années (Shields, 2006; Tremblay & Willms, 2000). Cette tendance est particulièrement préoccupante quand on songe à ses conséquences (Ball & McCargar, 2003). Par ailleurs, les recherches actuelles indiquent que les niveaux de capacité aérobie sont associés à la santé des enfants dans une relation dose-effort (Anderssen et al., 2007). Les résultats de la plus récente ECMS révèlent que les niveaux de condition physique chez les enfants et les adolescents sont plus bas entre 2007 et 2009 qu'ils ne l'étaient en 1981 (Tremblay, Shields, et al., 2010). Les scores de souplesse et de force musculaire sont également plus bas entre 2007 et 2009, tandis que les données moyennes d'IMC, de tour de taille, et de plis cutanés sont plus élevés (Tremblay, Shields, et al., 2010).

Chez les enfants et les adolescents, l'activité physique contribue à une saine croissance et au développement, améliore la santé mentale en réduisant le stress, et augmente l'estime de soi et la condition physique (Janssen & LeBlanc, 2010). L'inactivité physique est un important problème de santé publique dans la mesure où il s'agit d'un facteur de risque modifiable pour diverses maladies chroniques, dont les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'ostéoporose, l'hypertension artérielle, certains cancers (tels que le cancer du côlon et du sein), l'obésité, et les limites fonctionnelles associées au vieillissement (Warburton et al., 2006).

Les taux d'activité physique chez les adolescents ont toujours été mesurés à partir de données autodéclarées. Toutefois, au cours des dernières années, des mesures objectives de l'activité physique chez les adolescents canadiens ont été obtenues à l'aide de pedomètres et d'accéléromètres. Par exemple, l'ÉAPJC analyse le nombre de pas faits chaque jour tel que mesuré par les pedomètres. Cette étude a révélé que les adolescentes font moins de pas que les adolescents et que le nombre de pas faits chaque jour décline avec l'âge (ICRCMV, 2009). Entre 2007 et 2009, relativement peu d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 19 ans cumulent assez de pas pour être considérés comme suffisamment actifs (ICRCMV, 2009). Des données récentes de l'ECMS recueillies à l'aide d'accéléromètres pour mesurer les niveaux d'activité chez les enfants et les adolescents indiquent qu'à peine 7 % des enfants et des adolescents cumulent suffisamment d'activité pour répondre aux lignes directrices nationales (Colley et al., 2011). Dans l'intérêt de la santé, les lignes directrices révisées au Canada recommandent que les enfants et les adolescents âgés de 5 à 17 ans cumulent 60 minutes d'activité physique modérée

à vigoureuse chaque jour (Tremblay et al., 2011). Les données indiquent qu'ils devraient pratiquer une activité physique vigoureuse au moins trois jours par semaine.

Bien que l'inactivité soit présente chez l'ensemble des adolescents, elle est davantage prévalente dans certains segments de la population, tels que chez les filles et les adolescents plus âgés (ICRCMV, 2008b). De plus, certains types d'activités sont plus populaires chez certains groupes. Par exemple, les résultats du présent chapitre révèlent qu'une plus grande proportion d'adolescents des Premières Nations que d'adolescentes des Premières Nations du même âge pratiquent des activités de nature plus intenses, telles que les sports d'équipe et de compétition, dont le hockey, le basketball, le baseball, la crosse, et le tennis; la bicyclette ou le vélo de montagne; les poids et haltères et les appareils de conditionnement physique; la pêche; le patinage; la chasse ou le piégeage; le jardinage et les travaux extérieurs; la randonnée; le golf; et le ski ou la planche à neige. En revanche, davantage d'adolescentes rapportent pratiquer la marche et la danse. On observe également des différences dans les taux de pratique des activités entre les adolescents plus jeunes et les plus âgés.

La compréhension des préférences quant aux types et à l'intensité des activités pour différents groupes est un facteur important lorsqu'il s'agit d'élaborer des stratégies d'activité physique. Par exemple, les résultats de l'étude avec les pedomètres de l'ÉAPJC indiquent que les enfants qui préfèrent uniquement les activités d'intensité vigoureuse ou qui préfèrent à la fois les activités vigoureuses et modérées font davantage de pas que ceux qui préfèrent uniquement les activités d'intensité modérée. Ce dernier groupe fait également davantage de pas que ceux qui ne préfèrent aucun de ces deux types d'activité (ICRCMV, 2008b).

Les interventions de promotion de la santé auprès des adolescents peuvent également reconnaître la valeur de toutes les activités physiques, y compris les activités organisées et non organisées, les activités extérieures, ou les déplacements actifs. L'ÉAPJC a examiné le temps consacré à certaines de ces activités au cours de la période entre la fin de l'école et le souper. Les résultats indiquent que les enfants et les adolescents qui jouent dehors pendant ce temps font environ 2 000 pas de plus – ce qui se traduit par environ 20 minutes d'activité – que ceux qui ne jouent pas dehors pendant ce temps, et les enfants qui pratiquent des activités pendant cette période font également plus de pas que ceux qui ne pratiquent aucune activité (ICRCMV, 2008a). D'autres travaux de recherche démontrent que le temps passé à l'extérieur est

associé de façon positive aux niveaux d'activité physique et constitue un facteur important qui distingue les enfants qui sont suffisamment actifs de ceux qui ne le sont pas (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2000). Il peut être important de modéliser les activités physiques préférées selon le groupe d'âge et le sexe et culturellement pertinentes, telles que l'intégration d'activités physiques traditionnelles, lorsqu'il s'agit d'élaborer des politiques et des stratégies visant des groupes donnés.

En plus de reconnaître l'importance de l'activité physique, il est également important de réduire le niveau d'activité sédentaire. Les comportements sédentaires sont associés à l'obésité et aux maladies métaboliques, indépendamment de l'activité modérée à vigoureuse (Andersen, Crespo, Bartlett, Cheskin, & Pratt, 1998; Crespo et al., 2001; Janssen, Katzmarzyk, Boyce, King, & Pickett, 2004). Un récent article de synthèse examine les méthodes utilisées pour évaluer les comportements sédentaires et les associations entre les comportements sédentaires et les principaux résultats en matière de santé chez les enfants (Tremblay, Colley, Saunders, Healy, & Owen, 2010). Ces chercheurs ont constaté des défis relatifs à la mesure des comportements sédentaires étant donné que ces activités peuvent être sporadiques et variées tout au long d'une journée (Tremblay, Colley, et al. 2010); ils recommandent donc des mesures objectives semblables à celles utilisées pour mesurer l'activité physique afin de mesurer les comportements sédentaires. La récente ECMS a mesuré les périodes sédentaires chez les adolescents à l'aide d'accéléromètres et les résultats indiquent que les périodes sédentaires quotidiennes chez les enfants et les adolescents canadiens totalisent 8,6 heures ou 62 % de leur temps éveillé, et cette proportion augmente avec l'âge (Colley et al., 2011). Les résultats du présent chapitre indiquent que le temps passé devant un écran varie selon le sexe et le groupe d'âge chez les adolescents des Premières Nations. La surveillance et le contrôle du temps consacré à ces types d'activité pourraient s'avérer des facteurs importants pour toute stratégie visant un mode de vie plus sain.

Un régime alimentaire de piètre qualité s'avère une composante importante dans l'équation de l'équilibre énergétique. Les résultats de ce chapitre démontrent que seul un quart des adolescents des Premières Nations ont toujours ou presque toujours un régime alimentaire nutritif et équilibré, et cette proportion décroît chez les adolescents plus âgés. Ce déclin peut s'expliquer de différentes façons, dont les préférences et les obstacles potentiels, tels que l'accès, le manque de temps, le manque de soutien, et l'insécurité alimentaire. Une compréhension approfondie des raisons expliquant ce

déclin avec l'âge, ainsi que l'identification de l'apport alimentaire, peuvent s'avérer particulièrement utiles. Par exemple, le volet nutrition de l'ESCC 2004 fournit des données intéressantes sur les tendances nutritionnelles des adolescents canadiens. L'étude de 2004 indique que la consommation de fruits et de légumes chez les adolescents est relativement basse, avec une moyenne de 4,5 portions par jour. En outre, les portions de produits laitiers chutent au cours de l'adolescence; un tiers des adolescents avaient consommé des aliments préparés dans un kiosque de restauration rapide le jour précédant l'Enquête, et 25 % de toutes les calories absorbées proviennent d'« autres » aliments en dehors des quatre groupes alimentaires, dont les boissons gazeuses, les sucres, et les huiles et les gras (Garriguet, 2006). En effet, les données de l'ERS 2008-10 sont préoccupantes dans la mesure où la majorité des adolescents des Premières Nations consomment des boissons gazeuses sur une base régulière, au moins toutes les semaines et au moins une fois par jour, et consomment des repas minute au moins toutes les semaines. Toutefois, pour la majorité des adolescents, quelqu'un a partagé des aliments traditionnels avec eux dans leur ménage, et la consommation de certains aliments traditionnels est associée au fait d'être actif.

Une stratégie pour un mode de vie sain qui intègre l'activité physique et certains aspects nutritionnels pour les adolescents des Premières Nations devraient cibler des interventions pour aider les individus dans certains groupes à adopter et à maintenir un mode de vie sain. Des stratégies distinctes visant l'activité physique et la nutrition peuvent être utiles, mais un cadre commun qui permet d'arrimer activité physique et nutrition et qui intègre d'autres comportements en matière de santé peut contribuer à l'élaboration d'interventions visant des segments précis de la population, tels que les adolescentes et les adolescents plus âgés (Organisation mondiale de la santé, 2004). L'association entre l'activité physique et la nutrition dans ce chapitre suggère que la promotion de comportements positifs en matière de santé dans un aspect de la vie peut mener à des changements plus globaux pour un mode de vie plus sain. Il est important que ces stratégies soient pertinentes du point de vue de la culture et du sexe pour les Premières Nations. Par exemple, les stratégies visant le régime alimentaire doivent tenir compte des aliments traditionnels, et les stratégies visant l'activité physique doivent tenir compte de différents types et de formes d'activité physique, dont les activités traditionnelles.

CONCLUSIONS

Un des principaux objectifs de ce chapitre est de comprendre

l'activité physique et la nutrition chez les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations dans le contexte du cadre culturel. Un cadre écologique ou culturel peut comprendre des facteurs physiologiques, tels que la croissance et le développement; des facteurs psychologiques, tels que la motivation, la confiance et l'auto-efficacité; des facteurs socioculturels, tels que le rôle de la famille et son propre statut économique; et des facteurs écologiques, tels que la présence d'occasions d'être actif et de se procurer des aliments nutritifs, la géographie, et le climat (Lindquist, Reynolds, & Goran, 1999). Ce chapitre s'est penché sur une multitude de facteurs aux plans individuel, sociétal et communautaire qui sont associés à l'activité physique et à la nutrition. À titre d'exemple, les résultats de l'ERS 2008-10 indiquent que des facteurs tels que le fait de ne pas fumer, des scores affectifs positifs élevés, des scores affectifs négatifs bas, le sentiment d'harmonie sur les plans physique, affectif, psychologique, et spirituel, ainsi que l'absence de pensées suicidaires sont associés au fait d'être actif et de manger sainement.

Le suicide est un problème important chez les adolescents autochtones, dont les taux de suicide sont plus élevés que chez les adolescents au Canada (Groupe consultatif sur la prévention du suicide, 2003). Le fait d'avoir observé que l'absence de pensées suicidaires est associée au fait d'être actif et d'avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré peut suggérer qu'un mode de vie sain peut contribuer à la résilience des adolescents et, donc, devrait être considéré lors de l'élaboration de stratégies pour lutter contre ce fléau. Il est vital de comprendre les obstacles spécifiques à cette population lors de la promotion de stratégies données (Thompson et al., 2001).

Les données de l'ERS 2008-10 présentent un portrait des tendances actuelles en matière d'activité physique et de nutrition chez les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques, et elles fournissent de l'information utile et des éléments probants pour guider les stratégies sur ces importants enjeux de santé publique. Une collecte de données de référence sur l'apport alimentaire et la qualité du régime alimentaire, y compris une mesure objective de l'apport énergétique, et ses déterminants, pourrait s'avérer un outil précieux pour compléter les données autodéclarées recueillies dans le cadre de l'ERS. De plus, la surveillance des niveaux d'activité physique sur une base régulière est importante et pourrait être élargie afin d'inclure l'activité physique totale dans l'ensemble des secteurs et la mesure objective de l'activité, dont la collecte de données à l'aide de pedomètres et d'accéléromètres. Des mesures anthropométriques objectives telles que la taille,

le poids et le tour de taille pour cette population seraient également utiles. Posséder des données substantielles est important si l'on veut identifier et évaluer le succès des politiques, des stratégies et des programmes visant la santé future des adolescents des Premières Nations en analysant les changements au fil du temps. Ce type de données pourrait contribuer à compléter les données recueillies dans le cadre de la présente enquête.

RÉFÉRENCES

- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J., . . . Leon, A. S. (2000). Compendium of physical activities: An update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exercise*, 32(9 Suppl), S498–504.
- Andersen, R. E., Crespo, C. J., Bartlett, S. J., Cheskin, L. J., & Pratt, M. (1998). Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fitness among children: Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of the American Medical Association*, 279(12), 938–42.
- Anderssen, S. A., Cooper, A. R., Riddoch, C., Sarhinha, L. B., Harro, M., Brage, S., & Andersen, L. B. (2007). Low cardiorespiratory fitness is a strong predictor for clustering of cardiovascular disease risk factors in children independent of country, age and sex. *European Journal of Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation*, 14, 526–31.
- Ball, G. D. C., & McCargar, L. J. (2003). Childhood obesity in Canada: A review of prevalence estimates and risk factors for cardiovascular diseases and type 2 diabetes. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 28, 117–40.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000). Promoting better health for young people through physical activity and sports: A report to the President from the Secretary of Health and Human Services and the Secretary of Education [Online]. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/presphysactrpt>
- Colley, R. C., Garrigué, D., Janssen, I., Craig, C. L., Clarke, J., & Tremblay, M. S. (2011). Physical activity of Canadian children and adolescents: Accelerometer results from the 2007-2009 Canadian Health Measures Survey (Statistics Canada Catalogue No. 82-003-XPE). *Health Reports*, 22(1).
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, adolescents and children living in communautés des Premières Nations*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Craig, C. L., Russell, S. J., Cameron, C., & Bauman, A. (2004). A twenty-year trend of physical activity among Canadian adults. *Canadian Journal of Public Health*, 95(1), 59–63.
- Crespo, C. J., Smit, E., Troiano, R. P., Bartlett, S. J., Macera, C. A., & Andersen, R. E. (2001). Television watching, energy intake, and obesity in US children: Results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 155(3),

- 360–65.
- Dyck, R. F., Klump, H., & Tan, L. (2001). From “thrifty genotype to hefty fetal phenotype”: The relationship between high birth weight and diabetes in Saskatchewan registered Indians. *Canadian Journal of Public Health, 92*(5), 340–44.
- Garriguet, D. (2006). Overview of Canadians’ eating habits. *Nutrition: Findings from the Canadian Community Health Survey* (Catalogue No. 82-620-MIE, No 2).
- Groupe consultatif sur la prévention du suicide. (2003). *Acting on what we know: Preventing adolescents suicide in First Nations*. Ottawa: Health Canada.
- Hanley, A., Harris, S., & Gittelsohn, J. (2000). Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: Prevalence and associated factors. *American Journal of Clinical Nutrition, 71*, 693–700.
- Institut canadien de recherche sur la condition physique et le mode de vie. (2008a). *Bulletin 3: Active pursuits after school and steps taken*. Kids CANPLAY bulletin series. Ottawa, ON: Author.
- Institut canadien de recherche sur la condition physique et le mode de vie. (2008b). *Bulletin 4: Preferences for types of activities*. Kids CANPLAY bulletin series. Ottawa, ON: Author.
- Institut canadien de recherche sur la condition physique et le mode de vie. (2009). *Bulletin 1: Activity levels of Canadian children and adolescents*. Kids CANPLAY bulletin series. Ottawa, ON: Author.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Boyce, W. F., King, M. A., & Pickett, W. (2004). Overweight and obesity in Canadian adolescents and their associations with dietary habits and physical activity patterns. *Journal of Adolescent Health, 35*(5), 360–67.
- Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and adolescents. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 7*, 40.
- Lindquist, C. H., Reynolds, K. D., & Goran, M. I. (1999). Sociocultural determinants of physical activity among children. *Preventive Medicine, 29*(4), 305–12.
- Shields, M. (2004). Nutrition findings from the Canadian Community Health Survey-Overweight Canadian Children and Adolescents. Ottawa: Statistics Canada. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/article/child-enfant/8061-eng.htm>
- Shields, M. (2006). Overweight and obesity among children and adolescents (Statistique Canada Catalogue No. 82-003). *Health Reports, 17*(3).
- Thompson, J. L., Davis, S. M., Gittelsohn, J., Going, S., Becenti, A., Metcalfe, L., Stone, E., Harnack, L., Ring, K. (2001). Patterns of physical activity among American Indian children: an assessment of barriers and support. *Journal of Community Health, 26*(6), 423–45.
- Tremblay, M. S., & Willms, J. D. (2000). Secular trends in body mass index of Canadian children. *Canadian Medical Association Journal, 163*, 1429–33; erratum 2001, *164*(7), 970.
- Tremblay, M. S., Colley, R. C., Saunders, T. J., Healy, G. N., & Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, 35*(6), 725–40.
- Tremblay, M. S., Shields, M., Laviolette, M., Craig, C. L., Janssen, I., & Gorber, S. C. (2010). Fitness of Canadian children and adolescents: Results from the 2007-2009 Canadian Health Measures Survey (Catalogue 82-003-X). *Health Reports, 20*(4).
- Tremblay, M. S., Warburton, D. E., Janssen, I., Paterson, D. H., Latimer, A. E., Rhodes, R. E., Kho, M.E., Hicks, A., Leblanc, A.G., Zehr, L., Murumets, K., Duggan, M. (2011). New Canadian Physical Activity Guidelines. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, 36*(1), 36–46.
- Warburton, D., Nicol, C. W., & Bredin, S. (2006). Health benefits of physical activity: The evidence. *Canadian Medical Association Journal, 174*(6), 801–9.
- World Health Organization. (2004). Press release: WHO World Health Assembly adopts global strategy on diet, physical activity and health. [On-line]. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/releases/2004/wha3/en/>
- Young, T. K., Dean, H. J., Flett, B., & Wood-Steiman, P. (2000). Childhood obesity in a population at high risk for type 2 diabetes. *Journal of Pediatrics, 136*(3), 365–69.

Chapitre 22

Usage et mésusage de substances

SOMMAIRE

Ce chapitre présente les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations relatifs à la consommation de drogues licites et illicites chez les adolescents qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Les données de la plus récente ERS ont été comparés aux résultats de l'ERS précédente (2002-03) et aux données sur l'ensemble de la population canadienne (Santé Canada, 2009a). Les résultats révèlent que les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations sont plus susceptibles de fumer actuellement, en particulier sur une base quotidienne. Par ailleurs, environ 60 % des adolescents des Premières Nations rapportent être abstinentes d'alcool; les taux d'abstinence au cours des 12 mois précédents sont plus élevés chez les garçons que chez les filles (64,7 % vs 57,1 %). La prévalence de l'abstinence au cours des 12 mois précédents chez les adolescents des Premières Nations est plus élevée que celle observée chez les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne. Toutefois, parmi les adolescents des Premières Nations qui consomment de l'alcool, une plus grande proportion consomme de façon massive comparativement aux adolescents dans l'ensemble de la population canadienne (51,4 % vs 39 %). Les résultats permettent de croire que certains facteurs pourraient protéger contre la consommation de substances. Par exemple, les adolescents des Premières Nations dont les parents biologiques vivent ensemble sont moins susceptibles de fumer actuellement, moins susceptibles d'avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'Enquête, et moins susceptibles d'avoir consommé du cannabis au cours de la même période, comparativement aux adolescents dont les parents ne sont plus ensemble. De plus, les adolescents des Premières Nations dont les parents ont terminé leurs études secondaires ou ont une scolarité postsecondaire sont moins susceptibles de fumer que les adolescents dont les parents n'ont pas terminé leurs études secondaires.

PRINCIPAUX CONSTATS

TABAGISME

- Un adolescent des Premières Nations sur trois (33,1 %) fume actuellement, comparativement à environ 8 % des adolescents dans l'ensemble de la population canadienne.
- À l'âge de 15 à 17 ans, 29,6 % des adolescents des Premières Nations fument sur une base quotidienne.
- Le tabagisme sur une base quotidienne est plus répandu chez les adolescentes des Premières Nations que chez les adolescents des Premières Nations (24,5 % vs 16,4 %, respectivement).
- Le tabagisme sur une base quotidienne a chuté de 25,6 % en 2002-03 à 20,4 % en 2008-10.
- Environ 60 % des adolescents des Premières Nations indiquent vivre dans un environnement sans fumée.
- La prévalence du tabagisme est élevée chez les adolescents dont les parents sont séparés ou n'ont pas complété leurs études secondaires, et chez les adolescents qui vivent avec plusieurs autres personnes dans le ménage.
- Les ex-fumeurs rapportent avoir cessé de fumer afin d'améliorer leur santé, et tendent à avoir utilisé des moyens de cessation abrupts, comme le sevrage brutal.

CONSOMMATION D'ALCOOL

- Environ 60 % des adolescents indiquent être abstinents d'alcool; les taux d'abstinence sont plus élevés chez les adolescents que chez les adolescentes (64,7 % vs 57,1 %).
- La prévalence de l'abstinence chez les adolescents des Premières Nations est plus élevée que celle observée chez les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne (61 % vs 47 %).
- Parmi les adolescents des Premières Nations qui ont consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10, plus de la moitié (56 %) rapportent de fréquents épisodes de consommation massive (une fois ou plus par mois); un taux beaucoup plus élevé que celui observé chez les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne (39 %).

Consommation de drogue

- Environ un adolescent des Premières Nations sur trois rapporte avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'Enquête, et un sur dix rapporte consommer du cannabis sur une base quotidienne ou presque quotidienne.
- 8,9% des adolescents des Premières Nations rapportent avoir consommé d'autres drogues illicites (à part le cannabis) au cours des 12 mois précédents.
- La consommation de sédatifs ou somnifères a augmenté : elle est passée de 0,8 % dans l'ERS 2002-03 à 2,2 % dans l'ERS 2008-10.

INTRODUCTION

Les adolescents des Premières Nations sont particulièrement à risque de mésusage de substances. Différents facteurs – dont plusieurs sont spécifiques aux communautés des Premières Nations – contribuent à ce risque élevé, dont la marginalisation, la discrimination, les traumatismes intergénérationnels, la pauvreté, l'isolement et les séparations familiales (Hasin & Beseler, 2009). Il est primordial de réduire ces risques car la précocité et la fréquence de la consommation de substances chez les adolescents des Premières Nations sont des prédicteurs importants de difficultés futures liées à l'abus de substances et à la dépendance à celles-ci.

Comparativement aux taux observés chez les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne, les taux d'abstinence sont plus élevés chez les adolescents des Premières Nations (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005). Toutefois, parmi ceux qui consomment de l'alcool, les adolescents des Premières Nations sont plus susceptibles d'avoir une consommation risquée. Les résultats de l'ERS 2002-03 ont révélé que deux tiers des adolescents des Premières Nations qui ont consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents ont rapporté une consommation massive sur une base mensuelle (64,6 %; *une consommation massive est définie comme 5 consommations ou plus en une seule occasion*)¹ et plus d'un sur dix (12,6 %) parmi eux a rapporté une consommation massive sur une base hebdomadaire.

Le tabagisme est l'une des principales causes de décès évitable dans les pays occidentaux. Chez les Premières Nations, il est associé aux deux principales causes de décès : soient les maladies cardiovasculaires et le cancer (Young, 1994). Le tabagisme chez les adolescents est particulièrement préoccupant étant donné le risque élevé de développer des dépendances qui seront présentes tout au long de la vie. Les données recueillies par l'ERS 2002-03 ont révélé que plus d'un tiers (37,8 %) des adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans étaient fumeurs. Les taux de tabagisme étaient plus élevés chez les filles (vs garçons)

1 Le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* définit la consommation massive comme une consommation qui fait grimper la concentration d'alcool dans le sang d'une personne à 0,08 % ou plus. Cela se produit habituellement lorsqu'un homme prend 5 consommations ou plus, et une femme 4 consommations ou plus, dans une période de 2 heures (*National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism*. Le conseil du NIAAA approuve la définition de consommation massive. *NIAAA Newsletter* 2004; No. 3, p. 3. Disponible à http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.pdf. Consulté en février 2011.

et chez les adolescents plus âgés (vs les plus jeunes).

Le cannabis semble être la drogue que préfèrent les adolescents des Premières Nations, en plus de l'alcool et de la cigarette. Les résultats de l'ERS 2002-03 (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2007) révèlent qu'un adolescent sur trois (32,7 %) dans les communautés des Premières Nations rapporte avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents (la prévalence est comparable à celle observée chez les jeunes (15 à 24 ans) dans l'ensemble de la population canadienne en 2004 : 37 %; Santé Canada, 2007).

Le mésusage de médicaments psychotropes d'ordonnance et de substances inhalées chez les adolescents des Premières Nations est devenu un enjeu préoccupant dans les communautés des Premières Nations. Les résultats de l'ERS 2002-03 ont révélé que 3,5 % des adolescents des Premières Nations avaient fait un mésusage d'opiacés d'ordonnance (codéine, morphine, ou autres opiacés) et que 0,8 % avaient fait un mésusage de sédatifs, de tranquillisants ou de somnifères au cours de l'année précédant l'Enquête.

Finalement, certains éléments indiquent que les plus hauts taux de consommation de solvants et de substances inhalées surviennent chez les adolescents des Premières Nations et Inuit (comparativement à l'usage général dans la population canadienne; voir le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006). L'ERS précédente avait révélé que 1,5 % des adolescents des Premières Nations avait rapporté avoir inhalé de la colle, du gaz ou de la peinture au cours de l'année précédente. D'autres rapports font état de données beaucoup plus élevées; par exemple, un rapport de 2003 de la Pauingassi First Nation au Manitoba a conclu que la moitié des enfants de moins de 18 ans qui vivent dans la réserve faisait usage de solvants (O'Brien, 2006). Les données contradictoires relatives à l'usage de solvants et de substances inhalées résultent probablement de différences dans la formulation des questions de l'enquête, certaines enquêtes donnant moins d'exemples de solvants et de substances inhalées que d'autres.²

Le but du présent chapitre est de décrire les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS 2008-10) sur la prévalence, la fréquence et la consommation excessive de substances légales et illicites chez les adolescents des Premières Nations qui

2 Pour une discussion sur les définitions et les exemples d'usage de solvants et de substances inhalées, voir le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2006). Abus de solvants volatils chez les jeunes. Disponible à : <http://www.ccsa.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-011326-2006.pdf>. Consulté en février 2011.

vivent dans les communautés des Premières Nations. Les données sur la consommation de substances sont également comparées aux résultats de l'ERS 2002-03 (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005) et aux données sur les jeunes dans l'ensemble de la population canadienne.

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre utilise un cadre culturel pour mieux comprendre les tendances de consommation de substances chez les adolescents des Premières Nations : le cadre culturel de l'ERS est axé sur la santé de la personne dans sa globalité dans l'ensemble de l'environnement (Dumont, 2005); il tient ainsi compte des données démographiques (âge et sexe), du contexte socioéconomique, du nombre de membres dans le ménage, du statut civil des parents, et de la scolarité des parents.

Les résultats de l'ERS 2008-10 sont comparés aux données issues de l'ERS 2002-03 et aux données sur l'ensemble de la population canadienne fournies par l'Enquête sur le tabagisme des jeunes (ETJ) 2008-09. L'ETJ est une enquête nationale scolaire biannuelle réalisée pour le compte de Santé Canada. L'Enquête génère des données nationales sur le tabagisme et la consommation de drogues et d'alcool chez les adolescents canadiens âgés de 12 à 17 ans dans les 10 provinces. L'ETJ n'étant pas menée dans les communautés des Premières Nations, elle offre la possibilité d'une comparaison utile avec l'ERS.

Dans le présent chapitre, ont été définis comme fumeurs ceux qui ont indiqué fumer sur une base quotidienne ou occasionnelle au moment de l'ERS 2008-10. Lorsque les participants indiquaient ne pas avoir fumé au cours des 12 mois précédents, ils étaient invités à indiquer s'ils avaient déjà fumé dans le passé. Les répondants identifiés comme ex-fumeurs étaient alors invités à indiquer les raisons pour lesquelles ils avaient cessé de fumer en choisissant parmi huit réponses possibles, et à indiquer quelle méthode ils avaient utilisé en choisissant parmi neuf réponses possibles.

La consommation d'alcool a été évaluée par des questions sur la consommation au cours des 12 mois précédents (oui/non). Les répondants étaient considérés comme abstinents d'alcool s'ils n'avaient pas consommé d'alcool au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Ceux qui indiquaient avoir consommé de l'alcool devaient également indiquer à quelle fréquence ils avaient consommé de façon massive, c'est-à-dire cinq consommations ou plus en une seule occasion. Dans ce cas-ci, la consommation excessive, ou consommation massive fréquente, est

définie comme une consommation massive une fois par mois ou plus au cours des 12 mois précédents.

Ensuite, les adolescents devaient indiquer s'ils avaient consommé une des drogues illicites suivantes ou fait un mésusage de médicaments d'ordonnance au cours des 12 mois précédents : cannabis; hallucinogènes, incluant LSD, champignons, PCP, et kétamine; amphétamines, incluant crystal meth, speed, et ecstasy; cocaïne ou crack; sédatifs ou somnifères sans ordonnance; opioïdes illicites ou d'ordonnance, dont la consommation d'opioïdes illicites, comme l'héroïne, et l'usage non prescrit de codéine, méthadone, morphine, etc.; et de substances inhalées telles que les solvants, la colle et le gaz. Les adolescents ont également été invités à indiquer s'ils avaient cherché à obtenir un traitement pour leur consommation de drogues ou leur dépendance et s'ils avaient cherché à obtenir un traitement pour l'inhalation de substances ou leur dépendance au cours de leur vie.

Les corrélats les plus courants de la consommation de substances ont également été évalués, dont le statut civil des parents biologiques (mariés, conjoints de fait, n'habitant pas ensemble/séparés, ou divorcés), le plus haut niveau de scolarité des parents biologiques (n'ont pas complété leurs études secondaires, ont complété leurs études secondaires, ont une scolarité postsecondaire), et le nombre de membres dans le ménage (c.-à-d., le nombre de personnes avec lesquelles les adolescents vivent au moins la moitié du temps).

De plus, en ce qui a trait aux taux de tabagisme chez les adolescents, les adolescents devaient également indiquer s'ils vivent dans un environnement sans fumée.

RÉSULTATS

Tabagisme chez les jeunes

Le tabagisme est courant chez les adolescents des Premières Nations; un adolescent des Premières Nations sur trois (33,1 %, 95 % IC [30,9, 35,5]) fume actuellement (quotidiennement ou occasionnellement) et un sur cinq (20,4 %, 95 % IC [18,6, 22,3]) fume sur une base quotidienne. À l'âge de 15 à 17 ans, environ un tiers des adolescents fume sur une base quotidienne (voir Tableau 22.1). La prévalence du tabagisme quotidien est plus élevée chez les filles que chez les garçons (voir Tableau 22.1).

Bien que moins de garçons des Premières Nations fument (comparativement aux filles), ceux qui fument rapportent fumer davantage de cigarettes par jour que les filles qui fument (une moyenne quotidienne de 6,7 cigarettes pour les garçons vs 5,9 cigarettes pour les

filles). En moyenne, les adolescents des Premières Nations rapportent avoir commencé à fumer à 13 ans (13,1 ans pour les garçons et 12,7 ans pour les filles).

Tableau 22.1. Proportion d'adolescents des Premières Nations qui ont fumé sur une base quotidienne au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10, selon le groupe d'âge et le sexe (n = 4,652)

Tabagisme quotidien	% [95 % IC]
Tous les jeunes	20,4 [18,6, 22,3]
12–14 ans	11,1 [9,3, 13,1]
15–17 ans	29,6 [27,0, 32,4]
Filles	24,5 [22,2, 26,9]
Garçons	16,4 [13,9, 19,2]

La proportion d'adolescents des Premières Nations qui fument actuellement (occasionnellement ou quotidiennement) demeure radicalement plus élevée que la proportion d'adolescents qui fument dans l'ensemble de la population canadienne (33,1 % vs 7,7 %, respectivement [Santé Canada, 2009a]). Lorsque ces données sont stratifiées selon l'âge, moins de 4 % des adolescents âgés de 12 à 14 ans dans l'ensemble de la population canadienne indiquent fumer actuellement, comparativement à 20,3 % des adolescents des Premières Nations. De même, seuls 13,5 % des adolescents âgés de 15 à 17 ans dans l'ensemble de la population canadienne fumaient en 2008–09, comparativement à 45,7 % des adolescents des Premières Nations (Santé Canada, 2009b).

Contrairement aux tendances observées chez les adolescents des Premières Nations, le tabagisme est plus répandu chez les garçons que chez les filles dans l'ensemble de la population canadienne (Compton, 2007). Les taux de tabagisme actuel (occasionnel et quotidien) chez les Premières Nations dans l'ERS 2002-03 (37,8 %) et l'ERS 2008-10 (33,1 %) n'affichent pas de différence significative (95 % IC [34,9, 40,8] et [30,9, 35,5], respectivement); mais les taux de tabagisme quotidien ont chuté de 25,6 % à 20,4 % en 2008-10 (95 % IC [22,9, 28,4] et [18,6, 22,3]).

Environ 8 % (8,5 %, 95 % IC [7,1, 10,1]) des adolescents des Premières Nations sont d'ex-fumeurs. Chez les ex-fumeurs, le motif le plus répandu pour cesser de fumer a été le choix d'un mode de vie plus sain (43,1 %). D'autres motifs fréquemment invoqués sont le respect pour les proches (20,3 %), par prise de conscience des effets néfastes de la cigarette sur la santé (16,7 %), et par respect pour la signification culturelle et traditionnelle du tabac (12,3 %). La méthode de cessation la plus répandue chez les ex-fumeurs est le sevrage brutal ou la volonté seule (83 %).

LE TABAGISME ET LE CONTEXTE SOCIOÉCONOMIQUE DE LA FAMILLE

L'abstinence du tabagisme est considérablement plus élevée chez les adolescents des Premières Nations dont les parents sont mariés (73,0 %) ou vivent en union de fait (74,6 %) que chez les adolescents dont les parents ne vivent pas ensemble en raison d'une séparation (62,6 %), d'un divorce (56,7 %), ou du décès d'un parent (61,8 %).

L'abstinence du tabagisme est plus élevée chez les adolescents dont au moins un des parents a complété ses études secondaires (73,1 %) ou a poursuivi une scolarité postsecondaire (72,4 %) que chez les adolescents dont ni la mère ni le père n'ont complété leurs études secondaires (60,3 %, 95 % IC [69,6, 76,4], [68,0, 76,4], et [56,7, 63,7], respectivement).

L'abstinence du tabagisme est plus élevée chez les adolescents qui vivent dans un foyer avec quatre ou cinq personnes (70,7 %, 95 % IC [67,5, 73,8]); la prévalence de l'abstinence décroît avec l'augmentation du nombre de personnes dans le ménage. Par exemple, chez les adolescents des Premières Nations qui vivent dans un ménage avec neuf personnes ou plus, le taux d'abstinence est de 61,3 % (95 % IC [54,6, 67,7]). De façon générale, les résultats de l'ERS 2008-10 indiquent que 60,9 % des adolescents des Premières Nations vivent dans un environnement sans fumée. Les adolescents qui vivent dans un environnement sans fumée sont moins susceptibles de fumer que les adolescents qui ne vivent pas dans un environnement sans fumée (73,2 % vs 57,3 % l'abstinence du tabagisme).

Consommation d'alcool

PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION

Environ trois cinquièmes (61,0 %) des adolescents des Premières Nations étaient abstinentes d'alcool au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10 (voir Tableau 22.1). On n'observe aucun changement à l'abstinence depuis l'ERS 2002-03 (57,2 %, 95 % IC [54,7, 59,7]). Les garçons des Premières Nations sont plus susceptibles que les filles de s'être abstenus de consommer de l'alcool au cours de cette période (voir Tableau 22.2).

En comparaison aux adolescents dans l'ensemble de la population canadienne (47,0 %; Santé Canada, 2009b), les adolescents des Premières Nations sont plus susceptibles de rapporter une abstinence d'alcool au cours de l'année précédente (61,0 %).

Tableau 22.2. Abstinence générale et par sous-groupe

	% Abstinence (95 % IC)
En général	61,0 [58,6, 63,4]
12–14 ans	79,3 [76,7, 81,8]
15–17 ans	42,7 [39,6, 45,8]
Filles	57,1 [54,3, 60,0]
Garçons	64,7 [61,4, 67,8]

FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION

Près de la moitié des adolescents des Premières Nations qui ont consommé de l'alcool au cours de l'année précédente indiquent avoir consommé de l'alcool au moins 2-3 fois par mois (voir Tableau 22.2). On n'observe aucune différence de la fréquence de consommation selon le sexe. La tendance à consommer de l'alcool plus fréquemment qu'une fois par mois (2-3 fois/mois) et par semaine (2-3 fois/semaine) augmente avec l'âge (voir Tableau 22.3).

Tableau 22.3. Fréquence de consommation d'alcool chez les adolescents qui ont consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents, de façon générale et selon le groupe d'âge

Fréquence de consommation	En général (% , 95 % IC)	12-14 ans (% , 95 % IC)	15-17 ans (% , 95 % IC)
2–3 fois\année	31,7 [28,4, 35,3]	41,8 [34,8, 49,2]	28,5 [24,7, 32,6]
Une fois/mois	26,2 [23,4, 29,2]	28,4 [22,5, 35,2]	25,5 [22,3, 29,1]
2–3 fois/mois	28,9 [25,8, 32,2]	19,2 [15,3, 23,9]	31,9 [28,2, 35,9]
2–3 fois/semaine	12,2 [10,6, 14,1]	9,3 [6,8, 12,5]	13,2 [11,3, 15,4]
Quotidiennement	1,0 [0,6, 1,7]	F	F

^F Supprimé en raison du faible résultat ou variabilité très élevée de l'échantillonnage.

CONSOMMATION MASSIVE

Environ la moitié des adolescents des Premières Nations rapportent une consommation massive une fois par mois ou plus souvent. On n'observe aucune différence statistique depuis l'ERS précédente en 2002-03 (51,4 %, 95 % IC [48,0, 54,8]).

Comparativement aux adolescents dans l'ensemble de la population canadienne (39 %), une plus grande proportion d'adolescents des Premières Nations rapportent une consommation massive une fois par mois (51,4 %).

La consommation massive une fois ou plus par mois chez les adolescents des Premières Nations a

considérablement augmenté au cours de l'adolescence (voir Tableau 22.4). On n'observe aucune différence de la consommation massive ou de sa fréquence selon le sexe.

Tableau 22.4. Fréquence de la consommation massive chez les adolescents qui ont consommé de l'alcool au cours des 12 †, de façon générale et selon le groupe d'âge

Fréquence de consommation massive	En général (% , 95 % IC)	12-14 ans (% , 95 % IC)	15-17 ans (% , 95 % IC)
Jamais	22,3 [19,5, 25,3]	35,2 [29,3, 41,4]	17,8 [14,9, 21,2]
Moins d'une fois/mois	26,3 [23,4, 29,4]	25,5 [20,9, 30,7]	26,7 [23,1, 30,6]
Une fois/mois	19,4 [16,8, 22,3]	16,4 [11,8, 22,3]	20,4 [17,4, 23,8]
2–3 fois/mois	21,3 [18,8, 24,1]	15,0 [11,8, 18,9]	23,5 [20,3, 27,1]
Une fois/semaine ou plus	10,6 [9,2, 12,3]	8,0 [5,8, 10,7]	11,5 [9,7, 13,7]

† La consommation massive est définie ici comme 5 consommations ou plus en une seule occasion.

RECHERCHE DE TRAITEMENT

Environ 6 % (5,8 % (95 % IC: 4,7, 7,1)) des adolescents des Premières Nations indiquent avoir cherché à obtenir un traitement contre la consommation d'alcool ou la dépendance à l'alcool à un moment ou un autre de leur vie.

LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET LE STATUT CIVIL DES PARENTS, LE NIVEAU DE SCOLARITÉ DES PARENTS ET LE NOMBRE DE PERSONNES DANS LE MÉNAGE

L'abstinence d'alcool est plus élevée chez les adolescents des Premières Nations dont les parents biologiques sont mariés ou vivent en union de fait et moins élevée chez les adolescents dont les parents sont divorcés (voir Tableau 22.5). Le statut civil des parents n'a aucune incidence sur la consommation massive.

On n'observe aucune différence de la consommation massive entre les adolescents des Premières Nations dont les parents n'ont pas complété leurs études secondaires et ceux dont les parents ont complété leurs études secondaires (63,2 % vs 65,9 %, 95 % IC [59,1, 67,0] et [62,0, 69,6]).

Le nombre de personnes dans le ménage avec lesquelles les adolescents vivent au moins la moitié du temps ne semble pas avoir d'incidence sur la prévalence de l'abstinence d'alcool ou de la consommation massive chez les adolescents.

Tableau 22.5. Prévalence de l'abstinence d'alcool selon le statut civil des parents biologiques

Statut civil des parents biologiques		% Abstinence d'alcool (95 % IC)
Mariés		68,2 (64,7, 71,5)
Vivent ensemble/conjoints de fait		70,4 (65,1, 75,3)
Séparés		55,8 (52,5, 59,0)
Parent(s) décédé(s)		51,8 (38,9, 64,5)
Divorcés		41,6 (32,6, 51,3)

Consommation de cannabis

De façon générale, 36,2 % (95 % IC: 34,1, 38,4) des adolescents des Premières Nations indiquent avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents. On n'observe aucun changement depuis l'ERS précédente en 2002-03 (32,7 %, 95 % IC: 30,2, 35,2).

Environ 10 % des adolescents des Premières Nations rapportent fumer du cannabis sur une base quotidienne ou presque (9,7 %, 95 % IC: 8,5, 11,1). On n'observe aucune différence entre les sexes en ce qui a trait à la prévalence de la consommation de cannabis au cours de l'année précédente, à la fréquence de la consommation, ou à la consommation sur une base quotidienne ou presque (voir Tableau 22.6). La prévalence et la fréquence de la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10 augmente avec l'âge : 6,4 % des adolescents âgés de 12 à 14 ans ont consommé du cannabis comparativement à 25,5 % des adolescents âgés de 15 à 17 ans.

LA CONSOMMATION DE CANNABIS ET LE STATUT CIVIL DES PARENTS, LE NIVEAU DE SCOLARITÉ DES PARENTS ET LE NOMBRE DE PERSONNES DANS LE MÉNAGE

L'abstinence du cannabis au cours des 12 mois précédant l'Enquête est plus élevée chez les adolescents des Premières Nations dont les parents sont mariés ou vivent en union de fait, comparativement aux adolescents dont les parents ne vivent pas ensemble/sont séparés, sont divorcés, ou aux adolescents qui ont perdu un parent ou les deux.

Le niveau de scolarité des parents – c'est-à-dire si un parent a complété ses études secondaires ou non, ou s'il a une scolarité postsecondaire – n'est pas lié à la prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'Enquête.

Tableau 22.6. Prévalence de l'abstinence de cannabis, selon le statut civil des parents biologiques des adolescents

Statut civil des parents biologiques		% Abstinence du cannabis (95 % IC)
Mariés		70,8 (67,0, 74,3)
Vivent ensemble/conjoints de fait		71,0 (66,2, 75,3)
Séparés		58,9 (55,5, 62,1)
Parent(s) décédé(s)		54,5 (40,5, 63,19)
Divorcés		51,9 (47,4, 61,5)

La prévalence de la consommation de cannabis demeure relativement semblable quel que soit le nombre de personne dans le ménage, à l'exception des adolescents qui vivent dans un ménage de trois personnes ou moins; ces adolescents sont plus susceptibles de consommer du cannabis que ceux qui vivent avec quatre ou cinq personnes dans le ménage (41,9 % vs 33,3 %, 95 % IC [37,4, 46,5] et [30,3, 36,5]). Ce résultat laisse croire que la consommation de cannabis est plus susceptible de survenir dans un ménage monoparental.

Consommation d'autres drogues

Moins de 10 % (8,9 %; 95 % IC: 7,9, 10,1) des adolescents des Premières Nations rapportent avoir consommé des drogues illicites ou fait un mésusage de médicaments d'ordonnance (c.-à-d., cocaïne, amphétamines, substances inhalées, sédatifs, hallucinogènes, et opioïdes) au cours de l'année précédente. En ce qui a trait aux différences selon le sexe, la prévalence de la consommation d'amphétamines est plus élevée chez les filles que chez les garçons (voir Tableau 22.7).

On n'observe aucun changement à la prévalence de la consommation de cocaïne ou de substances inhalées/solvants depuis l'ERS 2002-03. Toutefois, la consommation de sédatifs et de somnifères a augmenté de 0,8 % dans l'ERS 2002-03 à 2,2 % dans l'ERS 2008-10.

Les changements à la prévalence de la consommation d'amphétamines³, d'hallucinogènes⁴, et d'opioïdes⁵ entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 n'ont pu être évalués en raison de modifications à la formulation des questions.

Tableau 22.7. Consommation de drogues illicites et mésusage de médicaments d'ordonnance chez les adolescents des Premières Nations au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10

Substance	% ayant consommé des substances au cours des 12 mois précédents [95 % IC]
Cannabis	
Filles	36,3 [33,7, 39,1]
Garçons	36,1 [32,9, 39,4]
Moyenne	36,2 [34,1, 38,4]
Hallucinogènes*	
Filles	4,5 [3,6, 5,6]
Garçons	3,4 [2,6, 4,4]
Moyenne	3,9 [3,2, 4,7]
Amphétamines**	
Filles	4,8 [3,8, 6,0]
Garçons	2,5 [1,8, 3,4]
Moyenne	3,6 [3,0, 4,3]
Cocaïne ou crack	
Filles	3,0 [2,2, 3,9]
Garçons	2,6 [1,9, 3,4]
Moyenne	2,8 [2,2, 3,4]
Sédatifs ou somnifères***	
Filles	3,0 [2,3, 3,8]
Garçons	1,5 [1,0, 2,3] ^E
Moyenne	2,2 [1,7, 2,8]
Opioïdes illicites ou d'ordonnance****	
Filles	1,5 [0,9, 2,3] ^E
Garçons	1,1 [0,6, 1,9] ^E
Moyenne	1,3 [0,8, 1,9] ^E
Substances inhalées (solvants, colle, gaz)	

3 Dans les questions sur la consommation d'amphétamines dans l'ERS 2002-03, les amphétamines étaient groupées avec l'acide et le LSD, alors que dans l'ERS 2008-10, la consommation d'amphétamines était traitée de façon distincte (non groupée avec l'acide et le LSD).

4 La consommation d'hallucinogènes était traitée dans une catégorie distincte dans l'ERS 2008-10 (exemples donnés : LSD, acide, champignons, PCP, kétamine, etc.), alors que dans l'ERS 2002-03, l'acide, le LSD et les amphétamines constituaient une seule catégorie.

5 En 2008-10, la catégorie opioïdes comprenait l'héroïne, la morphine, la méthadone, et la codéine, alors que dans l'ERS 2002-03, la consommation d'héroïne était traitée de façon distincte.

Filles	1,1 [0,6, 2,0] ^E
Garçons	1,1 [0,7, 1,8] ^E
Moyenne	1,1 [0,8, 1,7] ^E
Recherche de traitement à un moment au cours de leur vie	
Abus/dépendance drogues	5,1
Abus/dépendance solvants	2,3 ^E

*La catégorie Hallucinogènes comprend LSD, champignons, PCP et kétamine.

**La catégorie Amphétamines comprend crystal meth, speed, et ecstasy.

***La consommation sans ordonnance uniquement. La catégorie comprend Valium, Serepax, Rohypnol, etc.

****La catégorie comprend la consommation d'opioïdes illicites (ex., héroïne) et la consommation sans ordonnance de codéine, méthadone, morphine, etc.

^E Variabilité modérée de l'échantillonnage; interpréter les résultats avec prudence.

DISCUSSION

L'ERS 2008-10 a recueilli des données sur les taux de consommation de drogues licites et illicites chez les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations. Ces données ont été comparées aux résultats de l'ERS 2002-03 et aux données sur les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne.

Les résultats mettent en évidence différents secteurs où les interventions pourraient être centrées. Le taux de tabagisme actuel chez les adolescents des Premières Nations est exceptionnellement élevé. Environ un adolescent des Premières Nations sur trois indique fumer actuellement, et un sur cinq fume sur une base quotidienne; les filles sont plus susceptibles de fumer que les garçons. Les taux de tabagisme actuel et quotidien sont radicalement plus élevés que ceux observés dans l'ensemble de la population canadienne. Sur une note positive, environ 8 % des adolescents des Premières Nations sont d'ex-fumeurs et citent le souhait d'avoir un mode de vie plus sain comme motif pour avoir cessé de fumer. De plus, les adolescents ayant grandi dans un environnement sans fumée sont deux fois moins susceptibles de fumer que ceux ayant grandi dans un ménage avec un fumeur. Ces deux derniers résultats permettent de croire qu'il serait possible d'intervenir dans ces aspects : accroître les taux de cessation en favorisant un mode de vie plus sain, et faire la promotion des milieux domestiques sans fumée.

Les taux d'abstinence d'alcool sont plus élevés chez les adolescents des Premières Nations que chez les

adolescents dans l'ensemble de la population canadienne. Toutefois, lorsque les adolescents des Premières Nations consomment de l'alcool, ils sont plus susceptibles de consommer de façon excessive. Ces résultats suggèrent que des mesures d'intervention devraient encourager l'abstinence d'alcool, ou dans le cadre de réduction des méfaits, encourager la consommation modérée et responsable. Les résultats révèlent que les adolescents sont plus susceptibles de demeurer abstinentes d'alcool si leurs parents biologiques vivent toujours ensemble, ce qui laisse croire qu'une vie familiale stable peut réduire les risques de consommation d'alcool.

En ce qui a trait à la consommation de drogues, le cannabis est la drogue la plus couramment consommée chez les adolescents des Premières Nations. Un adolescent sur trois a consommé du cannabis au cours de l'année précédente, comparativement à moins d'un adolescent sur 10 qui a consommé d'autres drogues. **Éduquer les adolescents sur les risques liés à la consommation de cannabis**, y compris les problèmes d'abus et de dépendance, pourrait encourager certains adolescents à réduire ou à cesser leur consommation.

Les déterminants sociaux et de la santé relatifs à la consommation de drogues et d'alcool ont également été examinés. Il a été démontré que le statut civil des parents était toujours lié à la consommation de substances des adolescents. La consommation de drogues licites et illicites est plus répandue chez les adolescents dont les parents ne vivent plus ensemble en raison d'une séparation, d'un divorce ou du décès d'un des conjoints que chez ceux dont les parents sont mariés ou vivent en union de fait. Ces résultats permettent de penser que les adolescents dont les parents ne sont plus ensemble peuvent nécessiter davantage de soutien pour adopter des comportements sains.

En matière d'intervention, une approche multi-niveaux est nécessaire afin de tenir compte des causes aux plans individuel, communautaire et systémique. Les efforts devraient s'appuyer sur les forces des adolescents des Premières Nations et des communautés. Par ailleurs, les interventions communautaires peuvent comprendre l'élaboration de programmes d'éducation à la santé et de traitement conçus pour réduire la consommation de substances, particulièrement ceux qui intègrent une composante culturelle étant donné l'effet protecteur que la culture des Premières Nations a sur la consommation de substances chez les adolescents (Dell et al., 2011; Herman-Stahl, Spencer, & Duncan, 2003; Stone, Whitbeck, Chen, Johnson, & Olson, 2005). Les recherches semblent indiquer que les programmes interactifs qui permettent

aux participants d'identifier les pressions qu'ils ressentent pour consommer des substances et d'acquérir les compétences requises pour résister à ces pressions sont plus efficaces que les programmes qui ne font que fournir de l'information sur les effets néfastes (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2007).

En outre, et peut-être plus important encore, les efforts d'intervention ne devraient pas éviter d'aborder les incidences de la marginalisation et des mauvais traitements actuels et historiques que subissent les Premières Nations sur la consommation de substances et les dépendances chez les adolescents. Les effets de cette marginalisation, tels que la pauvreté, la discrimination raciale, et la détérioration culturelle sont également susceptibles d'accroître le risque de consommation de substances chez les adolescents. En outre, il a été démontré que les coalitions communautaires sont efficaces lorsqu'il s'agit d'identifier les forces sociales qui poussent les adolescents à consommer des substances dans une communauté donnée, ainsi que pour élaborer des stratégies efficaces pour traiter le problème (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2007).

CONCLUSIONS

Les résultats de l'ERS 2008-10 ont révélé un certain nombre de domaines où des améliorations s'avèrent nécessaires en ce qui a trait à la consommation de substances chez les adolescents, en particulier le tabagisme actuel et quotidien, la consommation massive, et la consommation de cannabis. Comparativement aux adolescents dans l'ensemble de la population canadienne, les adolescents qui vivent dans les communautés des Premières Nations sont davantage à risque de consommer des substances. Le présent chapitre met en lumière des aspects où des changements pourraient être apportés. Les efforts pour promouvoir la prévention ou réduire la consommation de substances dans les réserves et les collectivités nordiques doivent tenir compte des facteurs individuels, communautaires et sociétaux associés à un risque accru de consommation de substances chez les adolescents des Premières Nations.

RÉFÉRENCES

- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2006). Youth volatile solvent abuse FAQs. Canadian Centre on Substance Abuse. Consulté à partir de http://www.ccsa.ca/2006_%20CCSA_%20Documents/ccsa-011326-2006.pdf. Consulté en février 2011.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2007). *Substance use in Canada: Youth in focus*. Ottawa, ON: Author.

- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (ERS) 2002–03: Survey results for adults, youth and children qui vivent dans les communautés des Premières Nations*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Dell, C. A., Seguin, M., Hopkins, C., Tempier, R. Mehl-Madrona, L., Dell, D., Duncan, R., Mosier, K. (2011). From benzos to berries: Treatment offered at an aboriginal youth solvent abuse treatment centre relays the importance of culture. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 56(2), 75–83.
- Dumont, J. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (ERS) Cultural Framework*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations. Consulté à partir de http://www.fnigc.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_General/developing-a-cultural-framework.pdf
- Hasin, D. S., & Beseler, C. L. (2009). Dimensionality of lifetime alcohol abuse, dependence and binge drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 101(1–2), 53–61.
- Santé Canada (2007). Substance use by Canadian youth – A national survey of Canadians' use of alcohol and other drugs – Canadian Addiction Survey (CAS): Cannabis use and harms. *Santé Canada*. Cat no.: H128-1/07-499E HC Pub: 4946. Consulté à partir de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/cas_youth-etc_jeunes/index-eng.php. Retrieved on February 2011.
- Santé Canada (2009a). *Summary of Results of the 2008-09 Youth Smoking Survey*. Waterloo, ON: University of Waterloo.
- Santé Canada (2009b). *Supplementary Tables, Youth Smoking Survey 2008–2009*. Waterloo, ON: University of Waterloo.
- Herman-Stahl, M., Spencer, D. L., & Duncan, J. E. (2003). The implications of cultural orientation for substance use among American Indians. *American Indian & Alaska Native Mental Health Research: The Journal of the National Center*, 11(1), 46–66.
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (2004). NIAAA council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsletter* 2004; No. 3, p. 3. Disponible à http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.pdf. Accessed February, 2011.
- O'Brien, D. (2005, August 24). Manitoba's sniff crisis has given birth to a tragic trend...Babies that smell like gas: Pauingassi First Nation report on solvent abuse. *Winnipeg Free Press*, pp. A1-A2.
- Stone, R. A., Whitbeck, L. B., Chen, X., Johnson, K., & Olson, D. M. (2005). Traditional practices, traditional spirituality, and alcohol cessation among American Indians. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 67(2), 236–42.
- Young, T. K. (1994). *The Health of Native Americans: Towards a Biocultural Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Chapitre 23

Santé sexuelle

SOMMAIRE

L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 révèle que 27,9 % des adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques sont actifs sexuellement. Parmi ces adolescents, 92,5 % rapportent avoir été actifs sexuellement au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Un peu moins de la moitié (47,2 %) des adolescents plus âgés, soit ceux de 15 à 17 ans, rapportent être actifs sexuellement. Cette prévalence est deux fois plus élevée que les 29 % d'adolescents canadiens âgés de 15 à 17 ans qui rapportent être actifs sexuellement (Rotermann, 2008). Moins d'un jeune adolescent sur 10 (9,9 %), soit ceux âgés de 12 à 14 ans, rapporte être actif sexuellement. Malgré cela, les jeunes adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 14 ans rapportent avoir davantage de partenaires sexuels que les adolescents âgés de 15 à 17 ans, comparativement aux adolescents canadiens qui rapportent davantage de partenaires sexuels avec l'âge. Cette information donne à penser que les jeunes adolescents des Premières Nations ont davantage de comportements sexuels à risque. La prévalence de l'utilisation du condom chez les adolescents des Premières Nations est similaire à celle chez les adolescents canadiens : 79,1 % des adolescents des Premières Nations actifs sexuellement rapportent utiliser des condoms, comparativement à 81 % des adolescents canadiens. Par ailleurs, 22,5 % des adolescents des Premières Nations rapportent utiliser des contraceptifs oraux, tandis que 8,2 % ne rapportent l'utilisation d'aucun moyen de contraception. La prévalence des grossesses est demeurée inchangée entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10, avec 16,0 % et 16,1 % respectivement. Parmi les adolescents des Premières Nations qui rapportent avoir eu un enfant, 58,0 % rapportent avoir eu leur enfant entre 12 et 15 ans. Seuls 9,6 % des adolescents des Premières Nations rapportent avoir passé un examen de dépistage des infections transmissibles sexuellement (ITS), tandis que 6,8 % rapportent avoir passé un examen de dépistage du VIH-Sida. En outre, il est préoccupant de constater que 80 % des adolescents des Premières Nations qui rapportent être actifs sexuellement ont consommé de l'alcool au cours de l'année précédant l'Enquête. Les données présentées illustrent l'état actuel de la santé sexuelle des adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations au Canada. Il est également assez préoccupant de constater la prévalence élevée de grossesses chez les adolescentes et d'état parental, ce qui rend les adolescents des Premières Nations plus vulnérables à la monoparentalité, aux faibles niveaux de scolarisation, à la pauvreté, et aux problèmes de santé. La relation entre la consommation d'alcool et les comportements sexuels est tout aussi inquiétante et doit être investiguée davantage. Les adolescents des Premières Nations sont particulièrement vulnérables à de tels comportements à risque en raison de l'histoire coloniale, laquelle continue d'affecter la santé et le bien-être des communautés des Premières Nations. Des efforts concertés devraient être consentis afin de traiter les enjeux individuels, familiaux et communautaires, en utilisant les forces culturelles pour améliorer l'éducation et les programmes en matière de santé sexuelle.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Plus d'un quart (27,9 %) des adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans indiquent être actifs sexuellement.
- L'activité sexuelle chez les adolescents des Premières Nations augmente avec l'âge; 64,7 % de ceux âgés de 17 ans indiquent être actifs sexuellement.
- Moins d'un adolescent des Premières Nations sur dix (9,9 %) âgés de 12 à 14 ans indique être actif sexuellement.
- Les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 14 ans rapportent davantage de partenaires sexuels que les adolescents âgés de 15 à 17 ans.
- Plus de trois quarts (79,1 %) des adolescents des Premières Nations actifs sexuellement indiquent utiliser des condoms.
- Davantage de garçons des Premières Nations (84,1 %) que de filles (74,4 %) indiquent utiliser des condoms.
- Les adolescents des Premières Nations âgés de 15 à 17 ans indiquent davantage utiliser des condoms (80,0 %) que les adolescents âgés de 12 à 14 ans (75,1 %).
- 59,0 % des adolescents des Premières Nations qui déclarent utiliser des condoms indiquent « toujours » les utiliser.
- La raison la plus fréquemment indiquée (26,5 %) pour justifier ne pas toujours utiliser des condoms est le fait d'être avec un partenaire régulier.
- Moins d'un quart (22,5 %) des adolescents des Premières Nations qui étaient actifs sexuellement au cours de l'année précédant l'Enquête indiquent utiliser des contraceptifs oraux.
- Moins d'un cinquième (16,0 %) des adolescents des Premières Nations actifs sexuellement indiquent avoir été enceintes ou avoir mis une partenaire enceinte.
- 60,7 % des adolescents des Premières Nations qui indiquent avoir été enceintes ou avoir mis une partenaire enceinte rapportent avoir un enfant.
- 58,0 % des adolescents des Premières Nations qui ont des enfants ont eu leur premier enfant à un très jeune âge, soit entre 12 et 15 ans.
- Seuls 9,6 % des adolescents des Premières Nations indiquent avoir passé un examen de dépistage d'ITS, tandis que seuls 6,8 % des adolescents des Premières Nations indiquent avoir passé un examen de dépistage du VIH-sida.
- 80,0 % des adolescents des Premières Nations qui indiquent être actifs sexuellement rapportent également avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédant l'Enquête.

INTRODUCTION

Les statistiques actuelles sur la santé sexuelle des adolescents des Premières Nations sont préoccupantes. Les taux d'infections transmissibles sexuellement, de VIH, de grossesses non planifiées et de grossesses précoces sont en hausse chez les adolescents des Premières Nations et sont considérablement plus élevés que les taux chez les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne (Anderson, 2000; Agence de santé publique du Canada [ASPC], 2004). Les enjeux de santé sexuelle chez les adolescents des Premières Nations doivent être considérés dans le contexte historique et culturel qui a façonné la vie des peuples et des communautés des Premières Nations. Cela exige un examen approfondi de l'histoire coloniale qui continue d'influencer les Premières Nations.

Ce chapitre présente une analyse des données recueillies sur la santé sexuelle et l'activité sexuelle des adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans dans le cadre de l'ERS 2008-10. Lorsque applicable, les données sont comparées aux données canadiennes sur l'activité sexuelle des adolescents tirées du Cycle 3.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005, (Rotermann, 2008). Un cadre culturel a guidé l'analyse des données de l'ERS. Le recours à ce cadre culturel permet d'assurer un contexte culturel aux comportements en matière de sexualité et de santé sexuelle, créant ainsi un processus d'analyse approprié pour l'histoire et les circonstances uniques des adolescents des Premières Nations. Un aperçu historique illustre les facteurs qui ont influencé la santé sexuelle des adolescents des Premières Nations. En se fondant sur les données actuelles, des tendances en matière de comportement sexuel chez les adolescents des Premières Nations sont présentées, dont l'activité sexuelle et les moyens de contraception. À partir de ces renseignements, des enjeux potentiels ainsi que des approches pour traiter les besoins des adolescents des Premières Nations en ce qui a trait à leur santé sexuelle sont discutés.

Cadre culturel

Les quatre axes du cadre culturel de l'ERS forment une approche culturellement pertinente pour comprendre la santé et le bien-être des Premières Nations (Organisation nationale de la santé autochtone [ONSA], 2005). Dans ce modèle à quatre directions, il est primordial que la santé globale de l'individu résulte de l'esprit, du corps, de l'âme et du cœur, tout en contextualisant cela dans l'environnement familial et communautaire. La porte de l'Ouest met en valeur l'importance du savoir, de l'éducation et de l'apprentissage, et par rapport aux

données actuelles, elle favorise la compréhension de la santé sexuelle des Premières Nations pour faciliter l'orientation. La porte du Nord met en valeur l'importance de comportements sexuels sains pour le bien-être des individus, des familles et de la communauté. La porte de l'Est reconnaît l'importance de la culture et de la spiritualité pour la santé des individus et de la communauté, et rappelle la nécessité de restaurer les croyances, valeurs, enseignements, cérémonies et remèdes traditionnels pour favoriser la santé. La porte du Sud met en valeur l'importance d'un milieu de vie sain où l'harmonie et l'équilibre soutiennent la stabilité, la santé et le bien-être.

Contextes historiques

Les adolescents des Premières Nations du Canada sont frappés de façon disproportionnée par les ITS (Santé Canada, 2001), le VIH (ASPC, 2004), les grossesses chez les adolescentes, et les agressions sexuelles (Association des infirmières et infirmiers autochtones, 2002). Par exemple, c'est chez les adolescents autochtones (Premières Nations, Métis et Inuit) que les taux de chlamydia et de gonorrhée au Canada sont les plus élevés (ASPC, 2007). Les données suggèrent que les adolescents des Premières Nations sont surreprésentés dans les cas d'infection au VIH nouvellement diagnostiqués (Santé Canada, 2001). Les taux de grossesses chez les adolescentes des Premières Nations sont également beaucoup plus élevés, soit jusqu'à six fois plus élevés que chez les adolescents canadiens (Cloe & Guimond, 2009; UNICEF Canada, 2009). Les agressions sexuelles sont également un problème grave et répandu chez les adolescents autochtones (*Ontario Federation of Indian Friendship Centres* [OFIFC], 2002).

La situation de la santé sexuelle des adolescents des Premières Nations est le fruit d'interactions complexes entre les facteurs historiques, culturels, sociaux, développementaux et comportementaux. À l'instar des adolescents canadiens, les adolescents des Premières Nations sont plus vulnérables aux infections (Rotermann, 2008), à la pression des pairs, plus susceptibles d'avoir des comportements à risque, et manquent plus souvent des compétences et de la confiance nécessaires pour s'assurer de pratiques sexuelles sans risque (Flicker et al., 2010), comparativement aux adultes. Ces enjeux sont présents chez les adolescents des Premières Nations et aggravés par des facteurs additionnels qui résultent d'une histoire faite de colonisation et d'oppression. Ces facteurs comprennent la pauvreté (Statistique Canada, 2006c), les agressions (Fondation de guérison autochtone, 2004), la négligence (Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone, 2010), la perte de la culture (Fondation de guérison autochtone, 2004), ainsi qu'une

faible estime de soi et de la confusion relative à l'identité (Hundleby et al., 2007). Le présent chapitre examine cette histoire et les principaux enjeux qui influencent la santé sexuelle des adolescents des Premières Nations.

Tout au long de l'histoire, les Premières Nations ont vécu de grands changements culturels et sociaux qui ont influencé leur vision de la sexualité humaine. Dans les cultures traditionnelles des Premières Nations, la sexualité était considérée comme un cadeau du Créateur qui se voulait source de plaisir (Newhouse, 1998). L'expression de la sexualité était acceptée et attendue comme faisant partie du développement humain (Association des infirmières et infirmiers autochtones, 2002; McGeough, 2008). En outre, la sexualité était considérée comme nécessaire au bien-être individuel et à la reproduction (Kliest, 2008), et elle était vue comme une expérience sacrée en raison de sa capacité de générer la vie, et d'assurer la survie des peuples (Newhouse, 1998). L'ouverture et la célébration du sexe et de la sexualité dans les cultures des Premières Nations contrastent nettement avec la vision occidentale influencée par la chrétienté de la sexualité humaine, laquelle considère le sexe et la sexualité comme sales et devant être contrôlés et relégués à la vie privée (Newhouse, 1998). Cette dichotomie des visions constitue une source de conflit pour les adolescents des Premières Nations, qui a sans nul doute interrompu l'épanouissement d'une sexualité et de comportements sexuels sains. Des recherches menées par l'*Ontario Federation of Indian Friendship Centres* (2002) ont également révélé que les adolescents autochtones qui rapportent avoir été agressés sexuellement sont trois fois plus susceptibles de rapporter avoir des relations sexuelles parce qu'ils veulent de l'amour. Les adolescents qui ont été agressés sexuellement sont également plus susceptibles d'avoir six partenaires sexuels ou plus, moins susceptibles d'avoir des relations monogames, moins susceptibles d'utiliser un moyen de contraception, et beaucoup plus susceptibles de devenir enceintes ou de mettre leur partenaire enceinte (OFIFC, 2002). Le taux élevé d'agressions sexuelles dans les communautés des Premières Nations est un facteur important qui affecte la santé sexuelle (OFIFC, 2002).

De nombreuses Premières Nations ont également subi de grandes pertes culturelles, dont la perte des cérémonies entourant la puberté et l'entrée dans le monde adulte (Duran, Duran, & Braveheart, 1998). Ces cérémonies entourant la puberté et l'entrée dans le monde adulte existaient dans la plupart des cultures des Premières Nations et visaient à faciliter le développement identitaire positif et à éduquer les adolescents au sujet du pouvoir de la sexualité humaine et de ses liens avec la Création et la spiritualité. Ces cérémonies célébraient la

transition de l'enfance à l'adolescence ou à l'âge adulte en tant que stade critique au cours duquel les adolescents sont à risque élevé de stress biologique et psychosocial (Markstrom, 2008). Il était entendu que ce stade critique du développement nécessitait une attention spéciale pour favoriser un sain développement (Markstrom, 2008). Les cérémonies de passage à l'âge adulte étaient la principale façon de transmettre le savoir, les codes moraux, les valeurs et les comportements appropriés en matière de santé sexuelle aux adolescents des Premières Nations. Au grand détriment des peuples des Premières Nations, l'influence de la culture occidentale a fait en sorte que ces cérémonies ont été remplacées par des pratiques de passages à l'âge adulte malsaines, telles que la première consommation d'alcool, la participation à une fête, ou la première relation sexuelle (Markstrom, 2008). Avec la perte de ces cérémonies dans plusieurs communautés des Premières Nations, de précieux savoirs et enseignements culturels sur la sexualité humaine et les relations ont cessé d'être transmis aux adolescents des Premières Nations.

L'histoire de la colonisation et des politiques et pratiques d'assimilation au Canada a contribué à l'état de pauvreté dans les communautés des Premières Nations. Actuellement, un enfant des Premières Nations sur quatre vit dans la pauvreté, comparativement à un enfant canadien sur neuf (Statistique Canada, 2006a). Il est prouvé que le fait de vivre dans la pauvreté a de nombreux effets néfastes sur la vie et la santé des enfants et des adolescents (Projet national de consultation des Autochtones & Aide à l'enfance - Canada, 2002). La violence familiale, le manque d'éducation, un mauvais état de santé et la consommation de substances ne sont que quelques uns des effets néfastes associés à la pauvreté. Par ailleurs, les niveaux accrus de consommation d'alcool et de drogue rapportés par les adolescents des Premières Nations sont particulièrement préoccupants (*Chiefs of Ontario*, 2009; Projet national de consultation des Autochtones & Aide à l'enfance - Canada, 2002; *Saskatchewan Ministry of Health*, 2009). Comparativement aux adolescents canadiens, davantage d'adolescents des Premières Nations consomment de l'alcool et de la drogue, et le font à un plus jeune âge (*Chiefs of Ontario*, 2009; *Saskatchewan Ministry of Health*, 2009; van der Woerd et al., 2005). Des recherches approfondies ont révélé que les adolescents des Premières Nations qui consomment de l'alcool et de la drogue sont plus susceptibles d'adopter des comportements sexuels à risque (OFIFC, 2002). Il est également prouvé que la consommation d'alcool contribue aux grossesses chez les adolescentes des Premières Nations (OFIFC, 2002). En outre, il y a peu de programmes d'éducation sexuelle

pour les adolescents des Premières Nations, et ce qui est disponible est souvent offert dans un format inadéquat du point de vue culturel (Banister & Begoray, 2006).

Il est reconnu que les approches biomédicales occidentales en santé ne sont pas efficaces et ne conviennent pas aux concepts de santé et de bien-être des Premières Nations et qui sont fondés sur les notions d'équilibre et d'holisme (Banister & Begoray, 2006). Le contraste entre les concepts occidentaux et des Premières Nations est particulièrement flagrant en matière de sexualité et de santé sexuelle (Newhouse, 1998). Les valeurs et la vision individualiste occidentales présentent la puberté comme un enjeu personnel ou privé, isolant ainsi l'adolescent au moment où il se trouve au stade critique de la puberté et où il a particulièrement besoin de liens significatifs, en particulier avec la famille et la communauté (Banister & Begoray, 2006). En fait, ce sont les liens à la famille et à la communauté qui sont au centre de la culture des Premières Nations (Banister & Begoray, 2006) et qui favorisent le développement de l'identité chez les adolescents des Premières Nations. Il s'agit là de facteurs importants qui contribuent à promouvoir une saine sexualité adolescente et des comportements sexuels sains chez les adolescents des Premières Nations.

MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de l'ERS 2008-10, les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans qui vivent dans les communautés des Premières Nations ont dû indiquer s'ils sont actifs sexuellement et s'ils ont eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'Enquête. De plus, une série de questions leur était posée :

- Avec combien de partenaires as-tu eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois?
- Quel(s) moyen(s) de contraception ou de protection toi et ton/ta partenaire(s) utilisez-vous?
- Pour quel motif principal as-tu recours à ce(s) moyen(s) de contraception?
- À quelle fréquence utilises-tu le condom?
- Pour quelle raison principale n'as-tu pas utilisé le condom?
- Es-tu déjà tombée enceinte ou as-tu déjà mis ta partenaire enceinte?
- Combien d'enfants as-tu mis au monde ou de combien d'enfants es-tu le père?
- À quel âge as-tu eu ton premier enfant?
- As-tu déjà passé un examen de dépistage des maladies ou infections transmissibles sexuellement (MTS ou ITS)?
- Sans indiquer si celui-ci s'est avéré négatif ou po-

sitif, as-tu déjà passé un examen de dépistage du VIH-Sida?

Les liens potentiels entre les habitudes sexuelles et d'autres variables dans l'ERS 2008-10 sont également évalués, notamment la consommation d'alcool.

RÉSULTATS

Activité sexuelle

Dans l'ERS 2008-10, 27,9 % des adolescents des Premières Nations rapportent être actifs sexuellement. Ces données concordent avec celles de l'ERS 2002-03, alors que 28,4 % des adolescents des Premières Nations étaient actifs sexuellement. Tel que le montre la Figure 23.1, 9,9 % des adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 14 ans rapportent être actifs sexuellement, ce qui représente une légère hausse par rapport à l'ERS 2002-03 qui révélait que seuls 7,9 % des individus de ce groupe d'âge étaient actifs sexuellement. Également, 47,2 % des adolescents âgés de 15 à 17 ans rapportent être actifs sexuellement, comparativement à 46,1 % des adolescents des Premières Nations dans l'ERS 2002-03. La prévalence de l'activité sexuelle est beaucoup plus élevée chez les adolescents des Premières Nations que chez les adolescents canadiens âgés de 15 à 17 ans, parmi lesquels seuls 29 % rapportent une activité sexuelle. Aux fins de comparaison, seuls 8 % des jeunes adolescents canadiens âgés de 15 ans et moins rapportent être actifs sexuellement, tandis que 9,9 % des adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 14 ans rapportent être actifs sexuellement. Tel que le montre le Tableau 23.1, davantage d'adolescents des Premières Nations rapportent être actifs sexuellement à mesure que l'âge augmente.

Figure 23.1. Activité sexuelle, selon le groupe d'âge

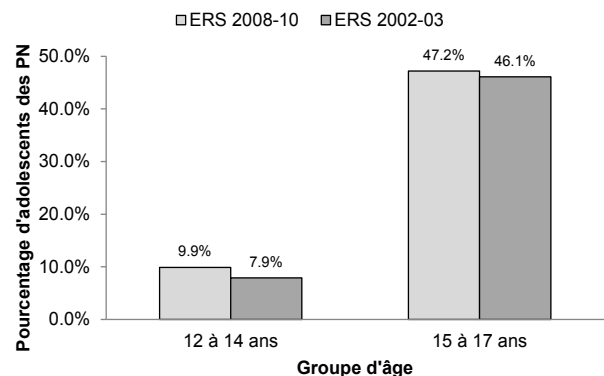
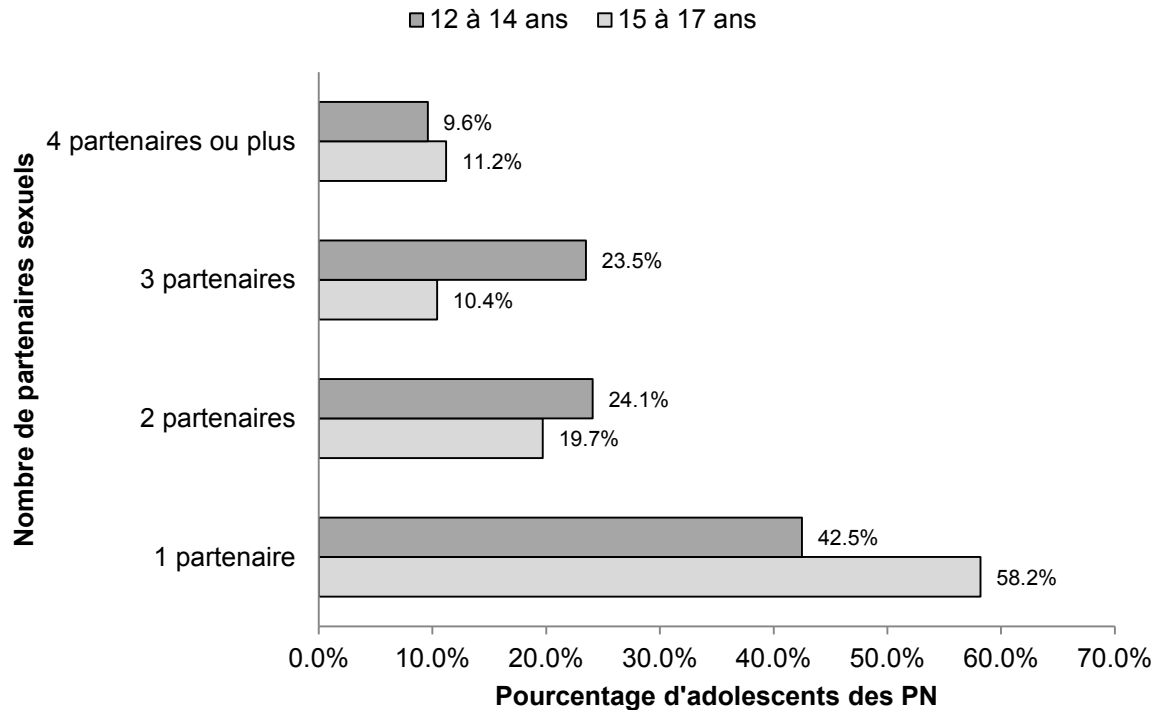


Tableau 23.1. Pourcentage d'adolescents actifs sexuellement, selon le groupe d'âge

Âge	Actifs sexuellement (%)
12	3,0
13	8,6
14	16,8
15	29,2
16	50,8
17	64,7

L'examen du nombre de partenaires sexuels selon l'âge des adolescents des Premières Nations révèle que 58,2 % des adolescents des Premières Nations âgés de 15 à 17 ans et 42,5 % des adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 14 ans rapportent avoir eu seulement un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédant l'Enquête. La Figure 23.2 illustre le nombre de partenaires sexuels rapporté selon le groupe d'âge.

Les jeunes adolescents des Premières Nations qui rapportent être actifs sexuellement ont eu davantage de partenaires sexuels que les adolescents plus âgés des Premières Nations. Un peu moins du quart (24,1 %) des jeunes adolescents des Premières Nations rapportent avoir eu deux partenaires sexuels, comparativement à 19,7 % des adolescents plus âgés des Premières Nations. De même, un peu moins du quart (23,5 %) des jeunes adolescents des Premières Nations rapportent avoir eu trois partenaires sexuels, comparativement à 10,4 % des adolescents plus âgés des Premières Nations. Moins d'un jeune adolescent des Premières Nations sur 10 (9,6 %) rapporte avoir eu quatre partenaires sexuels ou plus, comparativement à 11,2 % des adolescents plus âgés des Premières Nations. En revanche, les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne rapportent davantage de partenaires sexuels avec l'âge.

Figure 23.2. Nombre de partenaires sexuels, selon le groupe d'âge

L'examen de la variation de l'activité sexuelle selon le sexe révèle que 29,2 % des filles des Premières Nations rapportent être actives sexuellement, comparativement à 26,7 % des garçons. En ce qui a trait à l'âge et au sexe, la proportion d'adolescents des Premières Nations qui sont actifs sexuellement est similaire chez les garçons et les filles. Chez les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 14 ans, 9,3 % des garçons et 10,6 % des filles rapportent

être actifs sexuellement. Chez ceux âgés de 15 à 17 ans, 45,5 % des garçons et 48,9 % des filles rapportent être actifs sexuellement. Les garçons et les filles des Premières Nations rapportent également des nombres similaires de partenaires sexuels : 54,3 % des garçons et 56,4 % des filles rapportent avoir eu un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédant l'Enquête, et 13,2 % des garçons des Premières Nations et 8,8 % des filles rapportent avoir

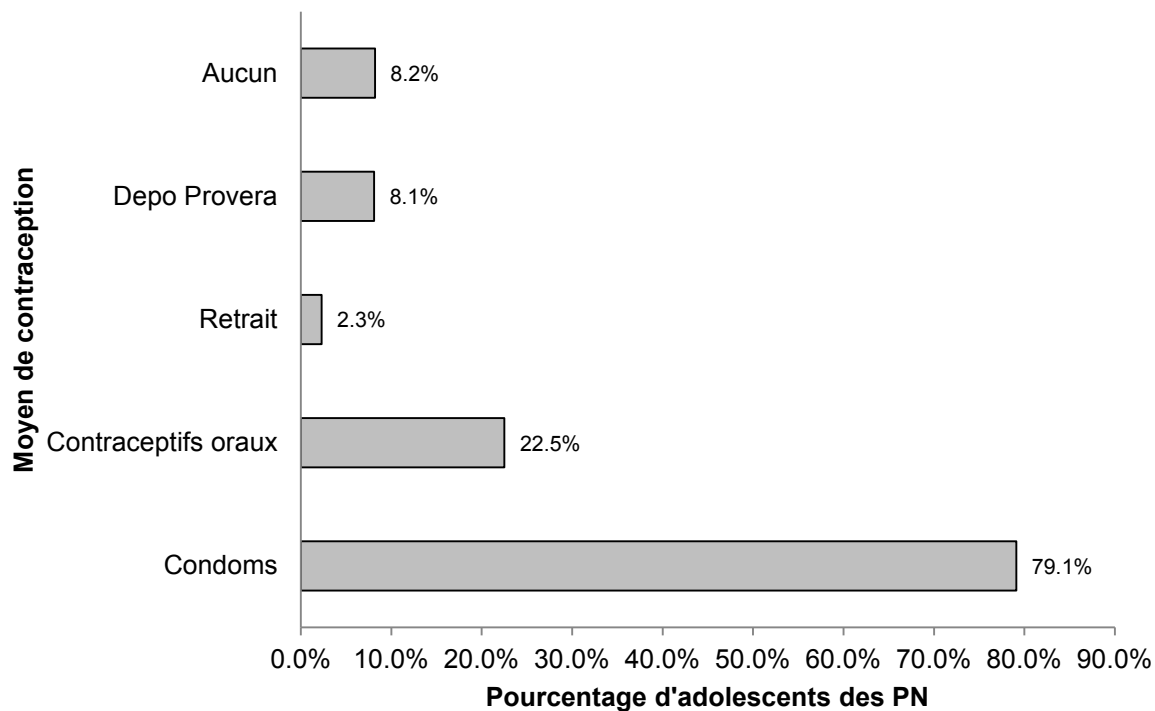
eu quatre partenaires sexuels ou plus au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Les résultats pour l'ensemble de la population canadienne révèlent que les garçons sont plus susceptibles d'avoir eu de multiples partenaires.

Moyens de contraception et de protection

Les moyens de contraception et de protection se divisent en deux grandes catégories : la prévention des grossesses et la réduction des risques d'ITS. La Figure

23.3 présente les principaux moyens de contraception et de protection rapportés par les adolescents des Premières Nations. Plus du quart (27,4 %) des adolescents des Premières Nations rapportent utiliser un moyen de contraception pour éviter une grossesse, tandis que 15,9 % rapportent utiliser un moyen de contraception pour se protéger des ITS. Plus de la moitié (55,8 %) des adolescents des Premières Nations rapportent utiliser un moyen de contraception et de protection à la fois pour éviter une grossesse et se protéger des ITS.

Figure 23.3. Principaux moyens de contraception et de protection



Parmi les adolescents des Premières Nations qui rapportent avoir eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'Enquête, 79,1 % indiquent avoir utilisé des condoms comme moyen de contraception ou de protection. Ce résultat est légèrement plus bas que celui de l'ERS 2002-03, alors que 81 % des adolescents des Premières Nations indiquaient utiliser des condoms. L'ESCC 2005 présentait des résultats spécifiques sur l'utilisation de condoms lors de la dernière relation sexuelle : 81 % des adolescents canadiens âgés de 15 à 17 ans indiquaient avoir utilisé des condoms. Le taux d'utilisation des condoms chez les jeunes adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 14 ans est de 75,1 %, tandis qu'il est de 80,0 % chez les adolescents des Premières Nations âgés de 15 à 17 ans. La classification des adolescents des

Premières Nations selon le sexe révèle que 84,1 % des garçons et 74,4 % des filles rapportent utiliser des condoms. De même, les garçons dans l'ensemble de la population canadienne sont plus susceptibles que les filles de rapporter avoir utilisé des condoms lors de la dernière relation sexuelle (80 % vs 70 %, respectivement [Rotermann, 2008]).

Invités à indiquer à quelle fréquence ils utilisent des condoms, 59,0 % des adolescents des Premières Nations indiquent « toujours » utiliser des condoms; 22,8 % les utilisent « la plupart du temps »; 11,6 % les utilisent « occasionnellement »; et 6,7 % ne les utilisent « jamais ». Le Tableau 23.2 présente les raisons invoquées pour ne pas « toujours » utiliser des condoms.

Tableau 23.2. Raisons pour ne pas « toujours » utiliser des condoms

Raisons pour ne pas « toujours » utiliser un condom	Pourcentage
Avec un(e) partenaire régulier(ère)	26,5
Pas de condom sur soi à ce moment	18,5
Sous influence à ce moment	16,5
Pas voulu utiliser un condom	7,3
Pas pensé à utiliser un condom	7,2
Partenaire souhaitait tomber enceinte	2,4
Pas les moyens d'en acheter	1,3
Autre	6,5

Parmi les adolescents des Premières Nations qui rapportent être actifs sexuellement, 22,5 % indiquent utiliser des contraceptifs oraux. L'utilisation de contraceptifs oraux varie selon le groupe d'âge : 15,1 % des adolescents âgés de 12 à 14 ans et 24,2 % des adolescents âgés de 15 à 17 ans indiquent utiliser des contraceptifs oraux. Moins d'un adolescent des Premières Nations sur 10 (8,1 %) qui rapporte être actif sexuellement indique également utiliser le contraceptif Depo-Provera (injection). Un jeune adolescent des Premières Nations sur 10 (10,0 %) rapporte utiliser du Depo-Provera, comparativement à 7,7 % des adolescents plus âgés des Premières Nations. Moins d'un adolescent des Premières Nations sur 10 (8,2 %) rapporte n'utiliser aucun moyen de contraception : soit 6,8 % des jeunes adolescents des Premières Nations et 8,5 % des adolescents plus âgés des Premières Nations.

Devenir enceinte ou engendrer un enfant

De l'information a été recueillie afin d'évaluer les taux de grossesse et de parentalité chez les adolescents des Premières Nations. Les données révèlent que 16,0 % des adolescents des Premières Nations qui rapportent être actifs sexuellement ont été enceintes ou ont mis leur partenaire enceinte. Il s'agit d'un résultat comparable aux 16,1 % d'adolescents actifs sexuellement dans l'ERS 2002-03 qui rapportaient avoir été enceintes ou avoir mis leur partenaire enceinte, ce qui indique que les taux de grossesse sont demeurés inchangés. Les données diffèrent quelque peu en ce qui a trait aux garçons et aux filles des Premières Nations qui rapportent être actifs sexuellement et avoir été enceintes ou avoir mis leur partenaire enceinte : c'est le cas de 14,3 % des garçons et de 17,5 % des filles. Parmi les adolescents des Premières Nations qui rapportent avoir engendré un enfant, 60,7 % rapportent avoir un enfant. Les données révèlent que davantage d'adolescents des Premières Nations (58,0 %) qui ont des enfants ont eu leur premier enfant à un très jeune âge (12 à 15 ans), tandis

que 42,0 % ont eu leur premier enfant à 16 ou 17 ans.

Tendances en matière de dépistage : ITS et VIH-Sida

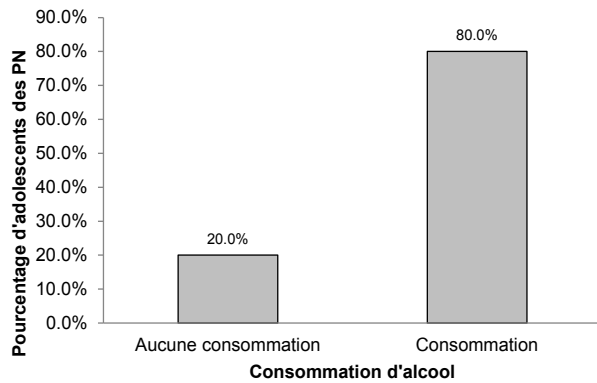
Invités à indiquer s'ils avaient déjà passé un examen de dépistage pour les ITS, la majorité (90,4 %) des adolescents des Premières Nations répond par la négative. Dans le cas des adolescents des Premières Nations qui rapportent avoir passé un examen de dépistage, le fait d'avoir passé un examen de dépistage augmente avec l'âge, passant de 3,4 % chez les jeunes adolescents des Premières Nations à 16,0 % chez les adolescents plus âgés des Premières Nations. Un pourcentage plus élevé de filles des Premières Nations que de garçons rapportent avoir passé un examen de dépistage pour les ITS (14,2 % vs 5,3 %, respectivement).

Les données sont similaires en ce qui a trait aux adolescents des Premières Nations qui rapportent avoir passé un examen de dépistage pour le VIH-Sida. Seuls 6,8 % des adolescents des Premières Nations rapportent avoir passé un examen de dépistage pour le VIH-Sida : soit 3,8 % de ceux âgés de 12 à 14 ans et 9,9 % de ceux âgés de 15 à 17 ans. En outre, davantage de filles des Premières Nations que de garçons rapportent avoir passé un examen de dépistage pour le VIH-Sida (8,5 % vs 5,1 %, respectivement). Le fait d'avoir un nombre élevé de partenaires sexuels est associé à une prévalence plus élevée d'examen de dépistage du VIH-Sida. Par exemple, parmi ceux qui rapportent avoir eu un seul partenaire sexuel au cours des 12 mois précédant l'Enquête, 16,3 % ont passé un examen de dépistage du VIH-Sida, tandis que 33,5 % de ceux qui ont eu quatre partenaires sexuels ou plus rapportent avoir passé un examen de dépistage du VIH-Sida.

Autres facteurs

En ce qui concerne l'activité sexuelle, les données révèlent que 80 % des adolescents des Premières Nations qui rapportent être actifs sexuellement indiquent également avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'Enquête (voir Figure 23.4). Parmi ceux qui rapportent avoir été enceintes ou avoir mis leur partenaire enceinte, 79 % rapportent également avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'Enquête.

Figure 23.4. Activité sexuelle, selon la consommation d'alcool



DISCUSSION

La porte de l'Ouest

L'examen des habitudes sexuelles des adolescents des Premières Nations fournit de l'information sur l'état actuel de leur santé sexuelle. Il est important de comprendre ce que les données nous disent afin de bien guider l'éducation et la promotion de la santé sexuelle à l'intention des adolescents des Premières Nations. L'analyse des données révèle que les taux d'activité sexuelle des adolescents des Premières Nations sont comparables à ceux des adolescents dans l'ensemble de la population canadienne. Les adolescents des Premières Nations et les adolescents canadiens ont également des tendances similaires en ce qui concerne l'augmentation de l'activité sexuelle avec l'âge. Toutefois, un examen approfondi de ces données permet de constater comment diffèrent les habitudes sexuelles des adolescents des Premières Nations. Des taux comparables de 9,6 % des adolescents des Premières Nations et de 8 % des adolescents dans l'ensemble de la population canadienne âgés de moins de 15 ans rapportent être actifs sexuellement. Toutefois, les jeunes adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 14 ans rapportent davantage de partenaires sexuels que les adolescents des Premières Nations âgés de 15 à 17 ans; en revanche, les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne rapportent davantage de partenaires sexuels avec l'âge (Devries et al, 2007). Cette information donne à penser que les jeunes adolescents des Premières Nations qui sont actifs sexuellement ont des comportements sexuels davantage à risque à un plus jeune âge.

D'autres recherches ont établi qu'une activité sexuelle précoce peut accroître les relations sexuelles à risque (Kotchick, Shaffer, & Forehand, 2002), les grossesses chez les adolescentes et les infections transmissibles sexuellement (Langille & Curtis, 2002). Bien que l'ERS

n'ait pas recueilli d'information sur les taux d'ITS chez les adolescents des Premières Nations, les données révèlent que malgré le fait qu'ils ont davantage de partenaires sexuels, les jeunes adolescents des Premières Nations rapportent de plus faibles taux d'examen de dépistage des ITS et du VIH-Sida que les adolescents plus âgés des Premières Nations. Les jeunes adolescents des Premières Nations qui sont actifs sexuellement rapportent également utiliser des condoms et des contraceptifs oraux moins souvent que les adolescents plus âgés des Premières Nations. De plus, la plupart des adolescents des Premières Nations qui ont des enfants ont eu leur premier enfant à un très jeune âge, soit entre 12 et 15 ans. Étant donné les effets néfastes d'un comportement sexuel précoce, il est crucial de trouver des façons de réduire le nombre d'adolescents des Premières Nations qui ont des comportements sexuels à risque en cherchant à bien comprendre les facteurs qui favorisent ce comportement.

Les données révèlent également que les adolescents des Premières Nations qui consomment de l'alcool sont plus souvent actifs sexuellement. Les données actuelles vont dans le sens d'autres recherches réalisées qui montrent que la consommation fréquente d'alcool est un prédicteur de comportements sexuels à risque chez les adolescents. Cette corrélation est vraie pour toute consommation d'alcool au cours de l'année précédente, ce qui la rend imprécise par rapport à la consommation fréquente d'alcool. Par ailleurs, d'autres recherches ont aussi identifié la consommation d'alcool comme un facteur significatif dans les comportements sexuels à risque chez les adolescents (Devries, Free, & Jategaonker, 2007; Kotchick et al., 2002). La *Ontario Federation of Indian Friendship Centres* (2002) cite des constats similaires dans son rapport sur la santé sexuelle et les grossesses chez les jeunes Autochtones en milieu urbain lorsqu'elle rapporte que la consommation d'alcool et de drogues est la raison la plus fréquemment citée dans les cas de grossesses chez les adolescents autochtones (OFIFC, 2002). Étant donné ces résultats, il est clair que la consommation d'alcool est une préoccupation importante qui doit être analysée davantage par rapport à la santé sexuelle des adolescents des Premières Nations.

La porte du Nord

Langille (2007) explique que chez les adolescents, les décisions d'être actif sexuellement et d'utiliser un moyen de contraception sont influencées par un certain nombre de facteurs individuels (p. ex., connaissance, attitudes et croyances), intrafamiliaux (p. ex., structure familiale, communication parent-enfant, et statut socioéconomique), extrafamiliaux (p. ex., influence des

pairs, éducation sexuelle à l'école, et services en santé) et communautaires (p. ex., normes et valeurs). Malgré cela, la recherche, les politiques et les programmes en matière de santé sexuelle tendent à adopter un point de vue centré sur la personne par rapport aux facteurs qui influencent les comportements sexuels (Kotchick et al., 2002). Une sensibilisation à l'importance de la famille et du contexte social constitue une meilleure approche pour comprendre la santé sexuelle des adolescents des Premières Nations. Il ne suffit pas de considérer la connaissance, les croyances et les attitudes des adolescents en matière de santé sexuelle, comme de nombreux programmes d'éducation sexuelle tentent de le faire, parce qu'il est reconnu que les individus vivent dans un environnement où de multiples facteurs influencent la prise de décision. Cela est particulièrement vrai dans le cas de la vie des adolescents des Premières Nations, où des influences historiques continuent de se faire sentir à tous les niveaux avec une pléiade de facteurs qui interagissent et influencent la façon dont les adolescents gèrent la prise de décision en matière de sexualité.

Au plan de la famille, il est prouvé que des facteurs tels que l'éducation parentale, la monoparentalité, le statut socioéconomique, et l'éducation des parents influencent les comportements sexuels des adolescents (Kotchick et al., 2002). La compréhension de ces facteurs par rapport au contexte de la santé sexuelle des adolescents des Premières Nations est cruciale lorsque plus du tiers des enfants autochtones vivent dans la pauvreté et sont plus de deux fois plus susceptibles de vivre dans un foyer monoparental (Statistique Canada, 2006b). Les recherches ont également démontré que les parents, et particulièrement les mères, jouent un rôle important comme modèle en matière de comportement sexuel (Kotchick et al., 2002; OFIFC, 2002). Il est donc primordial d'aborder également la santé sexuelle des parents des Premières Nations, particulièrement des femmes, dans la promotion des modèles positifs dans les communautés des Premières Nations.

La porte de l'Est

La perte de cérémonies, d'enseignements et de pratiques en matière de santé sexuelle et de bien-être explique peut-être les pratiques actuelles en matière de santé sexuelle chez les adolescents des Premières Nations. La porte de l'Est met en évidence l'importance de la culture et de la spiritualité pour la santé individuelle et communautaire. La nécessité de restaurer les croyances, valeurs, enseignements, cérémonies et remèdes culturels traditionnels est jugée cruciale pour le dénouement des effets de l'histoire coloniale

qui ont bouleversé la culture, la santé et le bien-être des Premières Nations (ONSA, 2008; Wilson, 2002).

Les recherches menées par l'OFIFC (2002) sur la santé sexuelle et les grossesses chez les jeunes Autochtones en milieu urbain ont révélé que près de la moitié des jeunes Autochtones ayant participé à l'enquête s'identifient aux traditions spirituelles autochtones mais estiment qu'il leur manque des enseignements culturels concrets sur la sexualité et la planification familiale. L'OFIFC a également trouvé que les jeunes qui s'identifient à la spiritualité autochtone sont moins susceptibles d'avoir été enceintes ou d'avoir mis leur partenaire enceinte. Dans leur échantillon, 63 % des jeunes qui s'identifient à la spiritualité autochtone n'avaient encore jamais engendré d'enfant, comparativement à 52 % des jeunes qui étaient chrétiens et à 48 % des jeunes sans croyances spirituelles (OFIFC, 2002). Cette information donne à penser que la culture et la spiritualité des Premières Nations agit comme un facteur protecteur qui prévient les comportements sexuels à risque. Des recherches similaires ont démontré que les adolescents qui rapportent des degrés plus élevés de religiosité sont moins susceptibles d'être actifs sexuellement (Bringham & Crockett, 1996; Kotchick et al., 2002). Malheureusement, la recherche est limitée par rapport à la possibilité d'établir un lien entre la spiritualité autochtone, la culture et la santé sexuelle. Toutefois, considérant l'issue négative des comportements sexuels à risque, il est primordial de considérer les aspects protecteurs potentiels de la culture et de la spiritualité des Premières Nations.

Avant tout, il est essentiel de tenir compte de la façon dont la sexualité et la santé sexuelle sont comprises dans les cultures des Premières Nations. Dans les cultures traditionnelles des Premières Nations, la sexualité est considérée comme un cadeau du Créateur qui est accepté et attendu comme faisant partie du développement humain et facilite la reproduction et le bien-être personnel (Newhouse, 1998). Toutefois, en raison de l'oppression culturelle et de l'influence coloniale, d'importants changements culturels sont survenus et ont affecté les façons dont la sexualité est exprimée. Les agressions sexuelles subies par de nombreux enfants et adolescents des Premières Nations dans le système des pensionnats ont altéré la capacité de plusieurs générations de familles des Premières Nations de discuter, de s'exprimer et d'être des modèles en matière de saine sexualité. En outre, de précieux rites et cérémonies de passage des Premières Nations qui visaient à éduquer les adolescents sur la puberté, la sexualité, les relations et la planification familiale ne sont plus transmis aux adolescents dans plusieurs communautés des Premières

Nations. L'adolescence est une période où de grands changements physiques, affectifs et sociaux surviennent et c'est la raison pour laquelle c'est un stade critique du développement au cours duquel les adolescents ont besoin d'un soutien et d'un accompagnement accrus. De plus, à ce stade les adolescents se forment et explorent leur identité, ce qui a des implications significatives pour l'estime de soi. Kotchick et al. (2002) ont trouvé que l'estime de soi est un important prédicteur des comportements sexuels et que les adolescents qui ont une faible estime d'eux-mêmes sont plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles non protégées. La promotion de la culture et de la spiritualité des Premières Nations pourrait donc favoriser un développement identitaire positif et l'estime de soi, ainsi qu'offrir d'importants enseignements culturels sur la sexualité humaine.

La porte du Sud

La porte du Sud met en valeur l'importance d'un milieu de vie sain où l'harmonie et l'équilibre soutiennent la stabilité, la santé et le bien-être. L'harmonie est au cœur des peuples des Premières Nations. L'harmonie dans la Création, l'harmonie aux plans physique, psychologique, affectif et spirituel de soi-même, et, particulièrement, l'harmonie entre les hommes et les femmes sont tous d'importants aspects de la vie des peuples des Premières Nations (Boyer, 2009). L'harmonie entre les sexes était favorisée par les rôles et responsabilités distincts, mais également respectés, des hommes et des femmes (Boyer, 2009). Cet équilibre est essentiel à l'harmonie de la famille, de la communauté et de la nation. Mais les politiques et l'influence coloniales, telles que la *Loi sur les Indiens* et les valeurs patriarcales, sont venues bouleverser cet équilibre. Les femmes, en particulier, ont vu disparaître une grande partie de leur statut politique, social et juridique, ainsi que leur autorité (Boyer, 2009). La réduction du rôle et du statut des femmes des Premières Nations a entraîné un risque accru d'agressions physiques et sexuelles (Amnesty International, 2009). Les femmes autochtones sont victimes de violence physique et sexuelle trois ou quatre fois plus souvent que les femmes non autochtones (Amnesty International, 2009).

Le stéréotype de la femme des Premières Nations hypersexualisée découle directement de représentations négatives des femmes des Premières Nations et continue d'influencer la réalité des femmes des Premières Nations et, conséquemment, leur compréhension et leur respect d'elles-mêmes en tant qu'êtres sexuels (Anderson, 2000). Bien que les données montrent que légèrement plus de filles des Premières Nations que de garçons sont actives sexuellement, et des pourcentages similaires

sont rapportés en ce qui a trait au nombre de partenaires sexuels, les filles sont beaucoup moins susceptibles de rapporter l'utilisation de condoms que les garçons. Les filles des Premières Nations rapportent également des taux légèrement supérieurs de grossesses, comparativement aux taux des garçons qui ont mis leur partenaire enceinte. De la littérature, nous savons que la monoparentalité est beaucoup plus fréquente chez les filles. En outre, parce que les filles assument souvent la majorité des responsabilités parentales, elles ont moins de possibilités académiques et professionnelles et sont, subséquemment, plus vulnérables à la pauvreté et aux problèmes de santé (Langille, 2007).

Par ailleurs, les effets intergénérationnels de l'héritage des pensionnats ont également laissé les adolescents des Premières Nations vulnérables aux agressions physiques et sexuelles. Dans son enquête sur les jeunes Autochtones, l'OFIFC a trouvé que 61 % des filles, comparativement à 35 % des garçons, rapportent avoir subi une agression sexuelle (OFIFC, 2002). Il a également été observé que les agressions sexuelles surviennent dans la vie des garçons et des filles qui sont plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles pour avoir de l'amour, plus susceptibles d'avoir de multiples partenaires, moins susceptibles d'utiliser un moyen de protection, et plus susceptibles de devenir enceintes ou de mettre leur partenaire enceinte.

En ce qui concerne les communautés, elles ont l'obligation d'assurer aux adolescents un passage sécuritaire à l'âge adulte. Cela exige des communautés des Premières Nations qu'elles travaillent au bien-être communautaire et qu'elles assurent la promotion de comportements sains, dont la promotion de la culture, pour remédier aux influences néfastes de la colonisation et guérir des traumatismes intergénérationnels, tels que l'héritage des pensionnats. La promotion de la culture traditionnelle des Premières Nations signifie la restauration de l'équilibre entre les sexes et du respect et de l'autorité des femmes des Premières Nations au sein des communautés.

CONCLUSIONS

Les données de l'ERS 2008-10 offrent un aperçu des comportements en matière de santé sexuelle des adolescents des Premières Nations. Bien que les adolescents des Premières Nations et les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne affichent des tendances similaires relativement à l'activité sexuelle, un examen approfondi révèle de nombreuses différences. Une initiation précoce à l'activité sexuelle et un nombre élevé de partenaires sexuels chez les très jeunes adolescents des Premières Nations sont des facteurs hautement prédictifs de comportements sexuels à risque. Cela

explique peut-être les taux élevés de grossesses chez les adolescentes et d'ITS chez les adolescents des Premières Nations. Les données actuelles donnent à penser que la consommation d'alcool est associée à des taux accrus d'activité sexuelle chez les adolescents des Premières Nations. En tant que problème important dans les communautés des Premières Nations et facteur prédicteur de comportements sexuels à risque chez les adolescents, la consommation d'alcool est un enjeu important pour la santé sexuelle qui doit être investigué davantage et traité.

L'adoption d'une approche multidisciplinaire est essentielle à la compréhension approfondie des facteurs qui façonnent la santé sexuelle des adolescents des Premières Nations, car ce sont ces facteurs qui affectent indirectement les adolescents des Premières Nations qui sont les plus inquiétantes pour la santé sexuelle. Plus important, encore, il faut aborder les facteurs sociétaux, dont les incidences de l'histoire coloniale, qui ont une portée considérable, et affectent toutes les facettes de la santé et du bien-être. La complexité et la multiplicité des influences historiques sur la santé sexuelle des adolescents des Premières Nations, combinées aux risques biologiques et développementaux auxquels font face les adolescents représentent un réel défi mais leur résolution est nécessaire si l'on veut que les efforts portent fruit.

L'influence et les politiques coloniales ont dévasté les cultures des Premières Nations, bouleversé les sociétés et démolit les systèmes politiques, économiques, communautaires et des clans qui étaient conçus de façon à favoriser la santé et le bien-être des Premières Nations. La restauration de ces systèmes est nécessaire pour retrouver l'équilibre entre les sexes, le bien-être des familles et des communautés, et, ultimement, la santé et le bien-être des individus. En tant que force culturelle et facteur de protection pour les adolescents, la culture des Premières Nations a le potentiel de favoriser un développement et des comportements sexuels sains. Par ailleurs, des efforts devraient être consentis afin de remédier au manque actuel de programmes culturellement pertinents en matière d'éducation sexuelle efficace pour les adolescents des Premières Nations. Il est également crucial que les communautés des Premières Nations, y compris les adolescents des Premières Nations, participent à l'élaboration de programmes en matière de santé sexuelle afin de s'assurer qu'ils soient significatifs pour la culture et les besoins des différentes communautés.

RÉFÉRENCES

Agence de santé publique du Canada. (2004). VIH-Sida among aboriginal peoples in Canada. Consulté à partir de [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi_update_may_04/9-](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi_update_may_04/9-eng.php)

[eng.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi_update_may_04/9-eng.php)

- Agence de santé publique du Canada. (2007). HIV AIDS in Canada: Surveillance report. Consulté à partir de <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/pdf/surep,1207.pdf>
- Amnistie Internationale. (2009). No more stolen sisters: A need for comprehensive response to discrimination and violence against indigenous women in Canada. Consulté à partir de <http://www.amnesty.ca/amnestynews/upload/AMR200122009.pdf>
- Anderson, K. A. (2000). *Recognition of being: Reconstructive native womanhood*. Toronto, ON: Sumach Press.
- Association des infirmières et infirmiers autochtones. (2002). Finding our way: A sexual & reproductive health sourcebook for aboriginal communities. Consulté à partir de http://www.anac.on.ca/sourcebook/part_1.htm
- Banister, E. M., & Begoray, D. L. (2006). Adolescent girls' sexual health education in an indigenous context. *Canadian Journal of Native Education*, 29(1), 75–146.
- Boyer, Y. (2009). femmes des Premières Nations's contributions to culture and community through Canadian law. In *Restoring the balance: First Nations Women, community and culture*. Winnipeg, MB: University of Manitoba Press.
- Bringham, C. R., & Crockett, L. J. (1996). Longitudinal adjustment patterns of boys and girls experiencing late, middle and early sexual intercourse. *Developmental Psychology*, 32, 647–58.
- Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone. (2010). Understanding neglect in First Nations families. Consulté à partir de http://www.nccah-censa.ca/docs/fact_%20sheets/child_%20and_%20youth/NCCAH-fs-UnderstandingNeglect-5EN.pdf
- Chiefs of Ontario. (2009). *Ontario Region First Nation addiction service needs assessment: Final report*.
- Cloe, B. G., & Guimond, E. (2009). Contributions that count: femmes des Premières Nations and demography. In *Restoring the balance: femmes des Premières Nations, community and culture* (pp. 69–96). Winnipeg, MB: University of Manitoba Press.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, youth and children living in communautés des Premières Nations. Ottawa : Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Devries, K. M., Free, C. F., & Jategaonker, N. (2007). Factors related to condom use among Aboriginal people: A systematic review. *Canadian Journal of Public Health*, 98(1), 48–54.
- Duran, B., Duran, E., & Braveheart, M. (1998). Native American and the trauma of history. In R. Thornton (Ed.), *Studying Native America* (pp. 60–76). Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Flicker, S., Guta, A., Larkin, J., Flynn, S., Fridkin, A., Travers, R., Layne, C. (2010). Survey design from the ground up: Collaboratively creating the Toronto teen survey. *Health Promotion Practice*, 11(1), 112–22.

- Fondation autochtone de guérison. (2004). Historic trauma and healing. Consulté à partir de <http://www.ahf.ca/downloads/historic-trauma.pdf>
- Hundleby et al. (2007). Distance and identity change among aboriginal females. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 7(3).
- Kliest, M. (2008). Pre-Christian Inuit sexuality. In *Me sexy: An exploration of native sex and sexuality* (pp. 15–20). Toronto, ON: Douglas & McIntyre.
- Kotchick, B. A., Shaffer, A., & Forehand, R. (2002). Adolescent sexual risk behaviour: A multi-systems perspective. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 492–519.
- Langille, D. B. (2007). Teenage pregnancy: Trends, contributing factors and the physician's role. *Canadian Medical Association Journal*, 176(11).
- Langille, D. B., & Curtis, L. (2002). Factors associated with sexual intercourse before age 15 among female adolescents in Nova Scotia. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 11.
- Markstrom, C. (2008). *Empowerment of North American Indian girls: Ritual expressions at puberty*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- McGeough, M. (2008). Norval Morrisseau and the erotic. In *Me sexy: An exploration of native sex and sexuality* (pp. 59–86). Toronto, ON: Douglas & McIntyre.
- Newhouse, D. (1998). Magic and joy: Traditional views of human sexuality. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 7(2), 183–87.
- Ontario Federation of Indian Friendship Centres. (2002). Tenuous connections: Urban aboriginal youth, sexual health and pregnancy. Consulté à partir de http://74,213,160,105/UMAYCWebsite/WC_OFIFC_report.pdf
- Organisation nationale de la santé autochtone. (2005). *The people's report*. Ottawa: Author.
- Organisation nationale de la santé autochtone. (2008). *An overview of traditional knowledge and medicine and public health in Canada*. Ottawa, ON.
- Projet national de consultation des Autochtones & Aide à l'enfance Canada. (2002). *Sacred lives: Canadian aboriginal children and youth speak out against sexual exploitation*. Vancouver, BC: National Aboriginal Consultation Project.
- Rotermann, M. (2008). Trends in teen sexual behaviour and condom use. Consulté à partir de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008003/article/10664-eng.pdf>
- Santé Canada. (2001). Situational analysis: A background paper on VIH-Sida and Aboriginal people. Consulté à partir de http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hiv_aids/can_strat/ministerial/2001
- Saskatchewan Ministry of Health. (2009). Trends of youth accessing alcohol and drug services in Saskatchewan fact sheet.
- Statistique Canada. (2006a). 2006 Census of Population. Consulté à partir de <http://www12.statcan.gc.ca/english/census06/data/topics>
- Statistique Canada. (2006b). Aboriginal Peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations. *Aboriginal Peoples, Census 2006*. Ottawa, ON: Author.
- Statistique Canada. (2006c). Census through the Toronto Social Research and Community Data Consortium and the Community Social Data Strategy.
- UNICEF Canada. (2009). Canada supplement to the state of the world's children 2009: Aboriginal children's health, leaving no child behind. Consulté à partir de <http://www.unicef.ca/portal/SmartDefault.aspx?at=2063>
- van der Woerd, K. A., Dixon, B. L., McDiarmid, T., Chittenden, M., Murphy, A., & The McCreary Centre Society. (2005). *Raven's children II: Aboriginal youth health in B.C.* Vancouver, BC: The McCreary Centre Society.
- Wilson, K. (2002). Therapeutic landscapes and First Nations peoples: An exploration of culture, health and place. *Health and Place*, 9(2), 83–93.

Chapitre 24

Maladies chroniques et état de santé

SOMMAIRE

Ce chapitre analyse la présence autodéclarée des maladies chroniques, les déterminants de la santé et l'état de santé chez les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Environ un tiers (37,8%) des adolescents des Premières Nations indiquent avoir reçu un diagnostic d'au moins une maladie chronique, les plus courantes étant les allergies (16 %), l'asthme (12,7 %), et les troubles d'apprentissages (5,8 %). La répartition des problèmes de santé chez les adolescents des Premières Nations est demeurée relativement inchangée si on la compare à celle de l'ERS 2002-03, à l'exception d'une hausse des cas de troubles d'apprentissage (3,5 % dans l'ERS 2002-03 vs 5,8 % dans l'ERS 2008-10). On observe une différence des problèmes de santé selon le sexe; une plus grande proportion de filles des Premières Nations a reçu un diagnostic d'allergies, tandis qu'une plus grande proportion de garçons des Premières Nations a reçu un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention ou trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/TDAH) et autres troubles d'apprentissage. En ce qui a trait au traitement des problèmes de santé, les adolescents des Premières Nations ayant reçu un diagnostic d'allergies (environ 40 %), de TDA/TDAH ou de troubles d'apprentissage (environ 45 %), ou d'asthme (environ 60 %) sont traités ou prennent un médicament actuellement pour leur problème de santé. De façon générale, la majorité des adolescents des Premières Nations évaluent l'état de leur santé générale et mentale comme « excellent » ou « très bon ». Ceux qui ont au moins un problème de santé évaluent l'état de leur santé générale et mentale de façon moins positive que ceux qui n'ont pas de problème de santé. Une plus grande proportion d'adolescents des Premières Nations atteints de diabète perçoivent l'état de leur santé générale et mentale comme « mauvais » (11,5 % et 20,9 %, respectivement) comparativement à ceux qui n'ont pas le diabète, dont moins de 3 % qui considèrent l'état de leur santé générale et mentale comme « mauvais ». Outre les difficultés directement liées au problème de santé et auxquelles ils font face, les adolescents des Premières Nations ayant un problème de santé sont plus susceptibles de faire face à d'autres difficultés dans d'autres aspects de leur vie. Une plus grande proportion de ceux ayant au moins un problème de santé souffrent de dépression, ont eu des pensées suicidaires ou ont fait une tentative de suicide comparativement à ceux qui n'ont pas de problème de santé. En ce qui a trait à l'éducation, une plus faible proportion d'adolescents des Premières Nations ayant un problème de santé indique aimer aller à l'école et une plus grande proportion indique avoir des problèmes d'apprentissage, comparativement à ceux qui n'ont pas de problème de santé. Sur une note positive, on n'observe aucune différence entre les adolescents des Premières Nations avec ou sans problème de santé en ce qui concerne le régime alimentaire, l'obésité (à l'exception des adolescents atteints de diabète), la consommation d'alcool, le tabagisme et la consommation de drogues. La majorité des adolescents des Premières Nations qui ont au moins un problème de santé semble recevoir des soins d'un professionnel de la santé. Environ 80 % des adolescents des Premières Nations rapportent avoir consulté un médecin ou une infirmière en santé communautaire au cours de l'année précédant l'Enquête.

PRINCIPAUX CONSTATS

- L'ERS 2008-10 révèle que 37,8 % (95 % IC [35,7, 39,9]) des adolescents des Premières Nations indiquent avoir reçu un diagnostic d'au moins un problème de santé.
- Les problèmes de santé les plus fréquemment rapportés chez les adolescents des Premières Nations sont les allergies (16,0 %), l'asthme (12,7 %), les problèmes d'apprentissage (5,8 %), ou une dermatite (4,3 %).
- Comparativement à l'ERS 2002-03, les adolescents des Premières Nations dans l'ERS 2008-10 qui ont des allergies sont plus susceptibles d'indiquer qu'ils cherchent à être traités ou qu'ils prennent des médicaments (39,1 % dans l'ERS 2008-10 vs 26,3 % dans l'ERS 2002-03, 95 % IC [34,4, 44,1] et [20,9 %, 30,5 %], respectivement).
- On observe des proportions légèrement plus grandes de TDA/TDAH (5,1 % vs 2,3 %) et de troubles d'apprentissage (7,4 % vs 4,2 %) chez les garçons des Premières Nations que chez les filles.
- La présence de troubles d'apprentissage a augmenté depuis l'ERS 2002-03 (5,8 % vs 3,5 %).
- Une plus faible proportion d'adolescents des Premières Nations qui ont un problème de santé rapporte aimer aller à l'école et une plus grande proportion rapporte avoir des troubles d'apprentissage comparativement à ceux qui n'ont pas de problème de santé.
- En ce qui concerne les ambitions scolaires, on n'observe aucune différence entre les adolescents des Premières Nations qui ont un problème de santé et ceux qui n'en ont pas.
- La majorité des adolescents des Premières Nations qui ont un problème de santé évaluent l'état de leur santé générale et mentale comme « bon » ou « très bon/excellent ».
- Les adolescents des Premières Nations qui ont au moins un problème de santé sont près de deux fois plus susceptibles que ceux sans problème de santé d'indiquer s'être sentis tristes ou déprimés au cours de l'année précédente, ou d'avoir eu des pensées suicidaires ou fait une tentative de suicide.
- Près de la moitié des adolescents des Premières Nations sont en surpoids ou obèses (43,1%).
- Les adolescents des Premières Nations qui ont au moins un problème de santé ne sont ni plus ni moins susceptibles de rapporter avoir un régime alimentaire sain que ceux qui n'ont pas de problème de santé.
- Bien qu'on observe une grande variation chez les adolescents des Premières Nations qui rapportent être traités pour un problème de santé, la majorité de ceux qui ont un problème de santé (77,4 %) rapportent avoir consulté un professionnel de la santé (par ex., médecin, infirmière en santé communautaire) au cours de l'année précédant l'Enquête.

INTRODUCTION

Des recherches précédentes ont révélé que les adolescents des Premières Nations sont à risque considérable de développer toute une série de problèmes de santé ultérieurement. Lorsque les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations sont rendus à l'âge adulte, on observe une présence radicalement plus élevée de diabète, de maladies respiratoires, de maladie cardiaque, de troubles hépatiques, et de détresse psychologique (dépression, pensées suicidaires, et tentatives de suicide) que dans l'ensemble de la population canadienne (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005; Agence de santé publique du Canada [ASPC], 2003; Waldram, Herring, & Young, 2006; Young et al., 1998). De plus, l'apparition précoce de problèmes de santé accroît la probabilité de développer d'autres problèmes de santé (comorbidité). Par exemple, l'apparition précoce du diabète est associée à une incidence ultérieure plus élevée de complications liées au diabète, dont la cécité, les troubles de la fonction rénale, les maladies cardiaques et les accidents cérébrovasculaires (ASPC, 2003).

Une fois normalisée selon l'âge, la prévalence plus élevée de problèmes de santé dans la population des Premières Nations peut s'avérer le résultat d'une prévalence plus élevée de facteurs de risque individuels (par ex., tabagisme, obésité, nutrition déficiente, manque d'activité physique) ainsi que de facteurs sociaux, économiques (par ex., scolarité moins élevée, revenu moins élevé), et environnementaux (par ex., conditions de logement médiocres) (Santé Canada, 2009). De plus, différents facteurs de protection (par ex., régime alimentaire jumelé à de l'activité physique) peuvent être plus difficiles à réaliser pour la population des Premières Nations. Par exemple, le coût élevé, la qualité médiocre, et le manque de variété et de disponibilité des denrées périssables, ainsi que le manque de possibilités de loisirs augmentent considérablement la probabilité d'obésité (Willows, 2005). La disponibilité des soins de santé est également problématique; la population des Premières Nations rencontre plusieurs obstacles lorsqu'il s'agit d'accéder aux soins de santé, notamment des failles dans la couverture des assurances, l'isolement et les barrières linguistiques (Peiris, Brown, & Cass, 2008). De nombreux éléments semblent donc manquer aux communautés des Premières Nations pour aider à maintenir leurs résidents en santé.

Ce chapitre présente les résultats de l'ERS 2008-10 sur les problèmes de santé des adolescents des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques, en décrivant la répartition des différents problèmes de

santé selon les caractéristiques démographiques telles que le sexe, et compare ces résultats à ceux de l'ERS 2002-03. Le présent chapitre compare également les adolescents des Premières Nations qui ont des problèmes de santé à ceux qui n'en ont pas en ce qui a trait à différents facteurs de risque et déterminants de la santé (par ex., obésité, nutrition, niveau d'activité, scolarité, consultations de professionnels de la santé). Finalement, des suggestions sont faites quant aux aspects des soins de santé qui nécessitent le plus une amélioration.

MÉTHODOLOGIE

Les analyses sont fondées sur des données recueillies auprès des adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Les participants à l'Enquête ont été invités à indiquer s'ils avaient reçu un diagnostic de l'un des problèmes de santé suivants : asthme, maux de dos chroniques, allergies, cécité ou troubles graves de la vue qui ne peuvent être corrigés par des verres, déficience auditive, épilepsie, emphysème, troubles psychologiques ou nerveux, trouble cognitif ou mental, TDA/TDAH, trouble d'apprentissage, troubles de l'estomac et intestinaux, VIH-Sida, hépatite, tuberculose, diabète, anémie, ensemble des troubles causés par l'alcoolisme fœtal (ETCAF), otites chroniques, trouble hépatique (autre que l'hépatite), ou dermatite ou eczéma atopique.

L'ERS 2008-10 comporte également des questions sur les covariables courantes des problèmes de santé : le sexe, la consommation de substances (par ex., tabagisme, consommation d'alcool, consommation de drogues illicites), indice de masse corporelle (IMC), questions relatives à l'éducation, symptômes de dépression, et pensées suicidaires et tentatives de suicide.

Les réponses des participants aux variables des problèmes de santé ont été recodées pour créer une variable dichotomique : « au moins un problème de santé » versus « aucun problème de santé ». De même, la recherche d'un traitement a également été dichotomisée en « en traitement pour un problème de santé » versus « aucun traitement pour le problème de santé ». Pour évaluer la comorbidité des problèmes de santé, les participants ont été divisés en catégories selon qu'ils n'avaient pas de problème de santé, un, deux, ou trois problèmes de santé ou plus.

Pour évaluer si ceux qui ont au moins un problème de santé diffèrent de ceux qui n'ont pas de problème de santé au plan des variables ou des comportements relatifs à la santé (par ex., obésité, consommation de drogues) des croisements de données ont été réalisés. Les pourcentages ainsi que

les intervalles de confiance de 95 % sont rapportés.

RÉSULTATS

Répartition des problèmes de santé

L'ERS 2008-10 révèle que 37,8 % (95 % IC [35,7, 39,9]) des adolescents des Premières Nations indiquent avoir reçu un diagnostic d'au moins un problème de santé. On n'observe aucune différence selon le sexe. Les problèmes de santé les plus souvent rapportés sont les allergies

(16,0 %), l'asthme (12,7 %), les troubles d'apprentissage (5,8 %), et la dermatite (4,3 %; voir Tableau 24.1).

En ce qui a trait à la comorbidité des problèmes de santé chez les adolescents des Premières Nations, 10,1 % indiquent avoir reçu un diagnostic de deux problèmes de santé, et 6,3 % indiquent avoir reçu un diagnostic de trois problèmes de santé ou plus (95 % IC [8,9, 11,5] et [5,4, 7,4], respectivement).

Tableau 24.1. Distribution des problèmes de santé, ERS 2002-03 vs ERS 2008-10

Problème de santé	ERS 2002-03 % [95 % IC]	ERS 2008-10 % [95 % IC]
TDA/TDAH	2,4 [1,9, 3,1]	3,8 [3,0, 4,7]
Allergies	15,1 [13,3, 17,0]	16,0 [14,6, 17,6]
Anémie (chronique)	n/a	1,5 ^E [1,1, 2,2]
Asthme	13,6 [11,7, 15,7]	12,7 [11,3, 14,3]
Cécité ou troubles graves de la vue qui ne peuvent être corrigés avec des verres	1,9 [1,4, 2,5]	3,5 [2,7, 4,4]
Paralysie cérébrale	F	n/a
Bronchite chronique	2,4 [1,8, 3,0]	1,5 [1,1, 2,0]
Otitites chroniques	4,8 [3,9, 5,8]	2,6 [2,0, 3,2]
Trouble cognitif ou mental	0,8 [0,6, 1,1]	0,8 ^E [0,5, 1,3]
Dermatite ou eczéma atopique	n/a	4,3 [3,5, 5,2]
Diabète	0,8 ^E [0,6, 1,1]	0,8 ^E [0,6, 1,2]
Épilepsie	0,4 ^E [0,2, 0,6]	1,0 ^E [0,7, 1,6]
ETCAF	n/a	0,8 ^E [0,5, 1,3]
Déficience auditive	1,7 [1,3, 2,2]	1,9 [1,5, 2,5]
Hépatite	F	F
VIH-Sida	F	F
Trouble de la fonction rénale	0,4 ^E [0,2, 0,7]	n/a
Trouble d'apprentissage	3,5 [2,9, 4,2]	5,8 [5,0, 6,8]
Trouble hépatique	F	F
Invalidité physique	0,8 [0,6, 1,0]	n/a
Trouble psychologique ou nerveux	1,2 [0,9, 1,5]	1,7 ^E [1,2, 2,4]
Troubles de l'estomac ou intestinaux	n/a	3,9 [3,1, 4,7]
Tuberculose	0,7 ^E [0,5, 1,1]	0,6 ^E [0,3, 1,0]

n/a = non évalué à ce point-ci

F = supprimé en raison de la donnée trop basse ($n < 5$) ou trop élevée VC ($>,333$) de la cellule.

^E = interpréter avec prudence; VC élevée ($,166$ to $,332$)

Tableau 24.2. Pourcentage d'adolescents des Premières Nations qui cherchent à obtenir un traitement ou qui prennent des médicaments (parmi ceux ayant reçu un diagnostic de problème de santé), ERS 2002-03 vs ERS 2008-10

Problème de santé	ERS 2002-03 % [95 % IC]	ERS 2008-10 % [95 % IC]
TDA/TDAH	34,2 ^E [21,8, 49,2]	45,0 [34,6, 55,8]
Allergies	26,3 [20,9, 32,5]	39,1 [34,4, 44,1]
Anémie (chronique)	n/a	70,9 [53,8, 83,6]
Asthme	55,9 [49,6, 62,0]	57,5 [51,7, 63,1]
Cécité ou troubles graves de la vue qui ne peuvent être corrigés avec des verres	16,7 ^E [9,3, 28,1]	48,0 [37,3, 58,9]
Paralysie cérébrale	F	n/a
Bronchite chronique	16,5 ^E [10,2, 25,8]	37,9 ^E [24,5, 53,5]
Otitites chroniques	33,6 [25,8, 42,4]	25,2 ^E [17,5, 34,8]
Trouble cognitif ou mental	F	57,6 ^E [32,4, 79,4]
Dermatite ou eczéma atopique	n/a	69,7 [55,3, 81,0]
Diabète	64,8 [47,0, 79,3]	65,9 [44,3, 82,5]
Épilepsie	55,3 ^E [32,4, 76,1]	68,2 [46,6, 84,1]
ETCAF	n/a	F
Déficiences auditives	F	35,6 ^E [23,0, 50,5]
Hépatite	F	F
VIH-Sida	F	F
Trouble de la fonction rénale	F	n/a
Trouble d'apprentissage	12,6 ^E [8,3, 18,7]	44,3 [35,7, 53,2]
Trouble hépatique	F	F
Invalidité physique	37,2 ^E [21,7, 55,8]	n/a
Trouble psychologique ou nerveux	18,1 ^E [10,5, 29,4]	42,0 ^E [25,0, 61,0]
Troubles de l'estomac ou intestinaux	n/a	41,9 [31,9, 52,7]
Tuberculose	F	F

n/a = non évalué à ce point-ci

F = supprimé en raison de la donnée trop basse ($n < 5$) ou trop élevée VC ($>,333$) de la cellule.

^E = interpréter avec prudence; VC élevée (,166 to ,332)

ALLERGIES

Les allergies sont le problème de santé le plus fréquent chez les adolescents des Premières Nations (16,0 %; voir Tableau 24.1). On n'observe aucun changement dans la répartition entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10. Mais des améliorations sont observées; dans l'ERS 2008-10, une plus grande proportion d'adolescents des Premières Nations ayant des allergies rapportent être traités ou prendre des médicaments, comparativement à l'ERS 2002-03 (39,1 % dans l'ERS 2008-10 vs 26,3 % dans l'ERS 2002-03, 95 % IC [34,4, 44,1] et [20,9, 30,5], respectivement; voir Tableau 24.2).

La présence d'allergies varie selon le sexe; une plus grande proportion de filles des Premières Nations indique avoir des allergies (13,7% de garçons vs 18,5% de filles, $p < ,05$).

ASTHME

L'asthme est le second problème de santé le plus fréquemment rapporté chez les adolescents des Premières Nations, à 12,7 % (95 % IC [11,3, 14,3]; voir Tableau 24.1). Ce résultat est similaire à celui observé dans l'ensemble de la population canadienne; environ 11,5 % des adolescents canadiens âgés de 12 à 19 ans rapportent souffrir d'asthme (Statistique Canada, 2005).

Environ 20 % (19,8%, 95 % IC [15,8, 24,5]) des adolescents des Premières Nations atteints d'asthme rapportent avoir eu une crise d'asthme au cours de l'année précédant l'Enquête. On n'observe aucune différence selon le sexe en ce qui a trait à la présence d'asthme ou à la récente occurrence d'une crise d'asthme.

De façon générale, 57,5 % (95 % IC [51,7, 63,1]) des adolescents des Premières Nations atteints d'asthme rapportent être traités actuellement ou prendre des médicaments pour leur problème de santé (voir Tableau 24.2).

L'âge moyen lors du diagnostic d'asthme est de 5,4 ans (95 % IC [5,0, 5,8]); mais une proportion significative d'adolescents des Premières Nations (29,4 %, 95 % IC [24,3, 35,1]) ont reçu un diagnostic d'asthme avant leur premier anniversaire.

On n'observe aucune différence du pourcentage d'adolescents des Premières Nations atteints d'asthme, et du pourcentage de ceux atteints d'asthme qui cherchent à être traités ou qui prennent des médicaments pour leur problème de santé entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008/10.

TDA/TDAH ET TROUBLES D'APPRENTISSAGE

Environ 6 % (5,8%) des adolescents des Premières Nations indiquent avoir un trouble d'apprentissage, et 3,8% indiquent avoir reçu un diagnostic de TDA/TDAH (95 % IC [5,0, 6,8] et [3,0, 4,7], respectivement; voir Tableau 24.1). L'âge moyen lors du diagnostic de TDA/TDAH et de trouble d'apprentissage est de 8 ans (8,5 ans et 7,9 ans respectivement).

En ce qui a trait aux différences selon le sexe, une plus grande proportion de garçons des Premières Nations indique avoir reçu un diagnostic de trouble d'apprentissage (7,4 % de garçons vs 4,2 % de filles, $p < ,05$) ou de TDA/TDAH (5,1 % de garçons vs 2,3 % de filles, $p < ,05$).

La présence de troubles d'apprentissage a augmenté (5,8 % dans l'ERS 2008-10 vs 3,5 % dans l'ERS 2002-03, 95 % IC [5,0, 6,8] et [2,9, 4,2], respectivement) et la présence de TDA/TDAH est demeurée inchangée depuis l'ERS 2002-03.

Chez les adolescents des Premières Nations qui ont un trouble d'apprentissage ou un TDA/TDAH, un peu moins de la moitié indiquent être traités actuellement ou prendre des médicaments pour un trouble d'apprentissage ou un TDA/TDAH (44,3 % et 45,0 %, respectivement, 95 % IC [37,5, 53,2] et [34,6, 55,8]; voir Tableau 24.2).

AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

Moins de 5 % des adolescents des Premières Nations indiquent avoir reçu un diagnostic de l'un des autres problèmes de santé (anémie, dermatite ou eczéma atopique, cécité ou troubles graves de la vue qui ne peuvent être corrigés par des verres, déficience

auditive, tuberculose, troubles psychologiques et nerveux, trouble cognitif ou mental, ETCAF, otites chroniques, bronchites chroniques, diabète, VIH-Sida, hépatite, ou épilepsie (voir Tableau 24.1).

Comparativement à l'ERS 2002-03, davantage d'adolescents des Premières Nations dans l'ERS 2008-10 rapportent une cécité ou des troubles graves de la vue qui ne peuvent être corrigés avec des verres (3,5 % vs 1,9 %) et de l'épilepsie (4,8 % vs 2,6 %, 95 % IC [2,7, 4,4], [1,4, 2,5], [3,9, 5,8], et [2,0, 3,2], respectivement; voir Tableau 24.1). Aucune comparaison n'a pu être rapportée pour la répartition des troubles de l'estomac et intestinaux, de l'anémie, de l'ETCAF, et de la dermatite et de l'eczéma atopique car ces problèmes de santé ne faisaient pas partie de l'ERS 2002-03.

On observe d'importantes variations du pourcentage de ceux qui suivent un traitement ou prennent des médicaments selon le problème de santé. Ainsi, près de 70 % des adolescents des Premières Nations qui indiquent avoir reçu un diagnostic d'anémie, d'épilepsie, de diabète, ou de dermatite ou d'eczéma atopique indiquent également suivre un traitement ou prendre des médicaments pour ce problème de santé, tandis que moins de la moitié des adolescents des Premières Nations qui indiquent avoir reçu un diagnostic de tuberculose, de bronchite chronique, ou de problèmes de l'estomac ou intestinaux rapportent également suivre un traitement ou prendre des médicaments actuellement pour ce problème de santé.

Perception de l'état de santé

ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL

Les adolescents des Premières Nations ont été invités à indiquer s'ils perçoivent leur état de santé général comme « très bon/excellent », « bon », « passable » ou « mauvais ». De façon générale, la majorité des adolescents des Premières Nations (65,4 %) indiquent que leur état de santé général est « très bon/excellent ». Seuls 0,8 % indiquent que leur état de santé général est « mauvais » (95 % IC [63,0, 67,7] et [0,6, 1,2], respectivement). On n'observe aucune différence de perception de l'état de santé général selon le sexe.

Une plus faible proportion d'adolescents des Premières Nations avec au moins un problème de santé évaluent leur état de santé général comme « très bon/excellent » comparativement à ceux qui n'ont pas de problème de santé. Soixante-dix pour cent (70,8%) des adolescents des Premières Nations qui indiquent ne pas avoir reçu de diagnostic de problème de santé évaluent leur état de santé général comme « très bon/excellent », tandis

que parmi ceux qui évaluent leur état de santé général comme « très bon/excellent » on retrouve 62,4 % de ceux qui indiquent avoir reçu un diagnostic d'un problème de santé, 52,2 % de ceux qui indiquent avoir reçu un diagnostic de deux problèmes de santé, et 51,6 % de ceux qui indiquent avoir reçu un diagnostic de trois problèmes de santé ou plus (95 % IC [67,7, 73,7], [57,9, 66,6], [46,2, 58,2], et [44,0, 59,1], respectivement). Indépendamment du fait que les adolescents des Premières Nations aient reçu un diagnostic de problème de santé ou non, le nombre de ceux qui évaluent leur état de santé général comme « mauvais » demeure faible.

STATUT DE LA SANTÉ MENTALE

Les adolescents des Premières Nations ont été invités à indiquer s'ils perçoivent leur état de santé mentale comme « très bon/excellent », « bon », « passable » ou « mauvais ». De façon générale, la majorité des adolescents des Premières Nations, 64,8 %, indiquent que leur état de santé mentale est « très bon/excellent ». Seuls 0,8 % indiquent que leur état de santé mentale est « mauvais » (95 % IC [62,4, 67,2] et [0,6, 1,1], respectivement.) On n'observe aucune différence de perception de l'état de santé mentale selon le sexe.

Une plus faible proportion d'adolescents des Premières Nations avec au moins un problème de santé évaluent leur état de santé mentale comme « très bon/excellent » comparativement à ceux qui n'ont pas de problème de santé (59,4 % vs 69,7 %, 95 % IC [55,7, 63,1] et [66,5, 72,8], respectivement). On n'observe aucune différence entre les adolescents des Premières Nations qui ont ou n'ont pas de problème de santé lorsque leur état de santé mentale est évalué comme « bon », « passable » ou « mauvais ».

DÉPRESSION, PENSÉES SUICIDAIRES, ET TENTATIVES DE SUICIDE

Une plus grande proportion d'adolescents des Premières Nations qui indiquent avoir reçu un diagnostic d'au moins un problème de santé rapportent s'être sentis tristes ou déprimés au cours de l'année précédant l'Enquête comparativement à ceux qui n'ont pas eu de diagnostic de problème de santé (31,6 % vs 20,6 %). De même, une plus grande proportion d'adolescents des Premières Nations avec au moins un problème de santé rapportent avoir eu des pensées suicidaires (23,0 % vs 12,0 %), ou avoir fait une tentative de suicide (8,1 % vs 4,5 %) comparativement à ceux qui n'ont pas reçu de diagnostic de problème de santé.

Une plus grande proportion d'adolescents ayant des problèmes de santé donnés rapportent s'être sentis

déprimés, avoir eu des pensées suicidaires et avoir fait une tentative de suicide. Plus spécifiquement, c'est le cas des adolescents des Premières Nations qui indiquent avoir reçu un diagnostic de troubles psychologiques ou nerveux, ou de diabète.

CHANGEMENTS DANS LA PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Les adolescents des Premières Nations ont été invités à indiquer s'ils estimaient que leur état de santé s'était amélioré, était demeuré le même ou s'était détérioré au cours de l'année précédant l'Enquête. Seuls 6,1 % (95 % IC [5,2 %, 7,0 %]) des adolescents des Premières Nations rapportent que leur état de santé s'est détérioré au cours de l'année précédente. Les adolescents des Premières Nations avec au moins un problème de santé sont plus susceptibles de percevoir que leur état de santé s'est détérioré au cours de l'année précédente comparativement à ceux qui n'ont pas de problème de santé (7,6 % vs 4,9 %, 95 % IC [6,2, 9,4] et [3,7, 6,3], respectivement).

Problèmes de santé et déterminants de la santé

NUTRITION

La majorité (77,3 %, 95 % IC [75,1, 79,4]) des adolescents des Premières Nations indiquent avoir un régime alimentaire nutritif au moins parfois. On n'observe aucune différence entre ceux qui ont ou n'ont pas de problème de santé en ce qui a trait au fait d'avoir un régime alimentaire nutritif.

INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

En se fondant sur l'IMC, les adolescents des Premières Nations ont été catégorisés selon qu'ils avaient un poids normal ou une insuffisance pondérale, qu'ils étaient en surpoids, ou qu'ils étaient obèses. Près de la moitié des adolescents des Premières Nations sont catégorisés comme étant en surpoids ou obèses (30,0 % et 13,0 %, respectivement, 95 % IC [28,0, 32,0] et [11,9, 14,4]). En ce qui a trait à l'IMC, on n'observe aucune différence entre les adolescents des Premières Nations qui ont ou n'ont pas un problème de santé, à l'exception de ceux atteints de diabète. Une plus grande proportion d'adolescents des Premières Nations qui indiquent avoir reçu un diagnostic de diabète sont catégorisés comme étant obèses comparativement à ceux qui n'ont pas le diabète (27,9 % vs 12,7 %, 95 % IC [16,1, 43,8] et [11,6, 14,0], respectivement).

CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Comparativement à ceux qui n'ont pas de problème de santé, une plus grande proportion d'adolescents des Premières Nations qui ont reçu un diagnostic d'au moins un problème de santé rapportent avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédant l'Enquête (45,0 % vs 35,1 %). On n'observe aucune différence de fréquence entre la consommation et la consommation massive au cours de cette année.

On n'observe aucune différence des taux de consommation de substances (cannabis, cocaïne, amphétamines, substances inhalées, sédatifs, hallucinogènes, opioïdes) ou de tabagisme (quotidien, occasionnel) chez les adolescents des Premières Nations qui ont ou n'ont pas un problème de santé.

Problèmes de santé et fréquentation, attitudes et aspirations scolaires

Les adolescents des Premières Nations qui indiquent avoir reçu un diagnostic d'au moins un problème de santé ne sont ni plus ni moins susceptibles que ceux sans problème de santé de fréquenter l'école actuellement.

Invités à indiquer leurs impressions concernant l'école (« Je déteste aller à l'école », « Je n'aime pas beaucoup aller à l'école », « Neutre », « J'aime moyennement aller à l'école », et « J'aime beaucoup aller à l'école »), la majorité des adolescents des Premières Nations (80,4 %) indiquent « aimer moyennement/beaucoup aller à l'école ». Une plus faible proportion d'adolescents des Premières Nations qui indiquent avoir reçu un diagnostic d'au moins un problème de santé indiquent aimer aller à l'école comparativement à ceux qui n'ont pas de problème de santé (76,5 % vs 84,1 %, 95 % IC [78,7, 82,1], [73,2, 79,4], et [81,9, 86,1], respectivement). En outre, une plus grande proportion d'adolescents qui ont reçu un diagnostic de problème de santé rapportent avoir eu des problèmes d'apprentissage à l'école (52,1 % vs 30,3 %). Sur une note plus positive, en ce qui a trait à leurs aspirations scolaires, les adolescents des Premières Nations qui indiquent avoir reçu un diagnostic de problème de santé sont tout autant motivés à terminer des études postsecondaires que ceux qui n'ont pas de problème de santé.

Problèmes de santé et consultations de professionnels de la santé

Les adolescents des Premières Nations ont été invités à indiquer à quelle fréquence (« jamais », « au cours des 12 mois précédents », « au cours des 4 années précédentes »)

ils avaient consulté trois types de dispensateurs de soins de santé : un guérisseur traditionnel, un médecin ou une infirmière en santé communautaire, ou un dispensateur de services en santé mentale (par ex., pour du counseling, des tests psychologiques). Comparativement aux adolescents des Premières Nations qui n'ont pas de problème de santé, une plus grande proportion de ceux qui indiquent avoir reçu un diagnostic d'au moins un problème de santé ont consulté un médecin (77,4 % vs 66,8 %) ou un professionnel en santé mentale (19,9 % vs 9,9 %) au cours de l'année précédant l'Enquête; on n'observe aucune différence significative dans la proportion d'adolescents qui ont visité un guérisseur traditionnel (13,7 % vs 10,8 %).

DISCUSSION

Les adolescents des Premières Nations sont à risque élevé de développer des maladies chroniques telles que le diabète ou les maladies cardiaques plus tard dans leur vie. Bien qu'une proportion considérable d'adolescents des Premières Nations indique avoir reçu un diagnostic d'au moins un problème de santé, plusieurs de ces problèmes de santé, tels que les allergies ou l'asthme, tendent à être passablement faciles à contrôler avec un traitement et(ou) des médicaments. Les adolescents des Premières Nations tendent à évaluer leur état de santé général et de santé mentale comme « bon » ou « très bon/ excellent », et très peu d'adolescents des Premières Nations évaluent leur état de santé comme « mauvais ».

On observe des différences entre les sexes en ce qui a trait à la répartition de certains problèmes de santé. Par exemple, les garçons des Premières Nations sont plus susceptibles que les filles de rapporter avoir reçu un diagnostic de TDA/TDAH ou de troubles d'apprentissage. Ce résultat est peut-être attribuable à d'autres facteurs, mais, comme des recherches précédentes l'ont démontré, les symptômes de TDA/TDAH et de troubles d'apprentissage sont beaucoup plus présents chez les garçons que chez les filles (Biederman et al., 2002). Quelle que soit la raison de ce problème, un trouble d'apprentissage est susceptible d'avoir une incidence sur le niveau de scolarité. Plus remarquable encore, moins de la moitié des adolescents des Premières Nations qui indiquent avoir reçu un diagnostic de TDA/TDAH ou de trouble d'apprentissage rapportent également être traités ou prendre des médicaments.

Les adolescents des Premières Nations qui indiquent avoir reçu un diagnostic de problème de santé affichent des taux alarmants de dépression et de pensées suicidaires, comparativement à ceux qui n'ont pas de problème de santé. Cela semble être le cas pour des problèmes de

santé précis, principalement chez les adolescents des Premières Nations qui ont des troubles psychologiques ou nerveux, ou le diabète, bien que les taux soient également légèrement plus élevés chez ceux qui ont une déficience auditive ou visuelle, de l'anémie, ou des troubles d'apprentissage. Ces résultats suggèrent que la santé mentale des adolescents des Premières Nations qui ont reçu un diagnostic pour certains problèmes de santé devrait être surveillée de façon plus étroite par un professionnel de la santé. Davantage de recherches devrait être réalisées afin d'identifier quels facteurs amènent les adolescents des Premières Nations qui ont reçu un diagnostic de problème de santé à avoir des taux plus élevés de dépression et de pensées suicidaires.

Il semble qu'un nombre considérable d'adolescents des Premières Nations ne soient pas traités ou ne prennent pas de médicaments actuellement pour certains des problèmes de santé plus graves dont ils sont atteints. Par exemple, des adolescents des Premières Nations qui font de l'épilepsie (30 %), qui ont le diabète (30 %), ou l'ETCAF (40 %) ne sont pas traités et ne prennent pas de médicaments actuellement pour ces problèmes de santé. On peut mettre de l'avant quelques raisons pour tenter d'expliquer cette situation. D'abord, il n'est pas nécessairement simple de prescrire un traitement ou des médicaments pour certains problèmes de santé. Dans le cas de l'épilepsie, le traitement varie selon le type et la durée des crises du patient et seules certaines d'entre elle peuvent être contrôlées à l'aide de médicaments. Dans le cas de l'ETCAF, il n'y a actuellement aucun traitement standard à prescrire. On tente plutôt de contrôler les symptômes dont un patient peut être atteint comme des troubles de la mémoire, de l'hyperactivité ou des compétences sociales déficientes (Chudley et al., 2005; Instituts de recherche en santé du Canada, n.d.). Ensuite, la formulation de la question relative au traitement peut avoir mené à une sous-estimation du nombre d'adolescents des Premières Nations qui ont cherché à obtenir une forme de traitement ou des médicaments pour leur problème de santé au cours de leur vie. Dans l'ERS 2008-10, les adolescents des Premières Nations devaient indiquer s'ils étaient traités ou prenaient des médicaments « *actuellement* pour ce problème de santé ». La médication ou des traitements antérieurs réussis pour le problème de santé, ou une absence de manifestation physique de la maladie peuvent avoir amené certains adolescents des Premières Nations à ne pas nécessiter de traitement au moment de l'Enquête. Finalement, il est possible que certains adolescents des Premières Nations qui indiquent avoir reçu un diagnostic de problème de santé aient nécessité un traitement ou des

médicaments mais aient été dans l'impossibilité de les obtenir en raison d'obstacles aux soins de santé tels que des failles dans la couverture d'assurance, l'isolement ou des barrières linguistiques. Malgré cela, environ 77 % des adolescents des Premières Nations qui indiquent avoir reçu un diagnostic de problème de santé rapportent également avoir consulté un médecin ou une infirmière en santé communautaire au cours de l'année précédant l'Enquête. Les recherches futures devraient chercher à identifier comment les adolescents des Premières Nations gèrent leurs problèmes de santé et à quels obstacles ils font face lorsqu'ils cherchent à obtenir un traitement.

CONCLUSIONS

Bien que près de la moitié des adolescents des Premières Nations indiquent avoir reçu un diagnostic d'au moins un problème de santé, la vaste majorité d'entre eux rapportent percevoir leur état de santé comme au moins « bon ». Les problèmes de santé les plus couramment diagnostiqués selon ce que rapportent les adolescents des Premières Nations, les allergies et l'asthme, ne semblent pas plus répandus que ce que l'on observe chez les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne. Les adolescents des Premières Nations semblent avoir l'occasion de consulter un professionnel de la santé pour un traitement ou une médication possibles; en effet, 80 % de ceux qui indiquent avoir reçu un diagnostic de problème de santé rapportent également avoir consulté un médecin ou une infirmière en santé communautaire au cours de l'année précédant l'Enquête.

Les adolescents des Premières Nations sont à risque élevé de développer des problèmes de santé graves à long terme au cours de l'âge adulte. Les risques associés au développement de plusieurs de ces problèmes de santé, tels que le diabète ou les maladies cardiaques, peuvent être réduits par l'adoption de comportements favorables à la santé tels que le fait d'avoir un régime alimentaire nutritif ou d'être actif physiquement. Les comportements sains (par ex., éducation à la santé, financement pour des repas nutritifs et des possibilités de loisirs) doivent faire l'objet de promotion et de soutien aux plans régional et national afin que les communautés (par ex., par des occasions de participer à des sports et du conditionnement physique organisés) et les familles (par ex., en encourageant l'activité physique et une alimentation saine) puissent en bénéficier.

RÉFÉRENCES

Agence de santé publique du Canada. (2003). Diabetes facts & figures [Web page]. Consulté à partir de http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/ndss-snsd/english/facts_figures-eng.php

- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., . . . Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American Journal of Psychiatry*, *159*, 36–42.
- Chudley, A. C., Conry, J., Cook, J. L., Loock, C., Rosales, T., & LeBlanc, N. (2005). Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *Canadian Medical Association Journal*, *172*(5 suppl), S1–S21. doi: 10.1503/cmaj.1040302
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). First Nations Regional Longitudinal Health Survey 2002–03: Results for adults, youth and children qui vivent dans les communautés des Premières Nations. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Instituts de recherche en santé du Canada. (n.d.). *Research Profile - Stopping a preventable disorder: Fetal alcohol spectrum disorder (FASD), International FASD Day and progressive ICHR funded-research*. Consulté à partir de www.cih-irsc.gc.ca/e/28889.html.
- Peiris, D., Brown, A., & Cass, A. (2008). Addressing inequities in access to quality health care for indigenous people. *Canadian Medical Association Journal*, *179*(10), 985–86.
- Santé Canada. (2009). *A statistical profile on the health of First Nations in Canada: Determinants of health, 1999 to 2003*. (Santé Canada Publication No. 3555; Catalogue No. H34-193/1-2008).
- Waldram, J., Herring, A., & Young, T. K. (2006). *Aboriginal Health in Canada* (2nd ed.). Toronto, ON: University of Toronto Press.
- Willows, N. (2005). Determinants of healthy eating in Aboriginal Peoples in Canada: The current state of knowledge and research gaps. *Canadian Journal of Public Health*, *96*, S32–S36.
- Young, T. K., O'Neil, J., Elias, B., Leader, A., Reading, J., & MacDonald, G. (1998). *Chronic diseases: Literature review and analysis of the First Nations and Inuit Regional Health Survey National Core Data*. A report prepared for the National Steering Committee of the First Nations and Inuit Regional Health Survey.

Chapitre 25

Santé buccodentaire

SOMMAIRE

Ce chapitre examine les iniquités dans l'accès aux soins dentaires, la douleur aux dents, et les besoins perçus en traitements dentaires chez les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Les résultats sont fondés sur des comparaisons entre l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10, le Module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) 2007-09, et des résultats antérieurs issus de l'ERS 2002-03. Trois quarts (75,9 %) des adolescents des Premières Nations rapportent avoir eu des soins dentaires au cours de l'année précédant l'ERS 2008-10. En revanche, environ 9 % (84,5 %) plus d'adolescents âgés de 12 à 19 ans dans l'ensemble de la population canadienne ont eu des soins dentaires au cours de l'année précédant l'ECMS. Les facteurs qui favorisent un meilleur accès aux soins dentaires des adolescents des Premières Nations sont, notamment, le fait d'avoir des parents ou des tuteurs qui ont des études supérieures aux études secondaires; le fait d'apprécier les activités culturelles traditionnelles et d'y participer; de fréquenter l'école sur une base régulière et de ne pas avoir doublé une année; d'évaluer positivement sa santé mentale et de ne pas s'être senti déprimé pendant au moins deux semaines consécutives au cours des 12 mois précédents; d'avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré; et de ne pas fumer.

Au total, 21,1 % des adolescents des Premières Nations (26,0 % de filles et 16,4 % de garçons) indiquent avoir eu des douleurs aux dents au cours du mois précédant l'Enquête. Dans l'ERS 2002-03, 19,1 % des adolescents des Premières Nations ont eu des douleurs aux dents au cours du mois précédant l'Enquête, tandis que dans l'ECMS, ce sont 10,4 % des Canadiens âgés de 12 à 19 ans (7,6 % de garçons et 13,4 % de filles) qui indiquent avoir eu des douleurs buccodentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête. De plus, 5,3 % des adolescents des Premières Nations indiquent avoir eu un traumatisme dentaire au cours des 12 mois précédant l'ERS, 3,1 % de ceux âgés de 12 à 14 ans et 7,2 % de ceux âgés de 15 à 17 ans. Les filles âgées de 15 à 17 ans affichent la plus grande prévalence de traumatismes dentaires (9 %). L'occurrence de douleurs aux dents est associée à des déterminants de la santé très similaires à ceux qui influencent l'accès aux soins, mais les traumatismes dentaires s'avèrent moins un problème pour cette cohorte d'adolescents des Premières Nations.

Près de 78 % des adolescents des Premières Nations estiment avoir besoin de traitements dentaires, comparativement à 24,9 % des Canadiens âgés de 12 à 19 ans, dont les besoins dentaires ont été évalués en clinique dans le cadre de l'ECMS. Les besoins en traitements les plus souvent rapportés par les adolescents des Premières Nations sont les soins d'entretien, tels que les examens de routine et les nettoyages (57,1 %), suivis de soins de restauration (42,0 %) et d'orthodontie (13,9 %), ces derniers étant plus fréquemment rapportés par les filles (16,5 %). Les besoins en soins dentaires tels que perçus par les répondants ont augmenté pour tous les types de traitement depuis l'ERS 2002-03, plus particulièrement pour les soins d'entretien réguliers et les travaux de restauration. Les résultats de l'ECMS pour les Canadiens âgés de 12 à 19 ans révèlent que 13,0 % nécessitent des travaux de restauration et 6,4 % nécessitent des soins d'orthodontie, des résultats beaucoup moins élevés que ceux issus de l'ERS. Malgré des différences dans la méthodologie, les adolescents des Premières Nations semblent avoir davantage de besoins en soins dentaires que les adolescents dans l'ensemble de la population, particulièrement en ce qui concerne les soins de restauration et d'orthodontie.

Bien que les adolescents des Premières Nations aient un taux d'accès aux soins dentaires légèrement moins élevé que celui des adolescents dans l'ensemble de la population canadienne, les données de l'ERS montrent toujours que les douleurs aux dents se vivent de façon inégale. Les adolescents des Premières Nations rapportent également davantage de besoins en soins dentaires. Ces résultats fournissent des données pour appuyer la nécessité de considérer les déterminants de la santé des Premières Nations pour améliorer l'état de la santé buccodentaire des adolescents.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Trois adolescents des Premières Nations sur quatre (75,9 %) indiquent avoir eu des soins dentaires au cours de l'année précédant l'ERS 2008-10; pourtant 21,1 % ont eu un épisode récent de douleur dentaire au cours du mois précédant l'Enquête.
- Le fait d'avoir des parents ou des tuteurs qui ont une scolarité plus élevée que les études secondaires, d'apprécier la culture traditionnelle et de participer aux événements culturels communautaires, de fréquenter l'école sur une base régulière et de ne pas avoir doublé une année, d'évaluer positivement son état de santé mentale et de ne pas s'être senti déprimé pendant deux semaines consécutives ou plus au cours des 12 mois précédents, d'avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, et de ne pas fumer sont des facteurs associés à un accès accru aux soins dentaires.
- L'occurrence de douleur dentaire est associée au fait de comprendre ou parler une langue des Premières Nations, de ne pas fréquenter l'école, de doubler une année ou d'avoir des problèmes d'apprentissage à l'école, d'évaluer négativement son état de santé générale et mentale, de faire une dépression ou d'avoir le diabète ou d'être très insatisfait de son poids, de consommer des boissons gazeuses et des sucreries plusieurs fois par jour et de rarement avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, et de fumer.
- Globalement, 5,3 % des adolescents des Premières Nations indiquent avoir eu un traumatisme dentaire au cours des 12 mois précédant l'Enquête : 3,1 % de ceux âgés de 12 à 14 ans, et 7,2 % de ceux âgés de 15 à 17 ans. On observe la plus haute prévalence de traumatisme dentaire (9 %) chez les adolescentes âgées de 15 à 17 ans.
- Plus de trois quarts (77,7 %) des adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans estiment avoir besoin d'un traitement dentaire, comparativement à 24,9 % des Canadiens âgés de 12 à 19 ans, dont les besoins dentaires ont été évalués cliniquement dans le cadre de l'ECMS 2007-09.
- Les besoins en traitements les plus fréquents rapportés par les adolescents des Premières Nations sont un entretien, tel que les examens de routine et les nettoyages (57,1 %), suivis des traitements de restauration (42,0 %) et orthodontiques (13,9 %), ces derniers étant plus souvent rapportés par les filles (16,5 %). Le traitement suivant le plus courant est le traitement au fluor (13,7 %), plus fréquemment rapporté par ceux âgés de 12 à 14 ans (16,6 %), suivi de la nécessité d'une extraction (7,2 %). Les besoins en parodontie, en prosthodontie et en soins d'urgence sont rapportés par respectivement 2,1 %, 1,1 %, et 1,1 % des adolescents des Premières Nations.
- Les besoins en soins dentaires tels que perçus par les adolescents des Premières Nations ont augmenté pour tous les types de traitement, comparativement aux résultats de l'ERS 2002-03, et plus particulièrement pour l'entretien régulier et les travaux de restauration.
- Les adolescents des Premières Nations semblent nécessiter davantage de traitements de restauration et d'orthodontie que les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne (57,1 % vs 13,0 %, et 13,9 % vs 6,4 %, respectivement).

INTRODUCTION

L'accès aux soins buccodentaires est manifestement plus limité pour les membres des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations que pour l'ensemble de la population canadienne. Toutefois, les données d'enquête issues du volet sur les adolescents de l'ERS 2002-03 (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2005) indiquaient que le taux d'obtention de soins dentaires au cours de l'année précédant l'Enquête était élevé, soit près de 79 % des adolescents des Premières Nations, ce qui est comparable au taux national chez les adolescents canadiens. En même temps, les données de l'ERS sur les besoins en soins dentaires autodéclarés montraient qu'une grande proportion des adolescents des Premières Nations indiquaient avoir besoin de soins d'entretien, tels qu'un examen de routine ou un nettoyage (42 %), suivis par près de 37 % qui indiquaient nécessiter une obturation ou d'autres types de soins de restauration (CGIPN, 2005). Ces résultats donnent à penser que les adolescents des Premières Nations utilisent peut-être les services dentaires pour les soins d'urgence seulement lorsque des symptômes apparaissent. Lorsque les individus ont des symptômes de maladie buccodentaire, tels que la douleur, l'inflammation et la mauvaise haleine, ils sont plus susceptibles de percevoir la nécessité de soins dentaires, ce qui peut alors influencer la probabilité qu'ils accèdent à des soins.

Ce chapitre examine l'accès aux soins de santé buccodentaires et la prévalence de la perception de la nécessité de différents types de soins dentaires chez les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans dans l'ERS 2008-10. Une comparaison des résultats de l'ERS 2008-10 avec ceux de l'ERS 2002-03 offre un aperçu des changements dans le degré d'accès aux soins dentaires offerts aux adolescents des Premières Nations et de leur perception quant à leurs besoins en soins dentaires. De plus, le rapport récemment publié sur les résultats du Module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) 2007-09 nous permet de vérifier l'hypothèse selon laquelle les adolescents des Premières Nations sont moins susceptibles d'accéder aux soins dentaires que les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne (Santé Canada, 2010b).

Un des effets les plus dévastateurs de la réduction de l'accès aux soins dentaires de prévention et de restauration est l'apparition de douleurs ou de rages de dents. Les rages de dents chez les enfants sont principalement dues aux caries ou aux abcès dentaires. Sans traitement, la douleur peut persister et devenir

invalidante au point d'avoir une incidence sur la qualité de vie relative à la santé buccodentaire (Milnes, Rubin, Karpa, & Tate, 1993; Schroth, Harrison, & Moffatt, 2009). L'apparition de douleurs dentaires indique donc la nécessité de soins d'urgence, étant donné qu'une intervention rapide en cas de symptômes peut réduire la fréquence des complications et peut prévenir la perte de dents lorsque les adolescents atteignent l'âge adulte.

Les écarts dans l'expérience autodéclarée de douleurs aux dents sont bien connus; les minorités ethniques à faible revenu ainsi que ceux ayant des besoins spéciaux en santé y sont surreprésentés (Lewis & Stout, 2010; Slade, 2001). Dans l'ERS 2002-03, un pourcentage assez considérable (19,1 %) d'adolescents des Premières Nations avait eu un épisode récent de douleurs aux dents (CGIPN, 2005). Cette prévalence n'est tout de même pas aussi élevée que les 26,2 % d'Aborigènes australiens âgés de 16 à 20 ans qui ont rapporté avoir « des problèmes avec leurs dents, leurs gencives ou leur mâchoire actuellement » lorsqu'ils ont été interviewés dans le cadre de la 3^e vague du module sur les dents de l'enquête *Aboriginal Birth Cohort* (ABC), une enquête prospective longitudinale sur les Aborigènes nés entre 1987 et 1990 (Jamieson, Roberts-Thomson, & Sayers, 2010b).

Les douleurs aux dents peuvent également résulter de traumatismes aux dents. De tels traumatismes touchent habituellement les dents avant (antérieures), un endroit où les caries tendent à être moins présentes. La gravité des traumatismes aux dents varie grandement : elles vont de fissures mineures de l'émail à des dommages importants dans le cas de fractures complexes des dents, du déplacement d'une dent de sa position naturelle (déplacement) à l'éjection d'une dent de son alvéole (avulsion). En général, le taux de traumatismes est plus élevé chez les adolescents que dans tout autre groupe, et les résultats de l'ERS 2002-03 montraient que les adolescents des Premières Nations étaient davantage à risque de blessures que les autres Canadiens. Les traumatismes dentaires, en particulier, étaient rapportés par 4,3 % des adolescents dans l'ERS 2002-03 : 3,7 % de ceux âgés de 12 à 14 ans et 4,8 % de ceux âgés de 15 à 17 ans. Ces résultats selon l'âge sont plus faibles que la prévalence de traumatismes dentaires aux incisives permanentes de 11,4 % des élèves âgés de 12 à 14 ans en Ontario (Fakhrudin, Lawrence, Kenny, & Locker, 2008). L'écart de prévalence s'explique par le fait que les questions dans l'ERS 2002-03 visaient les traumatismes assez graves pour nécessiter des soins médicaux, tandis que l'enquête réalisée dans les écoles en Ontario était fondée sur des données cliniques relatives à des traumatismes dentaires et comprenait surtout des fissures mineures

de l'émail qui ne nécessitent pas de soins médicaux habituellement. À ce jour, il y a très peu de données sur les taux de traumatismes aux dents dans la population des Premières Nations. Bien mesurer l'ampleur de ce problème est donc important parce que certains types de traumatismes dentaires qui surviennent majoritairement chez les adolescents peuvent être évités. Par exemple, de nombreux traumatismes causés par le sport peuvent être prévenus ou réduits par le port d'un protecteur buccal (Fakhruddin, Lawrence, Kenny, & Locker, 2007).

MÉTHODOLOGIE

Toutes les questions sur la santé buccodentaire de l'ERS 2002-03 ont été reprises dans l'ERS 2008-10. Les adolescents ont d'abord été invités à indiquer à quand remontent les derniers soins dentaires reçus pour quelle que raison que ce soit. Les réponses suivantes étaient proposées : moins de six mois, entre six mois et un an, entre un an et deux ans, entre deux et cinq ans, plus de cinq ans, et jamais. Les réponses des participants ont ensuite été classées comme « soins dentaires reçus au cours de l'année précédente » ou « soins dentaires reçus il y a plus d'un an ou jamais » parce que la plupart des enfants, des adolescents et des adultes devraient consulter leur dentiste pour un nettoyage et un examen de routine tous les six mois ou au moins une fois par année.

Les adolescents ont également dû indiquer quels types de soins dentaires ils estiment nécessiter actuellement. Les répondants pouvaient choisir plus d'une réponse parmi la liste suivante : aucun; obturation ou autres soins de restauration (p. ex., obturation, couronne, pont); entretien (p. ex., examen de routine ou nettoyage); extraction (retrait d'une dent); traitement au fluor; traitement parodontal (des gencives); prothèses (p. ex., soins des dentiers, dont la réparation et l'entretien); soins d'urgence (problèmes dentaires nécessitant des soins immédiats); orthodontie (p. ex., appareils dentaires); autres.

La dernière question sur la santé buccodentaire visait à savoir si le répondant a eu des problèmes ou des douleurs aux dents au cours du mois précédant l'Enquête, et proposait « oui », « non », « ne sais pas » ou refuse de répondre » comme possibilités de réponses. « Ne sais pas » et « refuse de répondre » ont été considérées comme des données manquantes aux fins de l'analyse.

En ce qui a trait aux traumatismes dentaires, les adolescents ont d'abord eu à indiquer s'ils ont subi un traumatisme au cours de l'année précédant l'Enquête. Ceux qui répondaient par l'affirmative devaient ensuite indiquer s'ils ont subi un des traumatismes suggérés

dans une liste, dont un traumatisme dentaire. Pour un type de traumatisme donné, les répondants pouvaient répondre « oui » ou « non ». Ils pouvaient également répondre « oui » à plus d'un type de traumatisme et au fait d'avoir été blessé plus d'une fois au cours de l'année précédente. Les questions sur les traumatismes dans l'ERS 2008-10 différaient des questions dans l'ERS 2002-03, lesquelles ciblaient les traumatismes « ayant nécessité les soins d'un professionnel de la santé ».

L'analyse de données a été guidée par le Cadre culturel de l'ERS, dans lequel la santé buccodentaire est envisagée dans une perspective holistique (Dumont, 2005). Selon le cadre culturel, la santé est bien plus que la simple absence de maladie : une bouche en santé exempte de douleur contribue au bien-être physique, psychologique et social des Premières Nations. L'analyse est axée sur les déterminants de la santé qui ont une incidence sur l'accessibilité aux soins dentaires et sur l'expérience de la douleur aux dents. Les principales variables évaluées sont, notamment, l'âge et le sexe; la scolarité des parents; l'importance des activités culturelles traditionnelles et la participation à celles-ci; la capacité de comprendre ou de parler une langue des Premières Nations; les mesures de fréquentation et de performances scolaires; l'autoévaluation de l'état de santé général et des maladies, telles que le diabète et l'obésité; les mesures de bien-être personnel, telles que l'autoévaluation de l'état de santé mentale et les symptômes de dépression; les habitudes alimentaires; et le tabagisme. La situation géographique peut également limiter l'accès à des soins dentaires en temps opportun pour prévenir l'apparition et la progression de caries et de maladies parodontales. Contrairement à l'ERS 2002-03, les mesures relatives à l'isolement géographique et au statut des communautés des répondants en matière de transfert en santé n'ont pas été considérées ici étant donné que ces déterminants de la maladie ont été expliqués dans le passé et sont maintenant bien compris.

Les données de l'ERS 2008-10 ont été comparées à celles de l'ERS 2002-03 et aux données sur la population canadienne et la population autochtone hors réserve issues de l'ECMS, lorsque cela s'avérait pertinent (CGIPN, 2005; Santé Canada, 2010b). La comparabilité s'est parfois révélée difficile entre l'ERS et l'ECMS et a complexifié la comparaison entre les statistiques sur les Premières Nations et celles sur les autres adolescents. Essentiellement, les résultats canadiens couvraient une plus grande tranche d'âge que l'ERS : les répondants étaient âgés de 12 à 19 ans plutôt que de 12 à 17 ans. De plus, le terme « Autochtones » tel qu'utilisé par l'ECMS comprend les Premières Nations, les Métis et les Inuit, et en raison du faible nombre de répondants

autochtones dans l'ECMS, de nombreux résultats ont été retenus parce que les données n'étaient pas fiables.

De façon générale, ce chapitre porte uniquement sur les écarts de proportion qui sont statistiquement significatifs.

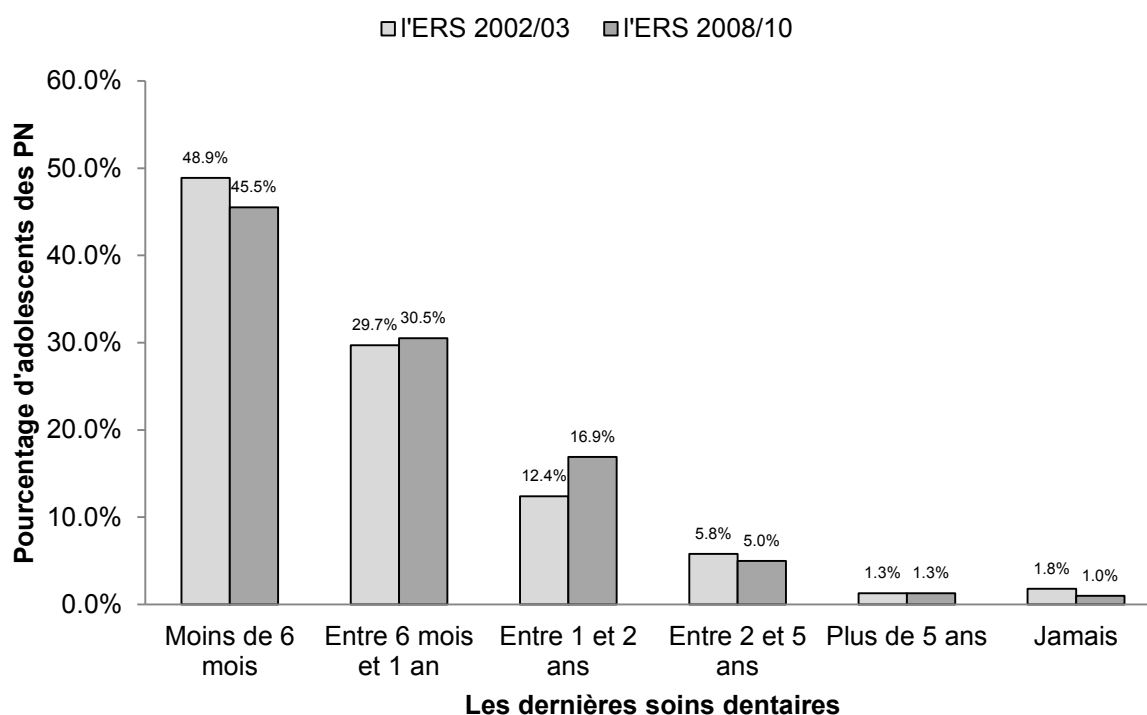
RÉSULTATS

Accès aux soins dentaires

Un peu plus de trois quarts (75,9 %) des adolescents des Premières Nations rapportent avoir eu des soins

dentaires pour une raison ou une autre au cours de l'année précédant l'Enquête, tandis qu'environ 17 % ont eu des soins dentaires d'un an à deux ans auparavant et 6,3 % plus de deux ans auparavant (voir Figure 25.1). Comparativement aux résultats de l'ERS 2002-03, les taux d'obtention de soins dentaires ont diminué légèrement chez les adolescents des Premières Nations : près de 79 % des adolescents des Premières Nations avaient eu une forme ou une autre de soins dentaires au cours de l'année précédant l'ERS 2002-03.

Figure 25.1. Dernière fois où des soins dentaires ont été obtenus dans l'ERS 2002-03 (n = 4,983) et l'ERS 2008-10 (n = 4,510)

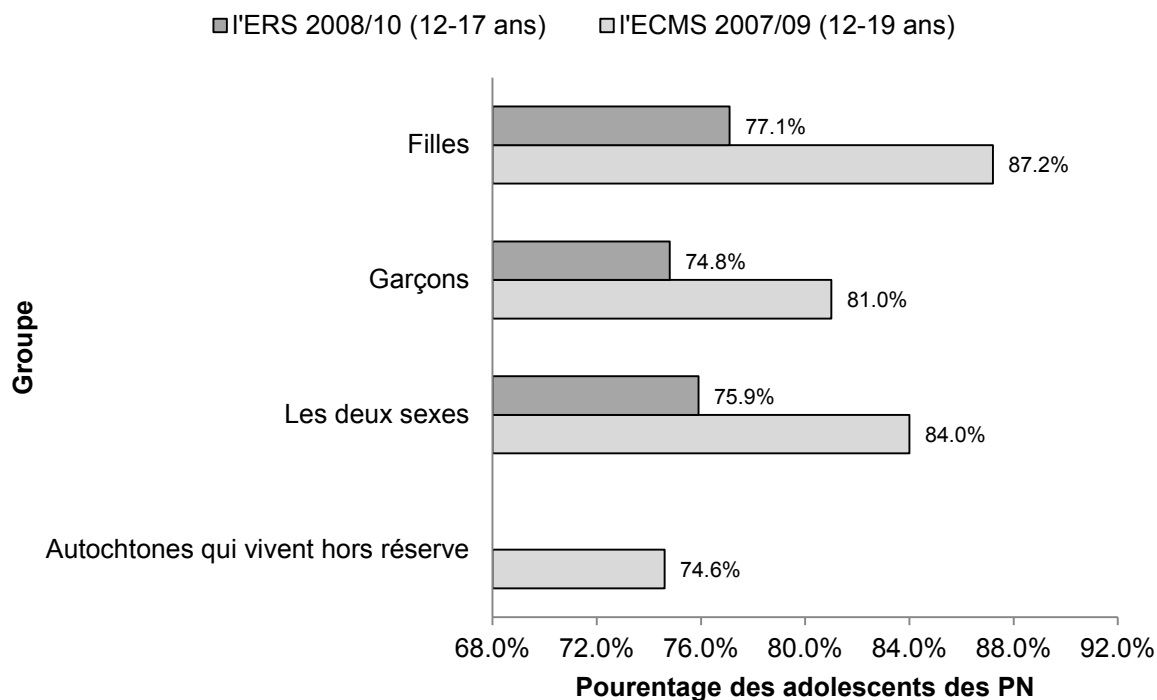


Note. E = Variabilité élevée de l'échantillonnage : coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %; interpréter les données avec prudence.

La prévalence des soins dentaires varie très peu selon le sexe mais est plus faible dans la population de l'ERS que dans la population de l'ECMS (voir Figure 25.2). Environ 8 % plus d'adolescents âgés de 12 à 19 ans dans l'ensemble de la population canadienne (84,0 %) ont eu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'ECMS, comparativement à 75,9 % des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques dans l'ERS 2008-10 et à 74,6 % des Autochtones qui vivent hors réserve dans l'ECMS (Santé Canada, 2010b). Tel que mentionné précédemment, l'échantillon d'adolescents qui se réclament d'une ascendance autochtone dans l'ECMS est très petit et ne

représente que 5,6 % des adolescents canadiens ayant participé à l'Enquête (Santé Canada, 2010b). Cela a résulté en des données dans le rapport de l'ECMS qui comportent un avertissement ou qui ont été supprimées en raison de la variabilité très élevée de l'échantillonnage.

Figure 25.2. Pourcentage d'adolescents qui rapportent des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'ECMS 2007-09 ($n = 1,008$) et l'ERS 2008-10 ($n = 4,510$)



Tel que le montre le Tableau 25.1, les facteurs qui favorisent un meilleur accès aux soins dentaires des adolescents des Premières Nations sont notamment le fait d'avoir des parents ou des tuteurs qui ont une scolarité supérieure aux études secondaires; d'apprécier la culture traditionnelle et de participer aux événements culturels communautaires; de fréquenter l'école sur une base régulière et de ne pas doubler une année; d'avoir une autoévaluation positive de son état de santé mentale et de ne pas s'être senti triste ou déprimé pendant 2 semaines consécutives ou plus au cours des 12 mois précédents; et d'avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré et de ne pas fumer.

Douleurs aux dents

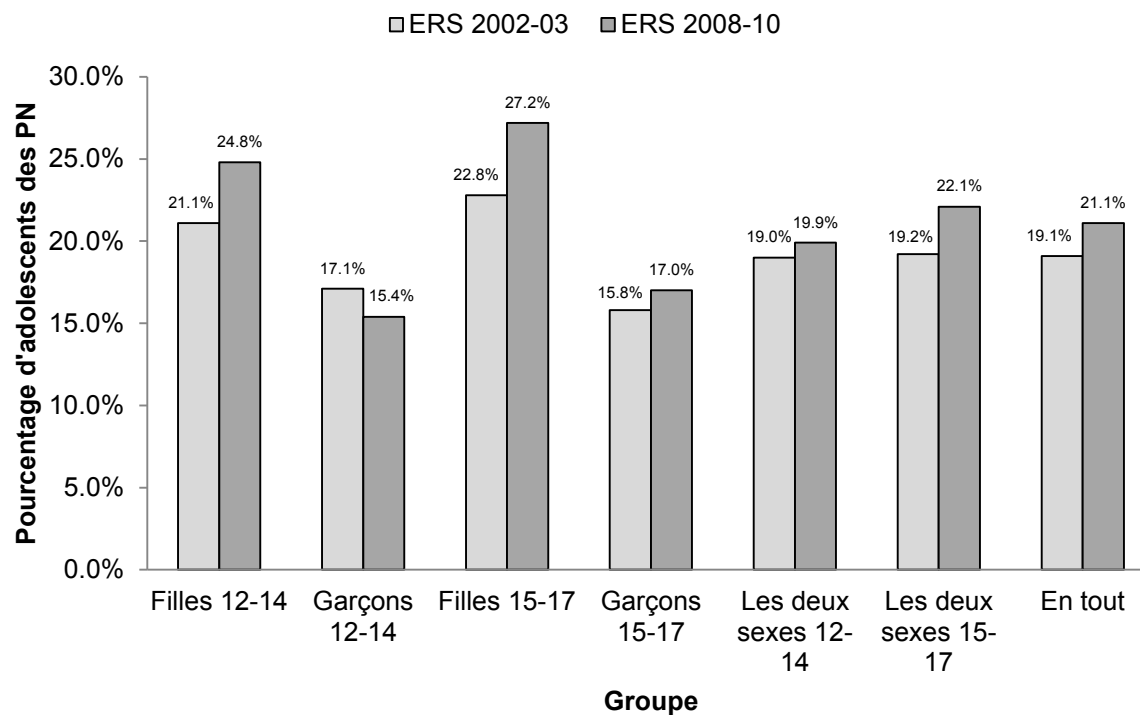
Dans l'ERS 2008-10, 21,1 % des adolescents des Premières Nations rapportent avoir eu des problèmes ou des douleurs dentaires (rage de dent) au cours du mois précédant l'Enquête, comparativement à 19,1 % des adolescents dans l'ERS 2002-03 (voir Figure 25.3). C'est chez les filles âgées de 15 à 17 ans que l'on observe la prévalence la plus élevée de douleurs aux dents (27,2 %). Les douleurs aux dents sont moins fréquemment rapportées par les garçons âgés de 12 à 14 ans (15,4 %). Comparativement à l'ERS 2002-03, la prévalence des douleurs dentaires a augmenté dans tous les groupes d'âge, à l'exception des garçons âgés de 12 à 14 ans.

Tableau 25.1. Pourcentage d'adolescents des Premières Nations qui rapportent des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête, selon certains déterminants de la santé

Déterminant de la santé (n non pondéré)	Soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête	
	%	95 % IC
Tous (4,510)	75,9	[73,8, 77,9]
Mère ou tuteur n'a pas de diplôme d'études secondaires (2,876)	73,6	[71,1, 76,0]
Mère ou tuteur a un diplôme supérieur aux études secondaires (1,247)	83,7	[79,7, 87,1]
Père ou tuteur n'a pas de diplôme d'études secondaires (2,832)	74,7	[72,3, 77,0]
Père ou tuteur a un diplôme supérieur aux études secondaires (677)	86,5	[83,3, 89,2]
Importance des événements culturels traditionnels		
Très important (1,849)	77,6	[74,4, 80,4]
Assez important (1,790)	76,1	[73,0, 79,0]
Peu important (475)	71,9	[67,3, 76,1]
Pas important (232)	66,9	[58,6, 74,3]
Participe aux événements culturels communautaires		
Toujours/presque toujours (1,116)	76,0	[72,2, 79,4]
Parfois (2,217)	79,3	[76,5, 81,8]
Rarement (751)	71,9	[66,9, 76,3]
Jamais (359)	66,1	[60,1, 71,5]
Ne fréquente pas l'école actuellement (433)	62,0	[54,4, 69,1]
Fréquente l'école (4,049)	78,0	[75,9, 79,9]
N'a jamais doublé une année (3,004)	79,2	[76,8, 81,4]
A doublé une année (1,453)	69,2	[65,6, 72,6]
Autoévaluation de l'état de santé mentale		
Excellent/très bon/bon (4,238)	76,2	[74,1, 78,2]
Passable/mauvais (247)	69,6	[62,3, 76,1]
Ne s'est pas senti déprimé pendant 2 semaines consécutives et + au cours des 12 mois précédents (3,199)	77,2	[74,8, 79,4]
S'est senti déprimé pendant 2 semaines consécutives et + au cours des 12 mois précédents (1,024)	72,9	[69,0, 76,6]
A un régime alimentaire nutritif et équilibré		
Toujours/presque toujours (1,092)	80,7	[76,4, 84,4]
Parfois (2,412)	75,4	[72,7, 77,8]
Rarement (711)	75,0	[70,9, 78,7]
Jamais (152)	65,0	[53,6, 75,0]
Tabagisme		
Jamais (3,034)	80,6	[78,3, 82,8]
Quotidiennement/occasionnellement (1,334)	65,1	[61,4, 68,7]

Note. IC = Intervalle de confiance.

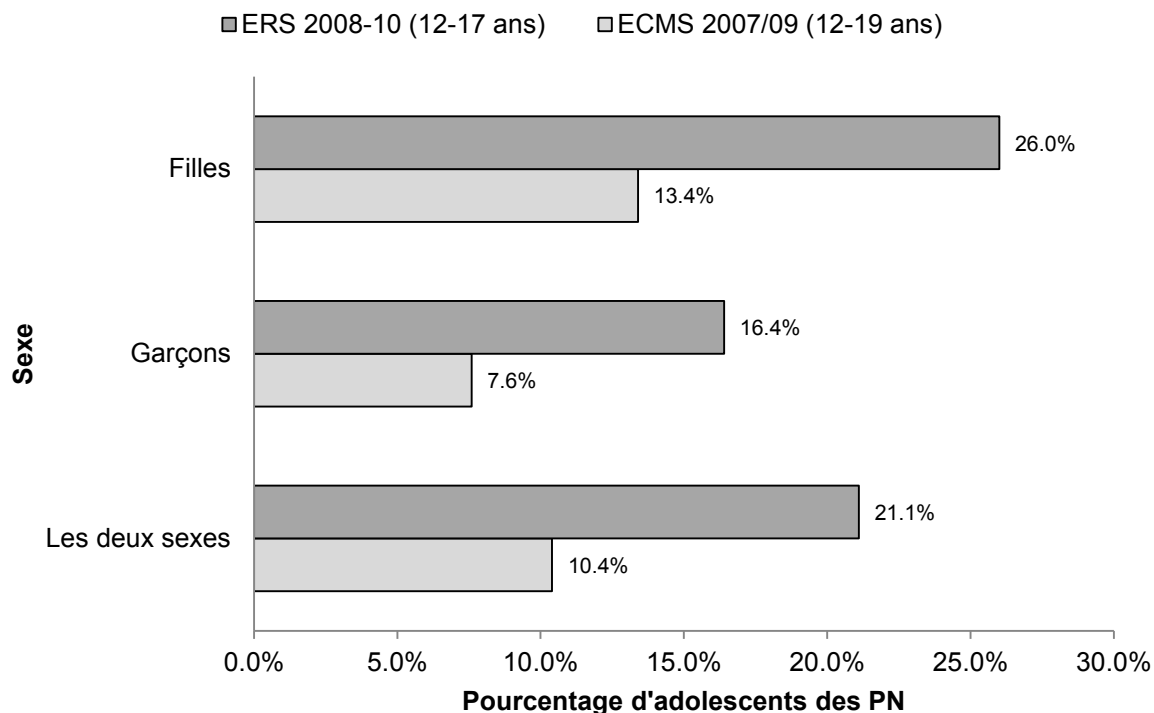
Figure 25.3. Prévalence des problèmes ou douleurs dentaires au cours du mois précédant l'Enquête chez les adolescents des Premières Nations, selon le sexe et le groupe d'âge dans l'ERS 2002-03 ($n = 4,798$) et l'ERS 2008-10 ($n = 4,686$)



La proportion de filles âgées de 12 à 17 ans qui rapportent un épisode récent de douleur dentaire au cours du mois précédant l'Enquête est considérablement plus élevée que la proportion de garçons (26,0 % vs 16,4 %; voir Figure 25.4). Parmi les adolescents âgés

de 12 à 19 ans qui ont participé à l'ECMS 2007–09, 10,4 % (13,4 % de filles et 7,6 % de garçons) rapportent des douleurs persistantes ou une douleur soutenue dans leur bouche au cours des 12 mois précédant l'enquête (Santé Canada, 2010b).

Figure 25.4. Pourcentage d'adolescents qui rapportent des problèmes ou des douleurs dentaires dans l'ECMS 2007-09 ($n = 1,008$) et l'ERS 2008-10 ($n = 4,686$)



*Considérablement plus élevé statistiquement pour les filles que pour les garçons dans l'ERS 2008-10.

Le Tableau 25.2 présente les résultats en ce qui a trait à la prévalence de la douleur ou des problèmes dentaires vécus par les adolescents des Premières Nations au cours du mois précédant l'Enquête en fonction de certains déterminants de la santé. L'occurrence des douleurs dentaires est associée au fait de comprendre ou de parler une langue des Premières Nations, de ne pas fréquenter l'école, de doubler une année ou d'avoir eu des problèmes d'apprentissage à l'école, d'évaluer négativement son état

de santé général et de santé mentale, d'être en dépression ou d'avoir le diabète, d'être très insatisfait de son poids corporel, de boire des boissons gazeuses, de consommer des sucreries plusieurs fois par jour, de rarement avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, et de fumer. En revanche, on n'observe aucune association entre le fait d'avoir eu des soins au cours des 12 mois précédant l'Enquête et la prévalence des douleurs dentaires au cours du mois précédent (données non montrées).

Tableau 25.2. Adolescents des Premières Nations qui rapportent des problèmes ou douleurs dentaires au cours du mois précédant l'Enquête, selon certains déterminants de la santé

Déterminant de la santé (n non pondéré)	Douleur dentaire au cours du mois précédent	
	%	95 % IC
Tous (4,686)	21,1	[19,0, 23,3]
Ne peut comprendre ou parler une langue des Premières Nations (1,989)	17,7	[15,1, 20,6]
Peut comprendre ou parler une langue des Premières Nations (2,491)	23,0	[20,1, 26,3]
Ne fréquente pas l'école actuellement (456)	30,8	[21,3, 42,3] ^E
Fréquente l'école (4,195)	19,4	[17,6, 21,3]
N'a jamais doublé une année (3,105)	18,1	[15,8, 20,6]
A doublé une année (1,516)	26,9	[23,5, 30,5]
N'a jamais eu de problèmes d'apprentissage à l'école (2,776)	16,9	[14,1, 20,0]
Problèmes d'apprentissage à l'école (1,682)	27,7	[24,8, 30,8]
Autoévaluation de l'état de santé général		
Excellent/très bon/bon (4,346)	20,0	[17,8, 22,4]
Passable/mauvais (324)	35,2	[28,7, 42,4]
Autoévaluation de l'état de santé mentale		
Excellent/très bon/bon (4,407)	20,4	[18,3, 22,7]
Passable/mauvais (250)	32,5	[26,2, 39,6]
Ne s'est pas senti déprimé pendant 2 semaines consécutives et + au cours des 12 mois précédents (3,319)	16,3	[14,3, 18,5]
S'est senti déprimé pendant 2 semaines consécutives et + au cours des 12 mois précédents (1,066)	35,2	[30,5, 40,3]
Non diabétique (4,465)	20,4	[18,3, 22,7]
Diabétique (30)	40,8	[26,7, 56,7] ^E
Degré de satisfaction par rapport au poids corporel		
Très satisfait (1,509)	16,8	[13,6, 20,6]
Assez satisfait (1,547)	21,1	[17,8, 24,7]
Ni satisfait/ni insatisfait (662)	22,0	[17,7, 27,0]
Assez insatisfait (480)	24,0	[19,7, 29,0]
Très insatisfait (260)	35,4	[28,8, 42,6]
Fréquence de la consommation de boissons gazeuses		
Plusieurs fois par jour (1,192)	22,4	[19,1, 26,1]
Une fois par jour (1,119)	24,3	[20,6, 28,4]
Quelques fois par semaine (1,409)	19,6	[16,4, 23,2]
Environ une fois par semaine (507)	17,2	[12,8, 22,6]
Jamais/presque jamais (410)	15,3	[12,1, 19,1]
Fréquence de la consommation de sucreries		
Plusieurs fois par jour (490)	29,9	[25,0, 35,2]
Une fois par jour (754)	26,9	[21,4, 33,3]
Quelques fois par semaine (1,625)	20,4	[17,4, 23,7]
Environ une fois par semaine (931)	15,8	[12,7, 19,6]
Jamais/presque jamais (773)	16,4	[12,8, 20,7]
A un régime alimentaire nutritif et équilibré		
Toujours/presque toujours (1,131)	13,6	[10,0, 18,1]
Parfois (2,505)	21,1	[18,5, 24,0]
Rarement (733)	31,6	[27,0, 36,6]
Jamais (163)	22,9	[15,3, 32,7] ^E
Tabagisme		
Jamais (3,144)	17,1	[15,0, 19,5]
Quotidiennement/occasionnellement (1,396)	29,8	[25,9, 33,9]

Note. IC = Intervalle de confiance. E = Variabilité élevée de l'échantillonnage - coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %; interpréter les données avec prudence.

Traumatismes dentaires

En tout, 30,5 % des adolescents des Premières Nations rapportent avoir subi une blessure au cours des 12 mois

précédant l'Enquête, et parmi ceux-ci, 5,3 % (95 % IC [4,1, 6,8]) rapportent un traumatisme dentaire. Bien que les données sur les adolescents qui rapportent un traumatisme dentaire ne soient pas assez élevées pour

permettre une analyse des facteurs qui peuvent influencer la prévalence de dents ayant subi un traumatisme, on observe une tendance de prévalence plus élevée chez les filles que chez les garçons (6,3 %^E vs 4,5 %, 95 % IC [4,2, 9,3] et [3,3, 6,1], respectivement). La prévalence des traumatismes dentaires varie considérablement selon le groupe d'âge : 3,1 %^E de ceux âgés de 12 à 14 ans et 7,2 % de ceux âgés de 15 à 17 ans (95 % IC [1,9, 4,9] et [5,3, 9,8], respectivement). C'est chez les filles âgées de 15 à 17 ans que l'on observe le taux le plus élevé de traumatismes dentaires (9 %^E, 95 % IC [5,6, 13,9]). En comparaison, la prévalence de traumatismes dentaires était de 3,7 % chez ceux âgés de 12 à 14 ans et de 4,8 % chez ceux âgés de 15 à 17 ans dans l'ERS 2002-03 (CGIPN, 2005). La légère hausse de la prévalence des traumatismes dentaires autodéclarés au cours des cinq ans qui séparent les deux phases de l'ERS résulte peut-être d'une différence dans la formulation des questions.

Seize p. cent (16,1 %) des adolescents canadiens affichaient des signes de traumatismes à leurs dents antérieures selon l'ECMS 2007-09 (Santé Canada, 2010b). Il s'agit d'une prévalence beaucoup plus élevée que les 5,3 % révélés dans l'ERS 2008-10. Il est cependant important de noter qu'aucune preuve de traumatisme n'a été évaluée cliniquement dans l'ERS, ce qui explique peut-être pourquoi les données de l'ERS sont plus faibles que les données sur les traumatismes aux incisives chez les adolescents non autochtones (15,5 %) et les adolescents autochtones qui vivent hors réserve (26,4 %) âgés de 12 à 19 ans mesurés dans l'ECMS 2007-09 (Santé Canada, 2010b).

Perceptions des besoins en soins dentaires

Dans l'ERS 2008-10, 77,7 % (95 % IC [75,8, 79,6]) des adolescents des Premières Nations estiment avoir des besoins en soins dentaires. Selon ces adolescents, les types de soins requis sont de l'entretien, tels qu'un examen de routine ou un nettoyage (57,1 %; voir Tableau 25.3), suivis de soins de restauration (42,0 %) et d'orthodontie (13,9 %). On n'observe aucune différence selon le sexe ou l'âge, à l'exception du fait qu'une proportion plus élevée de filles que de garçons (16,5 % vs 11,2 %) indiquent des besoins en traitements d'orthodontie, et une plus grande proportion d'adolescents de 12 à 14 ans indiquent un besoin de traitement au fluor, comparativement aux adolescents de 15 à 17 ans (16,6 % vs 12,9 %; voir Figures 25.5 et 25.6).

Tableau 25.3. Type de traitement requis (chez ceux qui indiquent nécessiter un traitement)

Type de traitement dentaire requis (chez ceux qui nécessitent un traitement)	ERS 2008-10 % [95 % IC]
Restauration (p. ex. obturation, couronne, pont)	42,0 [39,7, 44,4]
Entretien (p. ex. examen de routine ou nettoyage)	57,1 [54,6, 59,5]
Extraction	7,2 [6,2, 8,3]
Traitement au fluor	13,7 [11,8, 15,7]
Parodontie (soins des gencives)	2,1 [1,5, 2,9]
Prostodontie (p. ex. dentiers, dont les réparations et l'entretien)	1,1 ^E [0,8, 1,6]
Orthodontie (p. ex. broches)	13,9 [12,4, 15,5]
Soins d'urgence (problèmes dentaires nécessitant des soins immédiats)	1,1 ^E [0,7, 1,5]

E = Interpréter avec prudence (variabilité élevée de l'échantillonnage—coefficient de variation : 16,6 % à 33,3 %).

Figure 25.5. Type de traitements requis (chez ceux qui indiquent nécessiter un traitement) selon le sexe (n = 4,830)

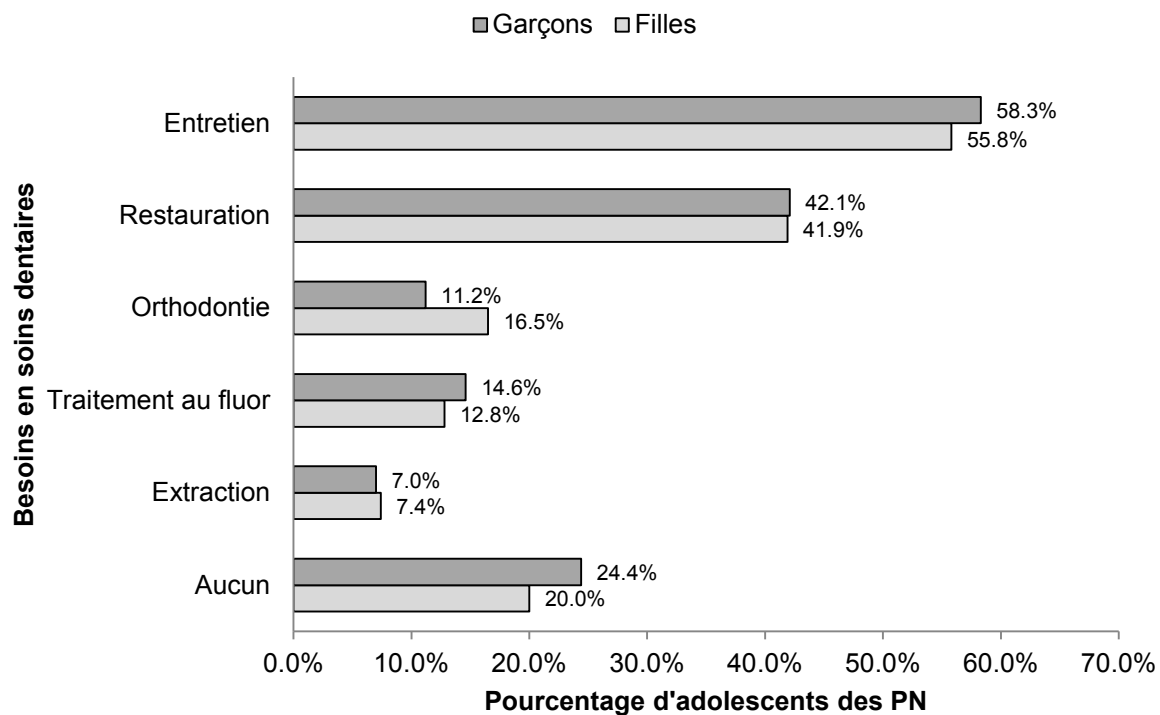
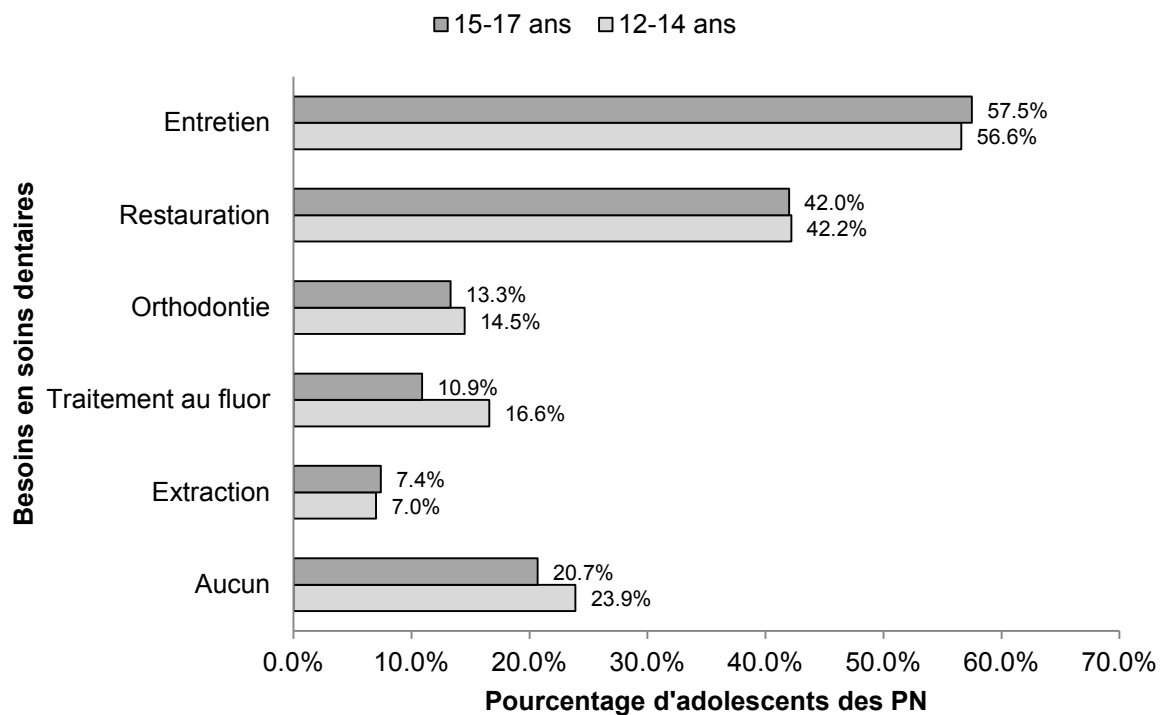


Figure 25.6. Type de traitements requis (chez ceux qui indiquent nécessiter un traitement) selon le groupe d'âge (n = 4,817)



Trois quarts (75,1 %) des adolescents canadiens n'ont aucun besoin en traitement selon les examens de l'ECMS, comparativement à 22,3 % (95 % IC [20,4, 24,2]) des adolescents des Premières Nations dans l'ERS 2008-10. Les résultats de l'ECMS pour ceux âgés de 12 à 19 ans révèlent que 13,0 %^E nécessitent des soins de restauration et 6,4 %^E nécessitent des traitements d'orthodontie (Santé Canada, 2010b). Ces résultats chez les adolescents canadiens sont très différents de ceux générés par l'ERS. Malgré des différences au plan de la méthodologie, les adolescents des Premières Nations semblent nécessiter davantage de soins dentaires que les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne, particulièrement en ce qui a trait aux traitements de restauration et d'orthodontie.

DISCUSSION

L'Association dentaire canadienne recommande que l'intervalle entre les examens buccodentaires de routine chez les patients de moins de 18 ans ne soit pas plus long que 12 mois, même si elle reconnaît que la fréquence des examens de routine dépend surtout des besoins en soins dentaires des patients. Le fait d'avoir consulté un professionnel des soins dentaires pour quelle que raison que ce soit au cours des 12 mois précédents est un indicateur d'accès aux soins. Pour cette raison, l'ERS a défini le fait d'avoir reçu des soins dentaires pour quelle que raison que ce soit au cours des 12 mois précédant l'Enquête comme un indicateur d'accès aux soins pour les enfants, les adolescents et les adultes. On n'observe aucun changement significatif de la prévalence de l'obtention de soins dentaires au cours des 12 mois précédents chez les adolescents depuis l'ERS 2002-03. Toutefois, on observe une différence de la prévalence entre les adolescents des Premières Nations et les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne. Trois adolescents des Premières Nations sur quatre (75,9 %) âgés de 12 à 17 ans rapportent avoir eu des soins dentaires au cours de l'année précédant l'Enquête, tandis que 84,5 % des adolescents non autochtones âgés de 12 à 19 ans ont eu des soins dentaires au cours de l'année précédant l'ECMS (Santé Canada, 2010b). La prévalence de l'obtention de soins dentaires au cours des 12 mois précédents est similaire à celle des adolescents autochtones qui vivent hors réserve (74,6 %) selon l'ECMS (Santé Canada, 2010b). Le même écart fondé sur l'ethnicité a été observé dans l'enquête sur la santé buccodentaire en Nouvelle-Zélande (Ministry of Health, 2010) en 2009. Comme dans le cas des Premières Nations au Canada, tous les enfants et les adolescents en Nouvelle-Zélande peuvent avoir des soins dentaires gratuitement de la naissance au jour précédant leur 18^e anniversaire et les coûts sont assumés par le

régime public. Malgré cela, parmi les enfants âgés de 2 à 17 ans, les enfants *Māori* et des îles du Pacifique étaient beaucoup moins susceptibles que les autres enfants d'avoir consulté un professionnel des soins dentaires au cours des 12 mois précédents (Ministry of Health, 2010).

Les modules sur les adolescents de l'ERS 2002-03 et de l'ERS 2008-10 ont exploré les déterminants de la santé qui pourraient expliquer l'écart relatif à l'accès aux soins dentaires entre les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations et les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne. Dans la présente phase de l'ERS, les pourcentages les plus élevés d'adolescents qui indiquent avoir eu des soins dentaires au cours de l'année précédant l'Enquête ont été observés chez ceux dont les parents ou les tuteurs ont des études supérieures aux études secondaires, ceux qui apprécient la culture traditionnelle et participent aux événements culturels communautaires, ceux qui fréquentent l'école sur une base régulière et n'ont jamais doublé une année, ceux qui évaluent leur propre santé mentale comme bonne et ne se sont pas sentis tristes ou déprimés pendant deux semaines consécutives ou plus au cours des 12 mois précédents, et ceux qui rapportent « toujours » ou « presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, et qui ne fument pas.

Tel qu'anticipé, on observe que la plupart de ces mêmes déterminants de la santé sont associés à la prévalence de douleurs ou problèmes dentaires chez les adolescents des Premières Nations au cours du mois précédant l'Enquête. Plus spécifiquement, les déterminants les plus significatifs de la prévalence de douleurs dentaires comprennent la capacité des adolescents de parler ou comprendre une langue des Premières Nations; les indicateurs liés à la scolarisation, tels que ne pas fréquenter l'école, doubler une année ou avoir des problèmes d'apprentissage à l'école; une faible autoévaluation de l'état de santé général et de la santé mentale; être en dépression; être atteint de diabète; être très insatisfait de son poids corporel; consommer des boissons gazeuses et des sucreries plusieurs fois par jour; rarement avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré; et fumer. Ces associations n'étonnent personne car selon la vision de la santé des Premières Nations, la santé buccodentaire est liée à la santé générale et au bien-être et comprend les aspects physique, psychologique, affectif et spirituel, et une relation saine autant à l'environnement naturel que socioculturel (Dumont, 2005). Par exemple, les enfants dont l'état de santé buccodentaire est moins bon sont davantage susceptibles d'avoir des douleurs dentaires et d'avoir de l'absentéisme ou de moins bien performer à l'école (Jackson, Vann, Kotch, Pahel, & Lee, 2011). Bien

que l'amélioration de la santé buccodentaire ne règlera pas à elle seule tous les problèmes liés à l'éducation des adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations, l'amélioration de la santé générale et buccodentaire peut bonifier leur expérience d'apprentissage. La fréquentation et la performance scolaires des adolescents des Premières Nations ne s'améliorera que le jour où l'on s'attaquera aux conditions socioéconomiques et aux autres problèmes auxquels font face leurs communautés, ce qui mènera vraisemblablement à des améliorations de leur état de santé général et buccodentaire.

Selon les résultats de l'ECMS 2007–09, la prévalence des douleurs ou des rages de dents est plus élevée chez les Autochtones qui vivent hors réserve que dans l'ensemble de la population canadienne (Santé Canada, 2010b). Ainsi, le fait d'avoir des douleurs dentaires semble élevé chez les jeunes adultes aborigènes en Australie (Jamieson et al., 2010b). Les caries non traitées sont la cause la plus fréquente de rages de dents, et les habitudes alimentaires, telles que la consommation régulière de boissons gazeuses et de sucreries, sont des indicateurs significatifs de risque de caries chez les jeunes adultes aborigènes australiens (Jamieson, Roberts-Thomson, & Sayers, 2010a). De même, le fait de boire des boissons gazeuses, de consommer des sucreries plusieurs fois par jour et de rarement avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré sont des indicateurs de problèmes et de douleurs dentaires chez les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations in Canada, tel que le rapporte l'ERS. Il faut cependant noter qu'il n'est pas toujours possible pour les Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations d'avoir un choix alimentaire étant donné le coût élevé et la variété limitée d'aliments sains dans de nombreuses communautés éloignées ou nordiques. Les mesures de santé publique qui visent un meilleur accès à des aliments sains et l'amélioration de la sécurité alimentaire seraient donc prometteuses pour la réduction des symptômes buccodentaires aigus, tels que la douleur, chez les adolescents des Premières Nations.

Dans l'ERS 2008-10, les filles âgées de 15 à 17 ans sont 1,8 fois plus susceptibles d'avoir eu une rage de dents au cours du mois précédant l'Enquête que les garçons âgés de 12 à 14 ans. Dans la littérature, il est courant de constater que les femmes et les jeunes rapportent de plus hauts niveaux de douleurs dentaires et d'anxiété que les hommes et les personnes plus âgées (Liddell & Locker, 1997). Il n'est pas possible de déterminer dans cette enquête si les douleurs dentaires sont attribuables à des caries non traitées. Des traumatismes

ou des fractures aux dents pourraient également être responsables étant donné que les filles âgées de 15 à 17 ans sont plus susceptibles que les jeunes garçons de rapporter des traumatismes dentaires subis au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Ce que l'on sait, c'est que la prévalence de problèmes et de douleurs dentaires chez les adolescents des Premières Nations est passée de 19 % dans l'ERS 2002-03 à 21 % dans l'ERS 2008-10. Bien qu'une augmentation de 3 % ne soit pas particulièrement saisissante, les 21 % représentent tout de même un taux deux fois plus élevé que celui observé chez les adolescents âgés de 12 à 19 ans dans l'ensemble de la population canadienne (Santé Canada, 2010b).

De plus, la perception des besoins en soins dentaires a également augmenté par rapport aux résultats de l'ERS précédente, notamment pour l'entretien régulier et les soins de restauration. Les adolescents des Premières Nations qui indiquent nécessiter des soins dentaires ont été invités à préciser les types de soins dentaires requis. Il devrait être noté que les besoins en soins dentaires autodéclarés sont des mesures subjectives et peuvent être influencées par d'autres facteurs, dont l'interprétation des questions posées, la conscience des besoins en soins dentaires, et les perceptions culturelles de la santé et du bien-être. Malgré les limites des données autodéclarées, les adolescents des Premières Nations semblent avoir de plus grands besoins en soins dentaires que les autres adolescents canadiens lorsque l'on compare les résultats de l'ERS à ceux de l'ECMS 2007–09. Environ trois adolescents des Premières Nations sur quatre (77,7 %) perçoivent un besoin en soins dentaires, comparativement à un adolescent sur quatre dans l'ECMS (Santé Canada, 2010b). Parmi les facteurs qui expliquent le taux élevé de besoins en soins dentaires dans cette cohorte des Premières Nations, on retrouve les obstacles administratifs qui dissuadent les dentistes de participer au programme de Soins de santé non assurés (SSNA), l'accès limité des communautés aux hygiénistes dentaires et aux thérapeutes, et les critères d'admissibilité restrictifs des SSNA en ce qui a trait aux soins d'orthodontie (Lemchuk-Favel, 2010). Par exemple, le programme SSNA ne couvre que les cas de malocclusion qui sont graves et entraînent un handicap fonctionnel (les dents désalignées, chevauchées ou avancées) et nécessite une prédétermination¹ préalable au début du traitement (Santé Canada, 2010a). En dépit du souhait de certains parents ou pourvoyeurs principaux de soins des Premières Nations d'obtenir des soins d'orthodontie pour leur adolescent,

¹ La prédétermination est une procédure administrative courante utilisée par la plupart des programmes d'assurance pour déterminer si les services dentaires proposés sont couverts en vertu des critères, lignes directrices et politiques du programme.

les taux de rejet des demandes de soins d'orthodontie demeurent élevés malgré de nombreuses demandes des clients pour la couverture (Lemchuk-Favel, 2010).

Dans l'ERS 2008-10, les besoins en soins d'orthodontie sont rapportés par 16,5 % des filles et 11,2 % des garçons. Ces taux autodéclarés de besoins en soins d'orthodontie peuvent cependant être sous-rapportés. Les rapports de recherches antérieures indiquent une très haute prévalence de malocclusions graves chez les adolescents des Premières Nations avec 40,8 % et 45,7 % chez ceux âgés de 13 à 15 ans en 1988, et 33 % et 28,0 % chez ceux âgés de 12 ans en 1990–91 et 1996–97 (*Department of Community Dentistry University of Toronto & National School of Dental Therapy, 1992; Harrison & Davis, 1996; Saskatchewan Indian Federated College, National School of Dental Therapy, 2000*). Plus récemment, l'ECMS rapportait une prévalence inacceptable d'occlusion à 43,1 %^E chez les Autochtones âgés de 12 à 19 ans qui vivent hors réserve (95 % IC [24,3, 64,2]) en 2007–09 (Santé Canada, 2010b).

CONCLUSIONS

Les résultats de l'ERS 2008-10 révèlent que bien que trois quarts (75,9 %) des adolescents des Premières Nations ont eu des soins dentaires au cours de l'année précédant l'Enquête, ils ont tout de même davantage de douleurs dentaires et rapportent considérablement plus de besoins en soins dentaires que les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne. De plus, on observe une hausse drastique des besoins en entretien et en soins de restauration chez les adolescents des Premières Nations par rapport à la phase précédente de l'ERS en 2002-03. Il est probable que les taux élevés de besoins en soins dentaires sont étroitement associés aux déterminants de la santé explorés dans le présent chapitre. Ces déterminants comprennent l'éducation des adultes et des adolescents, la langue et la culture traditionnelle, les facteurs de bien-être individuels et communautaires, l'état de santé, le régime alimentaire, et le tabagisme. Ces résultats fournissent des données pour appuyer la nécessité de considérer les déterminants de la santé des Premières Nations pour améliorer l'état de la santé buccodentaire des adolescents. L'accès à la prévention et aux services de traitements en matière de santé buccodentaire pour tous les membres des Premières Nations, indépendamment de l'âge, doit également être bonifié pour répondre aux besoins pressants de cette population en santé buccodentaire.

Si l'on veut répondre aux besoins en santé buccodentaire des adolescents des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques, il sera nécessaire

d'adopter une approche exhaustive pour offrir un accès en temps opportun aux soins dentaires appropriés en matière de prévention et de traitement, en assurant un équilibre optimal entre la prévention et le traitement. Ces approches pourraient comprendre l'intégration de la promotion, de la prévention et des traitements en santé buccodentaire avec d'autres services de santé locaux, la suppression des obstacles administratifs à l'accès à la couverture des soins dentaires et orthodontiques par les SSNA, et des efforts soutenus pour remédier aux problèmes continus de pauvreté et d'insécurité alimentaire dans les communautés des Premières Nations au Canada.

RÉFÉRENCES

- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, youth and children qui vivent dans les communautés des Premières Nations*. Ottawa : Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblées des Premières Nations.
- Department of Community Dentistry, Faculty of Dentistry, University of Toronto and National School of Dental Therapy. (1992). *Report on the oral health survey of Canada's Aboriginal children aged 6 and 12*. J. L. Leake, report co-ordinator. Toronto: Faculty of Dentistry, University of Toronto, p. 23 plus appendices.
- Dumont, J. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) Cultural Framework*. Ottawa: First Nations Information Governance Committee, Assembly of First Nations.
- Fakhruddin, K. S., Lawrence, H. P., Kenny, D. J., & Locker, D. (2007). Use of mouthguards among 12- to 14-year-old Ontario schoolchildren. *Journal of the Canadian Dental Association, 73*(6), 505. Consulté à partir de : www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-6/505.html.
- Fakhruddin, K. S., Lawrence, H. P., Kenny, D. J., & Locker, D. (2008). Etiology and environment of dental injuries in 12- to 14-year-old Ontario schoolchildren. *Dental Traumatology, 24*(3), 305–8.
- Harrison, R. L., & Davis, D. W. (1996). Dental malocclusion in native children of British Columbia, Canada. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 24*(3), 217–21.
- Jackson, S. L., Vann, W. F., Jr., Kotch, J. B., Pahel, B. T., & Lee, J. Y. (2011). Impact of poor oral health on children's school attendance and performance. *American Journal of Public Health, February 17*, e1–e7. Advance online publication.
- Jamieson, L. M., Roberts-Thomson, K. F., & Sayers, S. M. (2010a). Dental caries risk indicators among Australian Aboriginal young adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 38*(3), 213–21.
- Jamieson, L. M., Roberts-Thomson, K. F., & Sayers, S. M. (2010b). Risk indicators for severe impaired oral health among indigenous Australian young adults. *BMC Oral Health, 10*(1). Consulté à partir de : www.biomedcentral.com/1472-6831/10/1.

- Lemchuk-Favel, L. (2010). *Teeth for life: The First Nations Oral Health Strategy*. First Nations NIHB Caucus, Assembly of First Nations. Consulté à partir de : oralhealth.circumpolarhealth.org/files/2009/07/FNOHS-Teeth-for-Life-15-Oct-10.pdf.
- Lewis, C., & Stout, J. (2010). Toothache in US children. *Archives of Pediatrics & Youth Medicine*, 164(11), 1059–63.
- Liddell, A., & Locker, D. (1997). Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(4), 314–18.
- Milnes, A. R., Rubin, C. W., Karpa, M., & Tate, R. (1993). A retrospective analysis of the costs associated with the treatment of nursing caries in a remote Canadian aboriginal preschool population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 21(5), 253–60.
- Ministry of Health. (2010). *Our oral health: Key findings of the 2009 New Zealand Oral Health Survey*. Wellington: Ministry of Health. Consulté à partir de : www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/10514/
- Santé Canada. (2010a). *Non-Insured Health Benefits Program: Annual Report 2008/2009*. Ottawa: Non-Insured Health Benefits Directorate, First Nations and Inuit Health Branch. Consulté à partir de : www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/2009_rpt/index-eng.php.
- Santé Canada. (2010b). *Report on the findings of the oral health component of the Canadian Health Measures Survey 2007–2009*. Ottawa: Office of the Chief Dental Officer. Consulté à partir de : www.fptdwg.ca/English/e-documents.html.
- Saskatchewan Indian Federated College, National School of Dental Therapy. (2000). *Report on the 1996–1997 oral health survey of First Nation and Inuit children in Canada aged 6 and 12*. Ottawa: Santé Canada.
- Schroth, R. J., Harrison, R. L., & Moffatt, M. E. (2009). Oral health of indigenous children and the influence of early childhood caries on childhood health and well-being. *Pediatric Clinics of North America*, 56(6), 1481–99.
- Slade, G. D. (2001). Epidemiology of dental pain and dental caries among children and adolescents. *Community Dental Health*, 18(4), 219–27.

Chapitre 26

Blessures

SOMMAIRE

Les blessures sont une des principales causes de décès dans le monde; plus de cinq millions de personnes dans le monde meurent chaque année des suites d'une blessure, ce qui représente 9 % des décès à l'échelle mondiale. Chez les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne et les adolescents des Premières Nations, les blessures sont la principale cause de décès et la deuxième cause d'années potentielles de vie perdues, après le cancer. Mais, les taux de mortalité qui résultent de blessures sont beaucoup plus élevés chez les adolescents des Premières Nations; 26 % des décès d'adolescents des Premières Nations sont imputables à des blessures, comparativement à 6 % des décès dans l'ensemble de la population canadienne. L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 a sondé les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques sur les blessures subies au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Environ un tiers (30,5 %, 95 % IC [28,5, 32,6]) rapportent avoir subi une blessure. Les types de blessures les plus courants sont survenus suite à une chute, à un contact accidentel avec une autre personne ou un animal, ou à un accident de bicyclette. Il est démontré que l'occurrence des blessures est liée à des taux plus élevés de dépression, de pensées suicidaires, et de tentatives de suicide, ainsi qu'à une plus grande consommation d'alcool et de drogues.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Dans l'ERS 2008-10, 30,5 % (95 % IC [28,5, 32,6]) des adolescents des Premières Nations rapportent avoir subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête.
- Les trois types de blessure les plus courants sont les coupures, éraflures ou contusions mineures; les entorses ou foulures graves; et les fractures.
- Les mains, les chevilles et les bras sont rapportés comme les endroits les plus courants pour une blessure.
- Les blessures sont le plus souvent survenues à la maison, aux installations sportives scolaires, et dans la rue, sur l'autoroute ou le trottoir.
- Les chutes, les contacts accidentels avec une autre personne ou un animal, et les accidents de bicyclette sont les causes de la plupart des blessures rapportées.
- Chez les adolescents des Premières Nations qui ont reçu un traitement pour leur blessure, ce traitement est le plus souvent survenu à l'urgence d'un hôpital, à la maison ou au cabinet médical.
- Environ un adolescent des Premières Nations sur dix (10,9 %, 95 % IC [8,4, 14,0]) était sous l'influence de l'alcool, et 4,5 % (95 % IC [3,5, 5,9]) étaient sous l'influence de la marijuana lorsque la blessure est survenue.
- Les taux de blessure sont plus élevés chez les adolescents qui se sentent tristes ou ont été déprimés pendant deux semaines ou plus au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10, qui ont eu des pensées suicidaires, ou qui ont fait une tentative de suicide.

INTRODUCTION

Les blessures peuvent résulter d'incidents apparemment banals, tels qu'un contact avec un liquide chaud ou un mouvement trop exigeant, ou d'événements plus tragiques comme une collision de véhicule motorisé, la violence familiale ou conjugale, un incendie domestique, ou une automutilation ou un suicide.

À l'origine de 9 % des décès à l'échelle mondiale, les blessures sont la principale cause de décès dans le monde. Et ceux qui ont la chance de se rétablir suite à une blessure risquent d'être aux prises avec une invalidité temporaire ou permanente (Organisation mondiale de la santé, 2011).

Les blessures sont également la principale cause de décès et la deuxième cause d'années potentielles de vie perdues, après le cancer, chez les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne (Agence de santé publique du Canada [ASPC], 2006). En 2005–06, les Canadiens âgés de 19 ans et moins ont subi près de 30 000 hospitalisations distinctes résultant d'une blessure (ASPC, 2009). De plus, en 2005, 720 Canadiens âgés de 19 ans et moins sont décédés des suites de leurs blessures (ASPC, 2009).

Les blessures chez les adolescents canadiens sont plus souvent survenues à la suite d'un accident de véhicule motorisé, à un taux six fois plus élevé que n'importe quel autre type de blessure. Les autres causes de décès comprennent la noyade; les incendies – par exemple, un incendie domestique - ou un contact avec un objet ou un liquide chaud; la suffocation; une intoxication; et les chutes (ASPC, 2009).

Chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, ce sont les garçons qui ont le plus haut taux de décès suite à une blessure non intentionnelle - 29,0 pour 100 000 personnes – de loin le taux le plus élevé et bien plus du double du taux chez les filles du même âge qui est de 12,6 pour 100 000 personnes (ASPC, 2009).

Les taux de mortalité résultant d'une blessure sont beaucoup plus élevés chez les Premières Nations. Comparativement à seulement 6 % dans l'ensemble de la population canadienne, plus du quart (26 %) de tous les décès chez les Premières Nations surviennent suite à une blessure (Santé Canada, 2008). Plus préoccupant encore est le fait qu'environ un quart de tous les décès suite à une blessure chez les Premières Nations sont le résultat d'un suicide; le taux de suicide étant trois à quatre fois plus élevé que dans l'ensemble de la population canadienne (Organisation nationale de la santé autochtone, 2006).

Le but du présent chapitre est de présenter les plus

récentes données issues de l'ERS 2008-10 sur les blessures subies par les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations. Des prédicteurs courants de blessures, tels que la consommation de substances, ont également été évalués.

MÉTHODOLOGIE

Dans l'ERS 2008-10, les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans qui vivent dans les communautés des Premières Nations étaient invités à indiquer s'ils avaient subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête. De plus, une série de questions relatives aux caractéristiques de leurs blessures leur était posée :

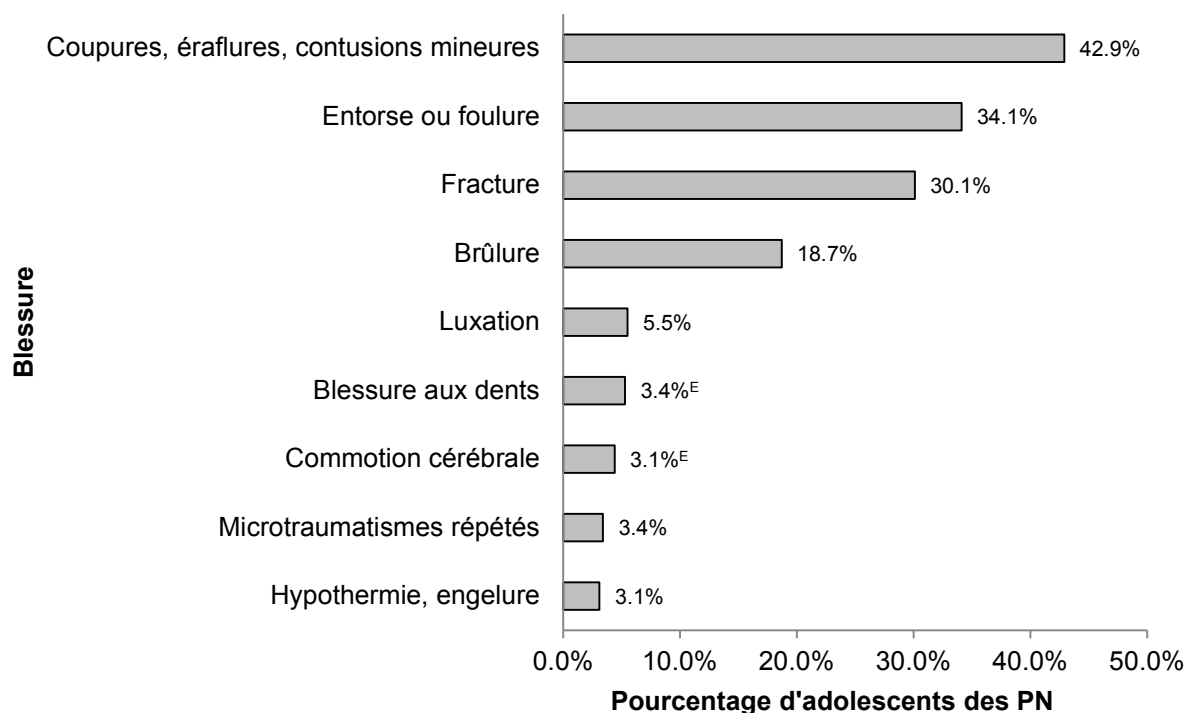
- De quel(s) type(s) de blessure(s) s'agissait-il?
- Où as-tu subi cette blessure ou ces blessures?
- Où te trouvais-tu lorsque tu as subi cette blessure ou ces blessures?
- Que faisais-tu lorsque tu as subi cette blessure ou ces blessures?
- Quelle était la cause de cette blessure ou de ces blessures?
- À qui/Où t'es-tu adressé(e) pour obtenir des soins médicaux à la suite de ta blessure ou de tes blessures?
- Lorsque tu as subi cette blessure ou ces blessures, étais-tu sous l'influence de l'une des substances suivantes?

Des liens potentiels entre la prévalence des blessures et d'autres variables comprises dans l'ERS 2008-10 ont également été évalués, dont le degré d'activité physique, l'intimidation, la dépression, les pensées suicidaires ou les tentatives de suicide, le soutien affectif perçu, et la consommation d'alcool et de drogues.

RÉSULTATS

Dans l'ERS 2008-10, 30,5 % (95 % IC [28,5, 32,6]) des adolescents des Premières Nations indiquent avoir subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête. On n'observe aucune différence selon le sexe ou le groupe d'âge.

Les trois types de blessure les plus courants rapportés sont les coupures, éraflures, contusions (mineurs); les entorses ou foulures; et les fractures (voir Figure 26.1). Les proportions de blessures ne varient pas selon le sexe, mais les adolescents plus âgés des Premières Nations - ceux âgés de 15 à 17 ans – sont plus susceptibles que les adolescents plus jeunes des Premières Nations – ceux âgés de 12 à 14 ans – de rapporter avoir subi une entorse ou une foulure (40,6 % vs 26,6 %) et une blessure aux dents (7,2 % vs 3,1 %), 95 % IC [35,5, 45,9], [22,1, 31,6], [5,3, 9,8], et [1,9, 4,9], respectivement.

Figure 26.1. Pourcentage d'adolescents des Premières Nations qui rapportent avoir subi une blessure, selon le type de blessure (n = 1,349)

Note. Les catégories « Intoxication » et « Blessure à un organe interne » ont été supprimées en raison de la variabilité élevée de l'échantillonnage.

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage. Utiliser les données avec prudence.

Chez les adolescents qui rapportent avoir subi une blessure, les mains, les chevilles et les bras sont les parties du corps les plus souvent touchées (voir Tableau 26.1). On n'observe aucune différence significative de la partie du corps affectée selon le sexe ou le groupe d'âge.

Tableau 26.1. Pourcentage d'adolescents des Premières Nations qui rapportent avoir subi une blessure au cours des 12 mois précédents, selon la partie du corps blessée (n = 1,349)

Partie du corps	Pourcentage	95 % IC
Main	31,4	[28,2, 34,9]
Cheville	31,1	[27,3, 35,1]
Bras	29,0	[25,3, 33,2]
Genou	26,4	[23,5, 29,6]
Jambe	24,9	[21,3, 28,9]
Pied	22,3	[18,6, 26,5]
Poignet	21,1	[18,3, 24,2]
Tête	13,2	[10,9, 15,9]
Torse	7,4	[5,6, 9,8]
Œil/yeux	3,2 ^E	[2,1, 4,8]

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage. Utiliser les données avec prudence.

En ce qui a trait au lieu où la blessure est survenue, les adolescents sont plus susceptibles d'indiquer leur maison, les installations sportives scolaires, et la rue, l'autoroute ou le trottoir (voir Tableau 26.2). Davantage de filles des Premières Nations que de garçons rapportent avoir subi une blessure à la maison

(43,5 % vs 31,0 %, 95 % IC [37,9, 49,3] et [25,8, 36,7], respectivement). En revanche, les garçons des Premières Nations sont plus susceptibles que les filles d'avoir subi une blessure aux installations sportives scolaires (37,8 % vs 26,7 %, 95 % IC [32,8, 43,1] et [22,1, 31,9], respectivement). On n'observe aucune différence du lieu où la blessure est survenue selon le groupe d'âge.

Tableau 26.2. Pourcentage d'adolescents des Premières Nations qui rapportent avoir subi une blessure au cours des 12 mois précédents, selon le lieu où la blessure est survenue (n = 1,349)

Lieu	Pourcentage	95 % IC
Maison	36,7	[32,5, 41,1]
Installations sportives scolaires	32,8	[28,9, 36,9]
Rue, autoroute, trottoir	25,2	[21,5, 29,4]
École, cegep, université	24,3	[21,4, 27,5]
Campagne, bois, terre à bois	9,5	[7,4, 12,0]
Édifice communautaire (centre communautaire, bureaux du conseil de bande)	5,9	[4,6, 7,6]
Lac, rivière, océan	5,0	[3,8, 6,4]
Zone industrielle ou chantier de construction	F	
Bureau	F	

F= La catégorie « Zone industrielle ou chantier de construction » a été supprimée en raison de la variabilité élevée de l'échantillonnage. La catégorie « Bureau » a été supprimée en raison de la petite taille de la donnée.

Parmi les adolescents qui ont subi une blessure, plus de la moitié (58,9 %, 95 % IC [55,2, 62,5]) rapporte que la blessure est survenue alors qu'ils pratiquaient une activité sportive ou physique, et un quart (24,6 %, 95 % IC [21,5, 28,0]) rapporte que la blessure est survenue alors qu'ils pratiquaient un loisir ou un passe-temps. Une minorité de blessures sont survenues alors que les adolescents accomplissaient un travail non rémunéré ou une tâche ménagère ou domestique (8,7 %), au cours du trajet en direction ou en provenance de l'école ou du travail (6,8 %), ou au travail (4,2 %), 95 % IC [6,9, 10,9], [5,5, 8,3], et [2,9, 5,9]^E, respectivement.

Les causes de blessure les plus courantes selon ce que rapportent les adolescents des Premières Nations sont les chutes, un contact accidentel avec une autre personne ou un animal, et les accidents de bicyclette (voir Tableau 26.3).

On n'observe aucune différence réelle selon le sexe, à l'exception du fait que les garçons des Premières Nations sont plus susceptibles que les filles de rapporter une

blessure en raison d'un accident de bicyclette (20,7 % vs 8,8 %, 95 % IC [16,6, 25,6] et [6,6, 11,7], respectivement).

On observe des différences de cause de blessure selon le groupe d'âge : les adolescents des Premières Nations âgés de 15 à 17 ans sont plus susceptibles que ceux âgés de 12 à 14 ans de subir une blessure en raison d'une agression physique (10,3 % vs 3,1 %, 95 % IC [7,5, 13,9] et [1,9, 4,9]) et d'un contact avec une machine ou un outil (4,9 % vs 1,6 %, 95 % IC [3,5, 6,7] et [0,8, 3,3], respectivement).

Tableau 26.3. Pourcentage d'adolescents des Premières Nations qui rapportent avoir subi une blessure au cours des 12 mois précédents, selon la cause de la blessure (n = 1,349)

Cause de la blessure	Pourcentage	95 % IC
Chute	44,0	[39,5, 48,7]
Contact accidentel avec une autre personne ou un animal	16,7	[14,0, 19,7]
Accident de bicyclette	15,3	[12,6, 18,4]
Autre agression physique	6,9	[5,2, 9,0]
Contact avec un liquide ou un objet chaud	6,0	[4,6, 7,8]
Fumée, feu	4,8	[3,7, 6,2]
Effort trop intense ou mouvement trop exigeant	4,6 ^E	[3,2, 6,5]
Accident de véhicule motorisé	3,7 ^E	[2,6, 5,3]
Accident de VTT	3,3	[2,4, 4,6]
Contact avec une machine, un outil, etc.	3,3	[2,4, 4,6]
Tentative de suicide ou automutilation	1,8 ^E	[1,1, 3,0]
Violence familiale ou conjugale	1,7 ^E	[1,0, 2,9]
Accident de motoneige	1,7 ^E	[1,1, 2,6]
Glace trop mince	1,3 ^E	[0,7, 2,3]
Accident de chasse	--	
Accident de bateau	--	
Conditions météo extrêmes ou catastrophe naturelle (i.e., inondation)	0,3 ^E	[0,1, 0,5]

F= Les catégories « Accident de chasse » et « Accident de bateau » ont été supprimées en raison de la variabilité élevée de l'échantillonnage.

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage. Utiliser les données avec prudence.

Moins de 20 % (17,5 %, 95 % IC [14,7, 20,7]) des adolescents des Premières Nations ayant subi une blessure n'ont pas cherché à obtenir de soins médicaux. Lorsque des soins médicaux ont été recherchés, les endroits les plus courants ont été à l'urgence d'un hôpital, à la maison, et au cabinet médical (voir Tableau 26.4). On n'observe

aucune différence significative selon le sexe. En ce qui a trait aux différences selon le groupe d'âge, davantage d'adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 14 ans que d'adolescents âgés de 15 à 17 ans rapportent avoir été traités à un cabinet médical (22,2 % vs 12,0 %, 95 % IC [15,4, 30,9] et [9,3, 15,3], respectivement).

Tableau 26.4. Pourcentage d'adolescents des Premières Nations qui rapportent avoir subi une blessure au cours des 12 mois précédents, selon l'endroit où ils ont reçu des soins médicaux (n = 1,348)

Endroit	Pourcentage	95 % IC
Urgence d'un hôpital	41,2	[37,0, 45,5]
À la maison	18,5	[15,7, 21,7]
Cabinet médical	16,8	[13,0, 21,3]
Centre de santé communautaire ou dispensaire	10,8	[9,0, 13,0]
Clinique sans rendez-vous	10,4	[8,5, 12,7]
À l'école	6,9	[5,4, 8,9]
Guérisseur traditionnel	1,6 ^E	[0,9, 2,6]
Au travail	0,9 ^E	[0,5, 1,7]
Par téléphone	F	--

F= La catégorie « Par téléphone » a été supprimée en raison de la variabilité élevée de l'échantillonnage.

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; interpréter les données avec prudence.

Chez les adolescents des Premières Nations qui rapportent avoir subi une blessure, la majorité (82,9 %) indique ne pas avoir été sous l'influence d'une substance licite ou illicite. Peu d'adolescents rapportent avoir été sous l'influence de l'alcool (10,9 %), de la marijuana (4,5 %), ou d'autres drogues (1,7 %^E) lorsque la blessure est survenue (95 % IC [79,5, 85,8], [8,4, 14,0], [3,5, 5,9], et [0,9, 3,2], respectivement).

Activité physique

On n'observe aucune différence de la prévalence des blessures selon que les adolescents sont physiquement actifs ou inactifs (voir Tableau 26.5).

Intimidation

On n'observe aucune association entre les taux de blessures et les jeunes qui ont subi ou non de l'intimidation (voir Tableau 26.5).

Dépression

Les adolescents des Premières Nations qui rapportent s'être sentis tristes ou déprimés pendant deux semaines

consécutives ou plus au cours des 12 mois précédant l'Enquête sont plus susceptibles de rapporter avoir subi une blessure que ceux qui ne rapportent pas ce symptôme de dépression (41,7 % vs 26,0 %; voir Tableau 26.5).

Pensées suicidaires et tentatives de suicide

Les adolescents des Premières Nations qui ont eu des pensées suicidaires sont plus susceptibles de rapporter avoir subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10 que ceux qui ne rapportent pas avoir eu de pensées suicidaires (37,4 % vs 26,0 %; voir Tableau 26.5). Les adolescents des Premières Nations qui rapportent avoir fait une tentative de suicide sont plus susceptibles que ceux qui n'ont jamais fait de tentative de suicide d'avoir subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête (39,7 % vs 29,5 %; voir Tableau 26.5).

Soutien affectif

Les adolescents des Premières Nations qui estiment avoir du soutien affectif tout le temps, c'est-à-dire quelqu'un sur qui ils peuvent compter pour les écouter lorsqu'ils ont besoin de parler, sont moins susceptibles d'avoir subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête que ceux qui estiment n'avoir du soutien affectif que rarement ou jamais (29,6 % vs 36,2 %; voir Tableau 26.5).

Tableau 26.5. Corrélats potentiels des blessures

	Pourcentage	95 % IC
Activité physique		
Actifs	33,0	[30,0, 36,1]
Inactifs	29,7	[25,1, 34,8]
Intimidation		
Intimidation actuellement	28,3	[23,2, 34,1]
Aucune intimidation actuellement	30,6	[28,4, 32,8]
Dépression*		
Déprimé(e)	41,7	[36,9, 46,6]
Non déprimé(e)	26,0	[23,8, 28,3]
Suicide*		
Pensées suicidaires	37,4	[32,8, 42,3]
Aucune pensée suicidaire	28,1	[26,0, 30,4]
Tentative de suicide	39,7	[32,7, 47,1]
Aucune tentative de suicide	29,5	[27,4, 31,6]
Soutien affectif		
« Tout le temps »	29,6	[26,9, 32,4]
« Rarement »	36,2	[28,6, 44,5]

*Significatif statistiquement ($p < 0,05$)

Alcool

Davantage d'adolescents des Premières Nations qui ont consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10 rapportent avoir subi une blessure dans un accident de VTT (5,0 % vs 1,9 %), par le fumée, un feu (6,5 % vs 2,6 %), ou lors d'un contact avec une machine ou un outil (4,5 % vs 1,6 %), que ceux qui n'ont pas consommé d'alcool.

Consommation de marijuana

Davantage d'adolescents des Premières Nations qui ont consommé de la marijuana au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10 rapportent avoir subi une blessure suite à un contact avec une machine (5,2 % vs 2,1 %), dans un accident de motoneige (3,4 % vs 0,5 %^E), ou lors d'une agression physique (13,8 % vs 2,1 %^E), que ceux qui n'ont pas consommé de marijuana.

DISCUSSION

Les blessures surviennent couramment chez les adolescents des Premières Nations, principalement en raison d'une chute, d'un contact accidentel avec une autre personne ou un animal, ou d'un accident de bicyclette. Les résultats de l'ERS 2008-10 révèlent que, bien qu'elles soient courantes, la plupart des blessures subies par les adolescents des Premières Nations sont accidentelles, c'est-à-dire qu'elles surviennent sans intention ou préméditation.

Les blessures non intentionnelles constituent la plus grande proportion des blessures qui surviennent à l'échelle mondiale, représentant près de deux tiers du nombre total des décès qui résultent d'une blessure (Norton, Hyder, Bishai, & Peden, 2006). Ces blessures, au nombre desquelles on compte les accidents en véhicule motorisé, les intoxications, les chutes, les incendies, et les noyades, entraînent un fardeau considérable sur le système de soins de santé. Ce qui est probablement le plus désolant, c'est que bien que les blessures non intentionnelles surviennent fréquemment, elles pourraient tout à fait être évitées.

Les Premières Nations sont particulièrement à risque de subir des blessures. Par exemple, le fait d'être exposé à un climat plus rude, particulièrement dans les communautés éloignées et nordiques, les conditions de logement médiocres, l'utilisation accrue de certains véhicules, tels que les motoneiges et les VTT, et la consommation accrue de substances licites et illicites, dont l'alcool, contribuent tous aux niveaux élevés de blessures non intentionnelles qui entraînent la mort dans la population des Premières Nations (Santé Canada, 2005).

Bien que le traitement d'une blessure soit une façon d'améliorer l'état, un travail de prévention est nécessaire pour éviter les blessures. Ce travail de prévention nécessite des données, telles que présentées ici, sur les types de blessures, les causes, ainsi que les facteurs de risque les plus souvent associés aux blessures. Les résultats de l'ERS 2008-10 jettent un éclairage sur ces facteurs, révélant ainsi que les types de blessures les plus courants sont les chutes, les contacts accidentels avec une autre personne ou un animal, et les accidents de bicyclette. En ce qui a trait aux facteurs de risque, la dépression, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide, ainsi que la consommation de substances semblent augmenter le risque de blessures.

Santé Canada a mis en place différentes initiatives pour promouvoir la prévention des blessures dans les communautés des Premières Nations. De l'information est disponible pour le public des Premières Nations sur la prévention des chutes (Santé Canada, 2007a), la prévention des incendies (Santé Canada, 2007b), la prévention des intoxications (Santé Canada, 2007c), la sécurité routière (Santé Canada, 2007d), les risques de suffocation (Santé Canada, 2007e), et la sécurité aquatique (Santé Canada, 2007f). Ces initiatives visent à identifier les moyens que peuvent prendre les Premières Nations pour améliorer leur sécurité personnelle lorsqu'ils participent à différentes activités.

En ce qui a trait à la réduction des facteurs de risque de blessures, un des objectifs du programme est la réduction des comportements à risque en matière de consommation d'alcool. Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, créé dans les années 70, comprend maintenant plus de 550 programmes de prévention qui emploient 700 intervenants, et est en grande partie contrôlé par les communautés des Premières Nations (Santé Canada, 2006). En sensibilisant le public par l'entremise de campagnes, de rencontres, de programmes scolaires et autres événements médiatiques, le programme met en lumière les dangers associés à la consommation d'alcool et de drogues chez les Premières Nations, en particulier chez les adolescents. Dans la mesure où la consommation d'alcool et de drogues a été identifiée comme indirectement associée à une grande proportion des blessures rapportées par les adolescents des Premières Nations, tout moyen pour réduire ce problème sert la cause de la santé et de la sécurité des adolescents des Premières Nations.

Contrairement au travail de prévention relatif aux blessures accidentelles ou non intentionnelles, c'est une intervention plus complexe qui est requise pour certains types de blessures. Par exemple, les résultats de l'ERS

2008-10 démontrent que les adolescents des Premières Nations qui rapportent s'être sentis déprimés, avoir eu des pensées suicidaires ou avoir fait une tentative de suicide sont plus susceptibles de subir une blessure que les adolescents dont le bien-être affectif est plus grand. La nature de ce lien et la façon de réduire le risque doivent être approfondies dans le cadre de recherches ultérieures.

CONCLUSIONS

De façon générale, les adolescents sont plus susceptibles de pratiquer des activités à risque plus élevé – plusieurs d'entre elles liées à des rites de passage comme se joindre à une équipe sportive, apprendre à conduire, et consommer des substances licites et illicites, dont l'alcool et la marijuana – ce qui les rend particulièrement vulnérables aux lésions corporelles. Les blessures semblent être plus courantes et entraîner des taux de mortalité plus élevés chez les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations que chez les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne. Cela donne à croire que les facteurs de prévention, tels que les mesures de sécurité et l'information, sont peut-être moins présents, et les facteurs de risque, tels que les comportements à risque en matière de consommation de substances, sont peut-être plus présents chez les adolescents des Premières Nations dans les communautés des Premières Nations. Ce chapitre a tenté de jeter de la lumière sur la nature des blessures chez les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Les résultats mettent en évidence la nécessité d'un plus grand travail d'intervention afin de protéger les adolescents des Premières Nations des blessures.

RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada. (2009). Child and youth injury in review. Consulté à partir de http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cyi-bej/2009/pdf/injrep-rapbles2009_eng.pdf
- Agence de santé publique du Canada. (2006). Facts on injury. Consulté à partir de <http://www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/facts-eng.php>
- Norton, R., Hyder, A. A., Bishai, D., & Peden, M. (2006). Unintentional injuries. In D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, . . . P. Musgrove (Eds.), *Disease control priorities in developing countries, 2nd edition* (pp. 737–53). New York: World University Press USA. Retrieved from <http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP39.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (2011). Injuries. Consulté à partir de <http://www.who.int/topics/injuries/en/>
- Organisation nationale de la santé des Autochtones. (2006). Resources for First Nations on injury prevention: Annotated bibliography. Consulté à partir de <http://www.naho.ca/documents/fnc/>

- english/FNC_InjuryPreventionAnnotatedBibliography.pdf
- Santé Canada. (2007a). Falls prevention. Consulté à partir de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/injury-bless/prevent-eviter/fall-chute-eng.php>
- Santé Canada. (2007b). Fire safety. Consulté à partir de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/injury-bless/prevent-eviter/fire-incend-eng.php>
- Santé Canada. (2008). Keeping safe—Injury prevention. Consulté à partir de <http://hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/injury-bless/index-eng.php>
- Santé Canada. (2007c). Preventing unintentional poisoning. Consulté à partir de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/injury-bless/prevent-eviter/poison-empoison-eng.php>
- Santé Canada. (2007d). Road safety. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/injury-bless/surround-environ/road-rout-eng.php>
- Santé Canada. (2007e). Suffocation hazards for children. Consulté à partir de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/injury-bless/prevent-eviter/suffocat-eng.php>
- Santé Canada. (2006). National Native Alcohol and Drug Abuse Program. Consulté à partir de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/substan/ads/nnadap-pnlaada-eng.php>
- Santé Canada. (2007f). Water safety and drowning prevention. Consulté à partir de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/injury-bless/surround-environ/drown-noyades-eng.php>
- Santé Canada. (2005). Unintentional and intentional injury profile for aboriginal people in Canada. Consulté à partir de http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/promotion/_injury-bless/2001_trauma/index-eng.php#a6

Chapitre 27

Utilisation des services de santé et soins préventifs

SOMMAIRE

Ce chapitre examine le recours aux soins de santé occidentaux et aux services préventifs de dépistage en santé, aux services en counseling et en santé mentale, ainsi qu'aux guérisseurs traditionnels, par les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 sont comparés aux résultats des adolescents dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-08 (ESCC), aux résultats de l'ERS 2002-03, et à diverses autres études qui ont été publiées. Cette analyse a permis un certain nombre de constats importants. D'abord, les résultats donnent à penser que le taux de recours aux examens physiques et aux examens de dépistage en santé par les adolescents des Premières Nations est inférieur à ce que recommandent les lignes directrices canadiennes. En ce qui concerne les services en santé mentale, les résultats révèlent que plus de la moitié (56,7 %) des adolescents des Premières Nations qui rapportent un état de santé mentale passable ou mauvais n'ont jamais eu recours au counseling ou aux services en santé mentale, ce qui indique un taux potentiellement élevé de besoins non comblés. De plus, la proportion d'adolescents des Premières Nations qui rapportent ne « jamais » avoir consulté un guérisseur traditionnel a légèrement augmenté : elle est passée de 65,0 % [95 % IC: 62,0, 67,9] dans l'ERS 2002-03 à 70,6 % [95 % IC: 68,0, 73,1]. Le déclin du recours à un guérisseur traditionnel est préoccupant étant donné l'importance des pratiques de guérison traditionnelle dans la culture et la spiritualité des Premières Nations. Bien que les données présentées ici soient importantes au plan national, une analyse régionale est nécessaire pour bonifier l'élaboration de stratégies davantage ciblées afin d'accroître l'utilisation des services de santé ainsi que l'accès aux soins de santé par les adolescents des Premières Nations.

PRINCIPAUX CONSTATS

- 13,0 % des adolescents des Premières Nations rapportent ne jamais avoir consulté un médecin ou une infirmière en santé communautaire. La prévalence est plus élevée chez les garçons.
- 70,6 % des adolescents des Premières Nations rapportent ne *jamais* avoir consulté de guérisseur traditionnel, une hausse par rapport aux 65,0 % dans l'ERS 2002-03.
- Plus de la moitié (56,7 %) des adolescents des Premières Nations qui rapportent un état de santé mentale passable ou mauvais n'ont jamais bénéficié de counseling ou de services en santé mentale, ce qui suggère un niveau potentiellement élevé de besoins non comblés.
- Un cinquième (19,6 %) des adolescents souffrant d'asthme qui rapportent avoir eu une crise au cours de l'année précédant l'Enquête n'ont pas eu de traitement.
- Environ deux tiers (65,9 %) des adolescents atteints de diabète indiquent être traités pour la maladie.
- Une plus faible proportion d'adolescents des Premières Nations subissent des tests de dépistage et des soins préventifs que les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne, et moins que ce qui est recommandé par le Collège des médecins de famille du Canada et par la Société canadienne de pédiatrie.
- On observe une association positive entre le niveau de scolarité des parents et la fréquence des examens médicaux complets et des tests de dépistage chez les adolescents des Premières Nations.

INTRODUCTION

Ce chapitre porte sur l'utilisation des services de santé occidentaux et des examens de dépistage en prévention, ainsi que le recours à des guérisseurs traditionnels, par les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans. De nombreuses études ont démontré que la maladie représente un fardeau disproportionné chez les Premières Nations, comparativement à l'ensemble de la population canadienne, et ce, pour un vaste éventail de problèmes de santé, notamment les maladies infectieuses, le diabète, les maladies cardiaques, les maladies rénales, et la maladie mentale (Gouvernement du Canada, 1996; Santé Canada, 2003; MacMillan, MacMillan, Offord, & Dingle, 1996; MacMillan et al., 2003; Webster, Weerasinghe, & Stevens, 2004; Young, Reading, Elias, & O'Neil, 2000). Les services de santé primaires peuvent jouer un rôle important dans la réduction du fardeau que représentent ces maladies en se concentrant sur la prévention, l'intervention précoce et la gestion. Plusieurs maladies qui affectent les Premières Nations qui avancent en âge peuvent être évitées si les premiers signes sont détectés à un jeune âge. La médecine traditionnelle, par l'entremise d'un modèle holistique de bien-être qui comprend les aspects, physique, psychologique, affectif et spirituel, peut également jouer un rôle important dans la santé des adolescents des Premières Nations. Malheureusement, la médecine traditionnelle est presque toujours négligée par le système de soins de santé occidentaux (*First Nations Health Society*, 2010). Et nos connaissances sont limitées en ce qui a trait à l'utilisation des services de santé primaires et préventifs ainsi que de la médecine traditionnelle chez les adolescents des Premières Nations (Minore, Katt, & Hill, 2009).

Un nombre grandissant de preuves indique que les adultes des Premières Nations n'utilisent pas les services de santé primaires autant que l'ensemble des Canadiens et qu'ils font face à plusieurs obstacles lorsqu'il s'agit d'accéder à des soins appropriés. Diverty et Pérez (1998) ont trouvé que les Autochtones dans les Territoires du Nord-Ouest consultaient un omnipraticien environ deux fois moins souvent que les non-Autochtones; le taux de consultation d'une infirmière était, quant à lui, plus élevé. En se fondant sur les données de l'Enquête sur les peuples autochtones de 1991, Newbold (1997) a montré que les Premières Nations sont moins susceptibles d'utiliser les services d'un médecin, comparativement à l'ensemble de la population canadienne. Un certain nombre d'études ont également révélé des taux d'hospitalisation plus élevés chez les Premières Nations qui pourraient être évités par l'amélioration de l'accès aux services primaires et de la

gestion des maladies dans les communautés des Premières Nations (Pohar & Johnson, 2007; Shah, Gunraj, & Hux, 2003). L'amélioration des services primaires et des autres soins de santé pour les Premières Nations représente un défi en raison des obstacles à l'accès que vivent de nombreuses communautés. Dans l'ERS 2002-03 (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2005), comparativement à l'ensemble de la population canadienne, une proportion considérablement plus grande d'adultes des Premières Nations rapportaient des obstacles aux soins de santé en raison de problèmes de transport, d'une prestation de services locale inadéquate, et de l'absence de services culturellement appropriés. Bien que l'on puisse présumer que les adolescents des Premières Nations sous-utilisent également les services primaires et soient aux prises avec les mêmes obstacles à l'accès que les adultes, l'utilisation des soins de santé par cette population n'est pas bien comprise.

Le but de ce chapitre est d'améliorer notre compréhension de l'utilisation des soins de santé chez les adolescents des Premières Nations afin de guider de façon plus efficace l'élaboration des politiques et des programmes et, en bout de ligne, d'améliorer la santé des Premières Nations. Ce chapitre présente donc les résultats relatifs à l'utilisation des services de santé primaires occidentaux et le recours aux guérisseurs traditionnels, tels que rapportés par les adolescents des Premières Nations dans l'ERS 2008-10, ainsi qu'une discussion, une conclusion et des recommandations.

MÉTHODOLOGIE

Dans le but de fournir une meilleure interprétation des résultats actuels, des comparaisons sont faites avec les résultats de l'ESCC 2007-08 chez les adolescents âgés de 12 à 17 (Statistique Canada, 2009), de l'ERS 2002-03, et avec différentes autres études publiées. Dans la plupart des cas, certaines questions de l'ERS 2008-10 et de l'ESCC étaient assez semblables pour permettre une comparaison directe, à moins d'indication contraire. Les fichiers de données publiques de l'ESCC ont été obtenus de Statistique Canada (2009) et les données de l'ERS sont tirées du précédent rapport de l'ERS (CGIPN, 2005).

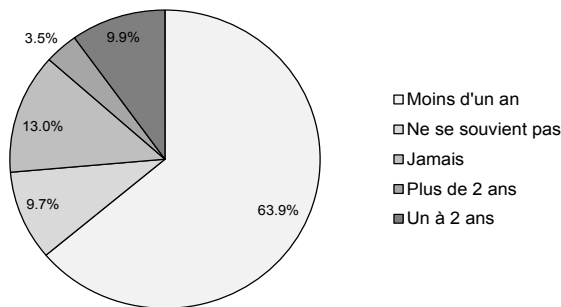
RÉSULTATS

Utilisation des services de soins primaires

La Figure 27.1 montre que 63,9 % des adolescents des Premières Nations ont consulté un médecin ou une infirmière en santé communautaire au cours des 12 mois précédant l'Enquête, tandis que 13,0 % n'ont jamais consulté un médecin ou une infirmière en santé

communautaire. En comparaison, 65 % des adolescents canadiens dans l'ESCC indiquent avoir consulté un médecin de famille, un pédiatre ou un omnipraticien au cours des 12 mois précédents. De plus, 15 % de l'ensemble de la population canadienne rapporte avoir consulté d'autres médecins ou spécialistes au cours des 12 mois précédant l'Enquête (Statistique Canada, 2009).

Figure 27.1. Temps écoulé depuis la dernière consultation chez un médecin ou une infirmière en santé communautaire (n = 4,675)



Utilisation des services de soins primaires, selon l'état de santé autodéclaré

De façon générale, les adolescents des Premières Nations rapportent des niveaux de santé relativement plus faibles que les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne (Statistique Canada, 2009). La proportion d'adolescents des Premières Nations qui rapportent un excellent état de santé (30,6 %, 95 % IC: 28,5, 32,8) est comparable à celle de l'ensemble de la population adolescente canadienne (26 %). Il est prouvé que l'état de santé autodéclaré est un bon indicateur de la santé de façon générale ainsi que de l'utilisation des services de santé dans certaines populations (Bosworth, Butterfield, Stechuchak, & Bastian, 2000; Miilunpalo, Vuori, Oja, Pasanen, & Urponen, 1997).

Utilisation des services de soins primaires, selon le sexe

On observe un écart entre les sexes en ce qui a trait au temps écoulé depuis la dernière consultation chez un médecin ou une infirmière en santé communautaire (voir Tableau 27.1). Une plus grande proportion de filles rapportent avoir consulté un médecin ou une infirmière en santé communautaire au cours des 12 mois précédant l'Enquête (68,1 %), comparativement à 59,8 % des garçons. On observe également un écart entre les sexes chez les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne (68 % des filles, comparativement

à 63 % des garçons, Statistique Canada, 2009).

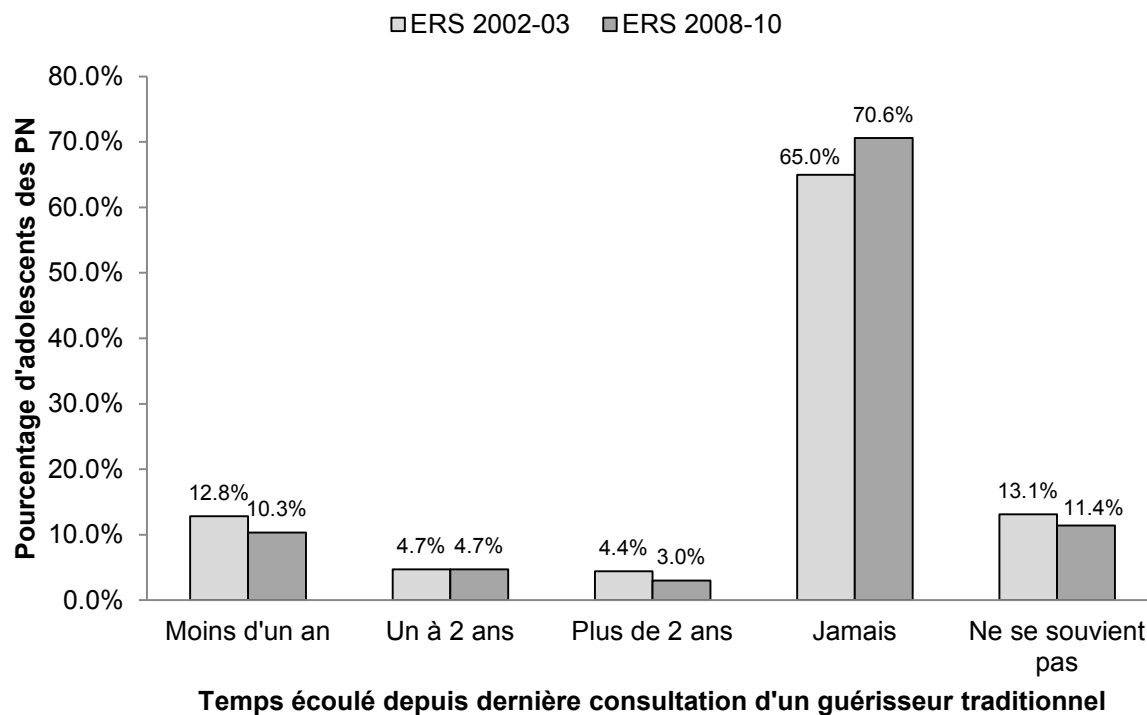
Tableau 27.1. Temps écoulé depuis la dernière consultation chez un médecin ou une infirmière en santé communautaire, selon le sexe (n = 4,675)

Sexe	<12 mois (%)	1–2 ans (%)	>2 ans (%)	Jamais (%)	Ne se souvient pas (%)
Garçons	59,8	11,4	4,5	16,3	8,0
Filles	68,1	8,3	2,5	9,5	11,6
Total	63,9	9,9	3,5	13,0	9,8

Recours à un guérisseur traditionnel

La Figure 27.2 présente une comparaison entre les résultats de l'ERS 2002-03 et ceux de l'ERS 2008-10 concernant le recours à un guérisseur traditionnel. Dans l'ERS 2008-10, 10,3 % (9,0, 11,7) des adolescents des Premières Nations rapportent avoir consulté un guérisseur traditionnel au cours de l'année précédant l'Enquête; un résultat similaire à celui de l'ERS 2002-03 (12,8 %, 95 % IC: 11,2, 14,7). Toutefois, la proportion d'adolescents des Premières Nations qui rapportent n'avoir « jamais » consulté un guérisseur traditionnel est passée de 65,0 % [95 % IC: 62,0, 67,9] dans l'ERS 2002-03 à 70,6 % [95 % IC: 68,0, 73,1] dans l'ERS 2008-10. Bien que les pratiques de guérison traditionnelle soient une partie importante des croyances culturelles et spirituelles des Premières Nations et jouent un rôle significatif dans la santé des Premières Nations (Conseil de la santé des Premières Nations, 2010), les résultats semblent suggérer que la proportion de personnes qui participent à ces pratiques est en décroissance.

Figure 27.2. Temps écoulé depuis la dernière consultation chez un guérisseur traditionnel, ERS 2002-03 et ERS 2008-10 (n = 4,654)

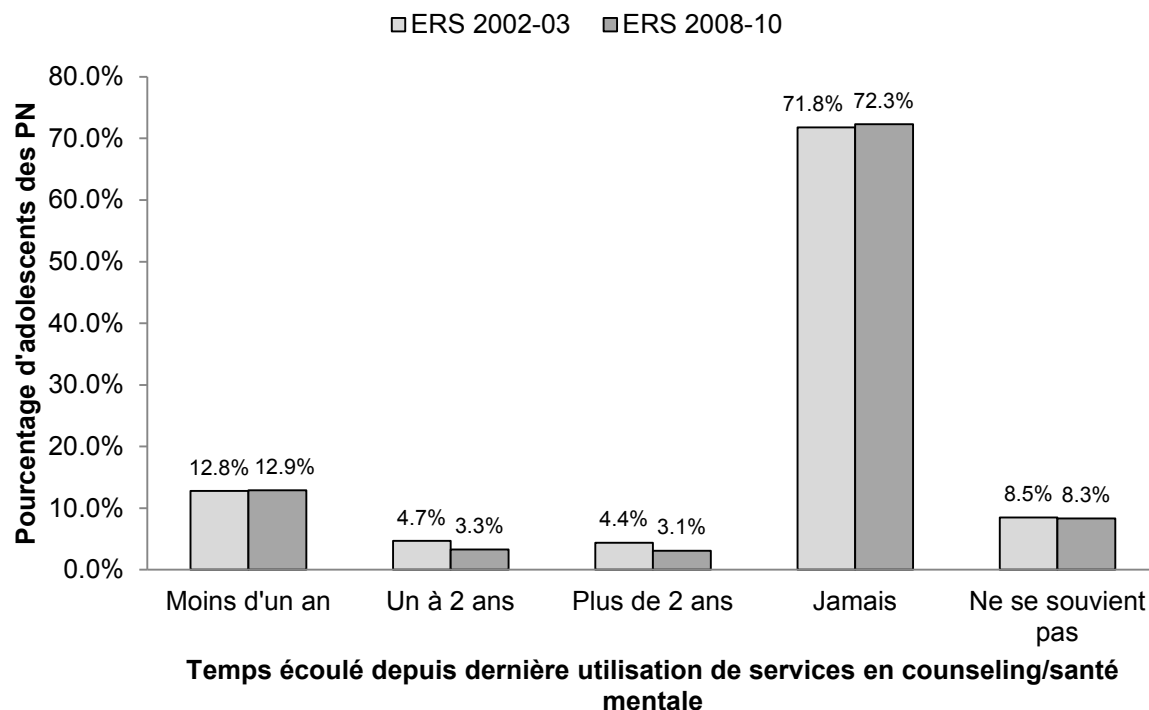


Utilisation des services en counseling et en santé mentale

Seuls 12,9 % des adolescents des Premières Nations rapportent avoir utilisé des services en counseling ou en santé mentale au cours de l'année précédant l'Enquête, tandis que la majorité (72,3 %) rapporte

n'avoir jamais utilisé ces services (voir Figure 27.3). L'examen des taux d'utilisation des services en counseling et en santé mentale selon le sexe révèle qu'ils sont similaires dans l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10. De façon générale, on n'observe à peu près aucune variation des taux d'utilisation depuis l'ERS 2002-03.

Figure 27.3. Temps écoulé depuis la dernière utilisation de services en counseling ou en santé mentale, ERS 2002-03 et ERS 2008-10 (n = 4,538)



Invités à évaluer leur état de santé mentale, 30,1 % des adolescents des Premières Nations indiquent que leur état de santé mentale est « excellent », 34,7 % indiquent qu'il est « très bon », 28,7 % indiquent qu'il est « bon », et 6,5 %, qu'il est « passable » ou « mauvais ». En comparaison, 4,9 % des adolescents dans l'ensemble de la population canadienne indiquent que leur état de santé mentale est passable ou mauvais (Statistique Canada, 2009).

Pour évaluer la mesure dans laquelle l'utilisation des services en santé mentale est associée à un besoin potentiel, une comparaison a été faite entre l'utilisation des services en counseling ou en santé mentale et l'état de santé mentale autodéclaré. Les résultats montrent qu'une proportion plus grande de ceux qui ont évalué leur état de santé mentale comme « passable » ou « mauvais » indiquent avoir consulté un professionnel en santé mentale au cours de l'année précédente (19,1 %), comparativement à ceux ayant évalué leur état de santé mentale comme bon (16,3 %), très bon (12,3 %), ou excellent (9,0 %). Les résultats révèlent donc que, conformément aux attentes, l'utilisation des services augmente à mesure que l'autoévaluation de l'état de santé mentale décroît. Toutefois, il est également important de noter que 56,7 % de ceux qui rapportent un état de santé mentale passable ou mauvais n'ont jamais utilisé de

services en counseling ou en santé mentale, ce qui indique un niveau potentiellement élevé de besoins non comblés.

Traitement des maladies diagnostiquées

Cette section examine les principales maladies et la mesure dans laquelle les adolescents des Premières Nations reçoivent des traitements pour celles-ci. L'asthme, le diabète, et l'anémie sont les maladies ciblées parce qu'elles sont fréquentes chez l'ensemble des adolescents canadiens ou particulièrement préoccupantes chez les adolescents des Premières Nations.

ASTHME

Dans l'ERS 2008-10, 12,7 % des adolescents des Premières Nations rapportent avoir reçu un diagnostic d'asthme, et 57,5 % d'entre eux sont traités pour cette maladie (voir Tableau 27.2). Ces résultats sont comparables aux résultats de l'Enquête sur les peuples autochtones 2001 sur les adolescents âgés de 10 à 15 ans qui vivent hors réserve (Crighton, Wilson, & Senécal, 2010). Parmi les adolescents des Premières Nations qui rapportent avoir reçu un diagnostic d'asthme, 19,8 % rapportent avoir eu une crise d'asthme au cours de l'année précédant l'Enquête. Parmi ces 19,8 %, la majorité était traitée pour cette maladie (80,4 %).

DIABÈTE

Moins de 1 % (0,8 %, 95 % IC: 0,6 %, 1,2 %) des adolescents des Premières Nations rapportent avoir reçu un diagnostic de diabète (voir Tableau 27.2). La prévalence du diabète semble plus élevée que chez les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne (0,35 %; Statistique Canada, 2009). Seuls 65,9 % de ceux qui rapportent être atteints de diabète indiquent être traités actuellement pour cette maladie. Ces résultats correspondent aux résultats de recherche chez les adultes des Premières Nations en Ontario (Shah, Anand, Zinman & Duong-Hua, 2003). Shah et al. (2003) ont identifié des taux élevés de mortalité et d'hospitalisation liées au diabète, ainsi que des taux réduits d'aiguillage vers des spécialistes pour des tests de diabète et autres procédures connexes, ce qui indique une gestion inadéquate dans la communauté.

ANÉMIE

Une faible proportion (1,5 %) d'adolescents des Premières Nations a reçu un diagnostic d'anémie (voir Tableau 27.2). Parmi ceux-ci, environ les deux tiers (70,9 %) sont traités.

Tableau 27.2. Adolescents ayant une maladie diagnostiquée par un professionnel de la santé et traités actuellement
Health Conditions Diagnosed by a Health Care Professional and Receiving Treatment

Maladie	Diagnostiqués (%)	Traités actuellement (%)
Asthme (n = 4,627)	12,7	57,5
Crise au cours de l'année précédente*	19,8	80,4
Diabète (n = 4,616)	0,8	65,9
Anémie (n = 4,635)	1,5	70,9

*Individus ayant rapporté un diagnostic d'asthme par un professionnel de la santé et qui ont eu une crise d'asthme au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10

Soins de prévention

Le Tableau 27.3 montre que 18,1 % des adolescents des Premières Nations ont eu un examen médical complet au cours de l'année précédant l'Enquête. Environ la moitié (47,9 %) des adolescents des Premières Nations rapportent avoir eu un examen de la vue au cours des 12 mois précédents, tandis que moins d'un tiers (30,2 %) rapportent avoir eu un test de pression artérielle. En comparaison, dans l'ensemble de la population adolescente canadienne du même groupe d'âge, environ 51 % rapportent avoir eu un examen de la vue et 67 % rapportent avoir eu un test de pression artérielle au cours de l'année précédente (Statistique Canada,

2009). Considérablement plus de filles que de garçons rapportent avoir eu un test de pression artérielle et un examen de la vue. L'ERS 2008-10 a également révélé que moins d'un cinquième (18,0 %) des adolescents des Premières Nations rapportent avoir eu un test de glycémie au cours de l'année précédant l'Enquête, dont une plus grande proportion de filles que de garçons.

Tableau 27.3. Adolescents ayant subi des examens de dépistage au cours des 12 mois précédant l'Enquête

Examen de dépistage	Garçons (%)	Filles (%)	Total (%)
Examen médical complet (n = 4,369)	18,2	17,9	18,1
Examen de la vue (n = 4,585)	45,7	50,2	47,9
Test de pression artérielle (n = 4,543)	27,7	32,9	30,2
Test de glycémie (n = 4,490)	16,0	20,2	18,0
Test de cholestérol (n = 4,117)	5,6	4,4	5,0

Le Tableau 27.4 montre que lorsque le dépistage en santé est comparé au niveau de scolarité des parents, le taux d'examen de dépistage augmente avec le niveau de scolarité des parents. Bien que ce résultat semble indiquer que les parents davantage scolarisés sont plus conscients de l'importance des soins préventifs, cela pourrait également s'expliquer par le fait qu'ils vivent peut-être dans des endroits moins éloignés qui ont un meilleur accès aux services de soins de santé.

Tableau 27.4. Adolescents ayant subi un examen de dépistage au cours des 12 mois précédant l'Enquête, selon le niveau de scolarité des parents

Examen de dépistage	Plus haut niveau de scolarité			Total (%)
	Pas d'études secondaires (%)	Études secondaires ou l'équivalent (%)	Études post-secondaires (%)	
Examen médical complet	13,9	17,1	24,1	18,1
Examen de la vue	41,8	50,9	53,8	48,0
Test de pression artérielle	23,6	31,5	37,1	30,0
Test de glycémie	14,8	19,4	20,6	17,8
Test de cholestérol	3,7	6,1	6,1	5,1

VACCIN CONTRE LE VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN

Les résultats de l'ERS 2008-10 indiquent qu'au moment de l'enquête, 29,0 % des filles des Premières Nations avaient été vaccinées contre le virus du papillome humain (VPH). Des études ont démontré que le vaccin VPH est très efficace pour prévenir des maladies de type VPH qui sont à l'origine de 70 % de tous les cas de cancer et de 90 % de toutes les verrues génitales (Comité consultatif national de l'immunisation [CCNI], 2007). En 2007, la recommandation du CCNI que toutes les filles et les femmes entre 9 et 26 ans soient vaccinées systématiquement a été adoptée au plan national. Bien que les résultats dans ce cas-ci donnent à penser que cette norme n'est pas atteinte, il faut noter que l'ERS 2008-10 a été réalisée très peu de temps après l'adoption de cette recommandation. La prochaine vague de l'ERS fournira vraisemblablement une meilleure indication du succès de ce programme de vaccination chez les filles des Premières Nations.

CONCLUSIONS

Les résultats de cette enquête suggèrent que les adolescents des Premières Nations ne bénéficient pas de niveaux adéquats de soins de prévention primaires et de dépistage. Les lignes directrices canadiennes recommandent un examen médical complet tous les ans ou tous les deux ans pour les enfants et les adolescents. Les examens devraient comprendre notamment la mesure de la taille et de l'indice de masse corporelle, de la pression artérielle, de la nutrition, et de l'acuité visuelle (Greig, Constantin, Carsley, Cummings, & Société canadienne de pédiatrie, 2010). Il est également recommandé que des évaluations additionnelles soient réalisées dans le cas des populations à risque pour des maladies telles que le diabète. En ce qui concerne les adolescents des Premières Nations, où les taux élevés d'obésité et de diabète de type 2 sont une préoccupation croissante (Allan, Flett, & Dean, 2008; Gohdes et al., 2004; Hegele, Hanley, Zinman, Harris, & Anderson, 1999; Rosenbloom, Joe, Young, & Winter, 1999; Young et al., 2002), des tests de cholestérol et de glycémie sur une base régulière sont également appropriés. Une des premières étapes d'une telle orientation pourrait consister à établir des normes de dépistage et de prévention spécifiques aux Premières Nations afin de guider les activités communautaires. Par ailleurs, les résultats suggèrent également que des efforts considérables doivent être consentis afin de réduire les obstacles à l'accès aux soins primaires et préventifs pour les adolescents des Premières Nations. De tels efforts doivent prendre une multitude de formes, y compris une amélioration

de l'accès à la télémédecine dans les communautés éloignées et des programmes éducatifs pour favoriser l'utilisation accrue des soins primaires et préventifs.

Le léger déclin du recours aux guérisseurs traditionnels est préoccupant étant donné l'importance des pratiques de guérison traditionnelle au sein de la culture et de la spiritualité des Premières Nations et le rôle qu'elles jouent dans la santé et le bien-être des Premières Nations (Conseil de la santé des Premières Nations, 2010). Des recherches plus poussées sont nécessaires pour comprendre ce déclin, tout comme le sont des programmes pour sensibiliser les adolescents des Premières Nations et éveiller leur intérêt pour la médecine traditionnelle. Les occasions d'intégration du modèle de soins occidental à la médecine traditionnelle doivent également être explorées. Les services en counseling et en santé mentale pourraient s'avérer un bon point de départ pour aborder ce type d'intégration.

Bien que les données présentées ici soient importantes du point de vue national, une perspective régionale est également nécessaire pour mieux comprendre l'accès aux soins de santé et leur utilisation chez les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Comme c'est le cas pour l'ensemble de la population canadienne, l'accès aux services de soins primaires et de médecine préventive et leur utilisation varie selon la localisation, avec des taux moins élevés dans les régions plus éloignées, rurales et nordiques. Les résultats présentés ici ont été agrégés géographiquement; il est donc impossible d'identifier les variations régionales. Une analyse géographique des résultats de l'ERS 2008-10, qui sera réalisée par chacune des régions, permettra de mieux comprendre les différences régionales. Des systèmes d'information sur la santé améliorés doivent être élaborés entre les Premières Nations et les provinces par le biais d'ententes reconnaissant les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations. On observe des lacunes significatives dans l'information sur la santé et l'utilisation des services de santé chez les Premières Nations, ce qui rend très difficiles la planification et la prestation de services culturellement appropriés. Alors que plusieurs provinces ont élaboré une variété de systèmes d'information, ce n'est pas le cas de la majorité (Minore et al., 2009).

RÉFÉRENCES

- Allan, C. L., Flett, B., & Dean, H. J. (2008). Quality of life in First Nation youth with type 2 diabetes. *Matern Child Health J, 12 Suppl 1*, 103–9. doi: 10.1007/s10995-008-0365-x

- Bosworth, H. B., Butterfield, M. I., Stechuchak, K. M., & Bastian, L. A. (2000). The relationship between self-rated health and health care service use among women veterans in a primary care clinic. *Women's Health Issues, 10*(5), 278–85. doi: Doi: 10.1016/s1049-3867(00)00056-6
- Comité consultatif national sur la vaccination. (2007). Statement on human papillomavirus vaccine *Canada Communicable Disease Report* (Vol. 33, pp. 32): Public Health Agency of Canada.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, youth and children living in First Nations communities. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Crighton, E. J., Wilson, K., & Senécal, S. (2010). The relationship between socio-economic and geographic factors and asthma among Canada's Aboriginal populations. *International Journal of Circumpolar Health, 69*(2), 138–50.
- Diverty, B., & Pérez, B. (1998). The health of northern residents. *Health Reports, 9*(4), 49–58.
- First Nations Health Society. (2010). First Nations traditional models of wellness: Environmental scan in British Columbia (pp. 51). Vancouver: First Nations Health Society.
- Gohdes, D., Oser, C. S., Harwell, T. S., Moore, K. R., McDowall, J. M., & Helgerson, S. D. (2004). Diabetes in Montana's Indians: the epidemiology of diabetes in the Indians of the Northern Plains and Canada. *Curr Diab Rep, 4*(3), 224–29.
- Gouvernement du Canada. (1996). *Report of the Royal Commission on Aboriginal People's: Gathering Strength*. Canada Communication Group Publishing.
- Greig, A., Constantin, E., Carsley, S., Cummings, C., & Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee. (2010). Preventative health care visits for children and adolescents aged six to 17 years: The Greig Health Record—Executive Summary. *Paediatr Child Health, 15*(3), 157–59.
- Hegele, R. A., Hanley, A. J., Zinman, B., Harris, S. B., & Anderson, C. M. (1999). Youth-onset type 2 diabetes (Y2DM) associated with HNF1A S319 in aboriginal Canadians. *Diabetes Care, 22*(12), 2095–96.
- MacMillan, H. L., MacMillan, A. B., Offord, D. R., & Dingle, J. L. (1996). Aboriginal health. *CMAJ, 155*(11), 1569–78.
- MacMillan, H. L., Walsh, C. A., Jamieson, E., Wong, M. Y., Faries, E. J., McCue, H., MacMillan, A. B., Offord, D. D. (2003). The health of Ontario First Nations people: Results from the Ontario First Nations Regional Health Survey. *Can J Public Health, 94*(3), 168–72.
- Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M., & Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology, 50*(5), 517–28. doi: Doi: 10.1016/s0895-4356(97)00045-0
- Minore, B., Katt, M., & Hill, M. E. (2009). Planning without facts: Ontario's Aboriginal health information challenge. *Journal of Agromedicine, 14*(2), 90–96.
- Newbold, K. B. (1997). Aboriginal physician use in Canada: Location, orientation and identity. *Health Econ., 6*(2), 197–207.
- Panagiotopoulos, C., Rozmus, J., Gagnon, R. E., & Macnab, A. J. (2007). Diabetes screening of children in a remote First Nations community on the west coast of Canada: Challenges and solutions. *Rural Remote Health, 7*(3), 771. doi: 771 [pii]
- Pohar, S., & Johnson, J. (2007). Health care utilization and costs in Saskatchewan's registered Indian population with diabetes. *BMC Health Services Research, 7*(1), 126.
- Rosenbloom, A. L., Joe, J. R., Young, R. S., & Winter, W. E. (1999). Emerging epidemic of type 2 diabetes in youth. *Diabetes Care, 22*(2), 345–54.
- Santé Canada. (2003). A Statistical profile on the health of First Nations in Canada for the year 2000.
- Shah, B. R., Anand, S., Zinman, B., & Duong-Hua, M. (2003). Diabetes and First Nations people, In *Diabetes in Ontario: An ICES Practices Atlas* (pp. 231–49). Toronto: Institute of Clinical Evaluative Sciences.
- Shah, B. R., Gunraj, N., & Hux, J. E. (2003). Markers of access to and quality of primary care for Aboriginal people in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health, 93*(5), 798–802.
- Statistique Canada. (2009). Canadian Community Health Survey, 2007–2008, Cycle 4,1 [Data file and code book]. Retrieved from <https://login.proxy.bib.uottawa.ca/login?url=http://www.odesi.ca/>
- Webster, D., Weerasinghe, S., & Stevens, P. (2004). Morbidity and mortality rates in a Nova Scotia First Nations Community, 1996–1999. *Can J Public Health, 95*(5), 369–74.
- Young, T. K., Martens, P. J., Taback, S. P., Sellers, E. A., Dean, H. J., Cheang, M., & Flett, B. (2002). Type 2 diabetes mellitus in children: Prenatal and early infancy risk factors among native Canadians. *Arch Pediatr Adolesc Med, 156*(7), 651–55. doi: poa20044 [pii]
- Young, T. K., Reading, J., Elias, B., & O'Neil, J. D. (2000). Type 2 diabetes mellitus in Canada's First Nations: Status of an epidemic in progress. *CMAJ, 163*(5), 561–66.

Chapitre 28

Bien-être communautaire

SOMMAIRE

Les adolescents des Premières Nations représentent une force vive dans les communautés des Premières Nations. En effet, plus de la moitié de la population des Premières Nations au Canada est âgée de moins de 25 ans, et cette proportion est en croissance. Les adolescents des Premières Nations sont des participants actifs qui déterminent et façonnent l'avenir de leurs communautés. Il est primordial d'examiner leur bien-être et le bien-être des communautés dans lesquelles ils vivent. Des mesures composites tirées de l'Indice du bien-être des collectivités (IBC) révèlent un écart important entre les communautés des Premières Nations et le reste du Canada. La culture, la langue et les activités traditionnelles ont toutes été identifiées comme des outils importants dans la prévention des comportements à risque chez les adolescents des Premières Nations. La culture et la fierté de son héritage sont donc au cœur du bien-être. Les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 viennent réitérer l'importance de la culture, dans la mesure où de nombreux adolescents des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques (40,2 %) identifient les cérémonies traditionnelles comme force de la communauté. Un imposant 74,7 % des adolescents des Premières Nations identifient l'alcoolisme et la toxicomanie comme le plus grand problème auquel fait face leur communauté, suivi du logement (46,2 %), de la culture (42,6 %) et des possibilités limitées en matière d'emploi (41,1 %). La majorité des adolescents des Premières Nations identifient les parents et les grands-parents comme principaux enseignants de leur culture, suivis des membres de la famille immédiate, des enseignants et des aînés. En se fondant sur ces données et sur la littérature, il est évident que les stratégies qui visent une amélioration du bien-être communautaire pour les adolescents des Premières Nations doivent être liées à l'identité, à l'estime de soi et à la pérennité culturelle des Premières Nations, et elles doivent être axées sur la cohésion familiale et sociale au sein des communautés des Premières Nations. Les résultats présentés dans ce chapitre mettent en évidence un thème sous-jacent à l'atteinte du bien-être communautaire en abordant les traumatismes historiques et les besoins en santé mentale dans les communautés des Premières Nations.

PRINCIPAUX CONSTATS

- L'alcoolisme et la toxicomanie sont le principal obstacle au bien-être communautaire rapporté par les adolescents des Premières Nations (74,7 %). Parmi ceux qui reconnaissent qu'il s'agit là d'un problème, plus d'un tiers (36,7 %) indiquent que la situation de l'alcoolisme et de la toxicomanie dans leur communauté se dégrade.
- Près de la moitié (42,6 %) des adolescents des Premières Nations rapportent la perte de la culture comme un problème pour la communauté. Parmi ceux qui reconnaissent qu'il s'agit là d'un problème, moins d'un adolescent sur dix (6,8 %) rapporte des progrès importants en ce qui a trait à la perte de la culture.
- Plus de la moitié des adolescents des Premières Nations (58,1 %) identifient les valeurs familiales comme une force de leur communauté.
- Près de la moitié des adolescents des Premières Nations (40,2 %) identifient les activités et cérémonies traditionnelles comme une force de leur communauté.
- Seuls 29,5 % des adolescents des Premières Nations rapportent l'utilisation d'une langue des Premières Nations comme une force de leur communauté.
- Plus de la moitié (53,7 %) des adolescents des Premières Nations indiquent apprendre leur culture de leurs grands-parents.
- Parmi les adolescents des Premières Nations qui identifient les gangs de rue comme un problème, près de la moitié (46,1 %) rapportent une dégradation dans leur communauté par rapport aux gangs de rue, et 35 % indiquent qu'il n'y a aucune amélioration dans ce domaine.

Lorsque les chocs se suivent l'un après l'autre, sans pause pour récupérer, la douleur et la dysfonction s'accumulent en couches successives et les causes à l'origine de tout cela deviennent nébuleuses.

—Castellano-Brant, 2008

INTRODUCTION

Ce chapitre porte sur les déterminants du bien-être communautaire pour les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations. Les déterminants du bien-être communautaire sont explorés par l'entremise des réponses des adolescents des Premières Nations aux indicateurs de bien-être et de problèmes communautaires chez les Premières Nations. Les adolescents des Premières Nations sont une composante vitale de leurs communautés car plus de la moitié de la population des Premières Nations au Canada est âgée de moins de 25 ans (Townsend & Wernick, 2008). Étant donné que les adolescents des Premières Nations représentent une telle proportion des Premières Nations en croissance, il est essentiel que leurs besoins et les besoins de leurs communautés au plan de la santé et du bien-être soient comblés.

La culture comme facteur de protection

Chandler, Lalonde, Sokol, et Hallett (2003) affirment qu'un engagement envers ses propres possibilités futures nécessite une résilience alimentée par une pérennité culturelle. Ainsi :

En l'absence de sentiment de pérennité personnelle (sans compter la pérennité culturelle), il semble que la vie soit facilement dévaluable et que l'avenue du suicide devienne une solution envisageable. Même dans les meilleures conditions de développement, trouver des façons de soutenir ses convictions par rapport à sa propre pérennité personnelle et culturelle n'est pas chose simple, et une grande partie de l'enfance et de l'adolescence semble être accaparée par l'élaboration toujours renouvelée de diverses formes de compréhension de soi capables de résister aux ravages inévitables du temps... les jeunes gens qui tergiversent ou qui échouent dans l'atteinte de tels objectifs développementaux se comportent souvent de façon irresponsable et sont reconnus pour leur manque d'intérêt et de préoccupation pour leur propre bien-être futur.

La violence contre soi-même et l'automutilation, y compris le suicide, sont récemment apparus parmi les coûts à payer pour de tels échecs dans le développement de l'identité. Quels que soient les risques rencontrés au cours du développement, ils sont inévitablement

amplifiés lorsque le contexte culturel dans lequel le développement se déroule naturellement s'effondre en raison d'adversités socioculturelles. L'exemple le plus frappant est celui des jeunes Autochtones qui éprouvent des difficultés identitaires et qui doivent non seulement surmonter les obstacles habituels liés à la croissance et au développement, mais doivent souvent également construire leur identité à partir des restes d'un mode de vie en grande partie menacé. Dans le cadre de leur étude quinquennale sur le suicide chez les adolescents des Premières Nations en Colombie-Britannique, Chandler et Lalonde (1998) ont identifié six marqueurs de la pérennité culturelle : parvenir à l'autonomie gouvernementale; protéger le titre autochtone de son territoire ancestral; parvenir à contrôler localement la santé, l'éducation, et les services de police, lesquels constituent trois marqueurs; et mettre sur pied des installations communautaires pour préserver la culture. Lalonde et al. (2003) ont élargi ce travail et ont identifié deux marqueurs additionnels de la pérennité culturelle : le contrôle local des services d'aide à l'enfance, et le leadership des femmes. D'autres études citent également la langue comme principal facteur de protection (Norris, 1998). Toutefois, de 1986 à 2001, le pourcentage d'enfants autochtones âgés de 0 à 4 ans qui parlaient couramment une langue autochtone a chuté de 10,7 % à 7,9 % (Norris, 2007). La signification de ces statistiques est importante si l'on songe que « plus les locuteurs sont jeunes, plus la langue se porte bien » (Norris, 2007)

Les recherches ont démontré que l'identité, la langue et la culture autochtones sont des facteurs de protection pour le bien-être communautaire. Le bien-être d'une communauté devrait donc être mesuré en se fondant sur un cadre de savoir culturel. Le cadre fondé sur les quatre directions offre une approche culturelle pour comprendre la santé et le bien-être des Premières Nations. Dans le modèle des quatre directions, il est essentiel que la santé globale de l'individu soit portée par l'esprit, le corps, l'âme et le cœur, tout en considérant l'individu dans le contexte de son environnement familial et communautaire. À leur tour, la famille et la communauté offrent équilibre et soutien pour assurer la stabilité, la santé et le bien-être. Le Cadre culturel de l'ERS comprend quatre directions – la raison, les relations, les actions, et les façons de voir les choses (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005) – et assure une vision holistique du monde qui comprend les éléments relatifs au bien-être et qui sont souvent négligés par la vision occidentale.

MESURER LE BIEN-ÊTRE COMMUNAUTAIRE DANS UN CADRE CULTUREL

Il est nécessaire de trouver une façon de mesurer le bien-être communautaire dans un cadre des Premières Nations qui soit holistique et comprenne l'esprit, le corps, l'âme et le cœur de la communauté. Certaines tentatives ont été faites pour mesurer le bien-être communautaire, mais rarement dans un cadre culturel des Premières Nations. L'Indice du bien-être des collectivités (IBC) des Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) est fondé sur des indicateurs occidentaux de la santé mais a été élaboré spécifiquement pour les communautés des Premières Nations. L'IBC comprend des éléments de l'Indice de développement humain ainsi que des données de recensement. Les quatre dimensions de l'IBC sont l'éducation, la participation au marché du travail, le revenu et le logement (McHardy & O'Sullivan, 2004). Lorsque l'IBC a été appliqué à toutes les collectivités canadiennes de 65 résidents et plus, y compris les communautés des Premières Nations, les résultats ont démontré un écart significatif entre les communautés des Premières Nations et le reste du Canada. En fait, une seule communauté des Premières Nations au Canada s'est classée parmi les 100 premières, tandis que 92 des 100 dernières communautés étaient des communautés des Premières Nations (McHardy & O'Sullivan, 2004). Ces résultats sont alarmants, mais ils illustrent également le défi potentiel que représente l'adaptation des mesures occidentales du bien-être des collectivités à un cadre culturel des Premières Nations.

Selon la Recherche sur la santé Kishk Anaquot :

Les communautés qui ont du succès cultivent un climat social où les individus s'épanouissent, développent un sentiment d'auto-efficacité et sont capables d'actualiser leur potentiel aux plans spirituel, affectif, physique et intellectuel. Les environnements qui soutiennent le potentiel humain honorent leurs Aïnés et offrent des occasions d'emploi, d'affaires, de mentorat des jeunes et d'apprentissage précoce. En outre, une masse critique d'individus qui sont en santé physiquement, excellent en enseignements culturels et dans le milieu universitaire, ont aussi été considérés comme des valeurs de référence en matière de succès... Le succès des Premières Nations est également évident lorsque la collaboration et la cohésion sont présentes... Par ailleurs, un fort sentiment d'identité et de fierté communautaires a été cité comme caractéristique d'une communauté qui va bien. Une compréhension élargie de l'histoire culturelle et un sentiment

d'empuissance reflètent une telle fierté et une telle identité. (2007)

Les composantes essentielles d'une communauté qui va bien devraient donc être mesurées non seulement par les indicateurs de la santé les plus courants, mais également par les relations, le leadership et l'identité. Bien que les données soient limitées sur les réponses des adolescents par rapport à ces facteurs plus représentatifs de la culture, de nombreux auteurs se sont penchés sur l'importance de la communauté chez les peuples des Premières Nations (Chandler & Lalonde, 1998; Chandler et al., 2003). Les auteurs indiquent que les statistiques sommaires, bien que techniquement correctes, doivent être traitées comme de la « fiction actuarielle » qui dissimule souvent bien plus qu'elle ne révèle. Représenter systématiquement l'ensemble des Premières Nations du Canada de la même façon dissimule la diversité culturelle bien réelle qui marque la vie des Autochtones et utilise à tort la bannière d'« aboriginalité » (Chandler & Lalonde, 1998; Chandler et al., 2003).

Le contexte historique

La première étape de l'autodétermination consiste à mettre au jour l'expérience des Premières Nations, une expérience dont se sont depuis longtemps appropriés les récits historiques coloniaux officiels qui ont systématiquement omis les Premières Nations. L'époque des pensionnats, qui a pris fin dans les années 70, a laissé des générations de Premières Nations sans leurs compétences linguistiques et culturelles et a creusé un abîme entre la culture et l'éducation. Les pratiques coloniales qui ont rendu illégales ou qui ont criminalisé les pratiques culturelles et spirituelles ont laissé des blessures au sein des communautés des Premières Nations, aliénant par la suite les gens de leur propre héritage (Milloy, 1999). Exacerber l'héritage colonial revient à aliéner et à marginaliser les peuples autochtones dans leur propre pays, une pratique qui a entraîné des conséquences dommageables pour les traditions et l'identité culturelles, pour la cohésion sociale et pour l'estime de soi (Voyle & Simmons, 1999). Il n'y a aucun doute que le colonialisme a eu des effets directs et indirects sur la santé et le bien-être collectifs des peuples des Premières Nations (Voyle & Simmons, 1999), et cela doit être considéré lors de l'examen de la situation actuelle des communautés des Premières Nations.

MÉTHODOLOGIE

L'ERS 2008-10 mesure le bien-être communautaire à travers le regard des adolescents des Premières Nations. Le bien-être communautaire est exploré de façon holistique

en ce sens que les adolescents des Premières Nations ont été questionnés sur les forces et les problèmes de leurs communautés en ce qui a trait à l'identité culturelle, à la langue, au leadership et aux relations. Les données offrent un aperçu de ce que les adolescents des Premières Nations perçoivent comme obstacles, suivis d'un indice de progrès communautaire. La résilience est mesurée par l'entremise d'items portant sur les forces de la communauté, ainsi que par des questions pour savoir qui aide les adolescents des Premières Nations à comprendre leur culture et comment le bien-être communautaire est lié au fait de surmonter le colonialisme et d'assurer la pérennité culturelle. Le cadre culturel est utilisé de l'introduction à l'analyse finale pour offrir le point de vue des Premières Nations sur le bien-être communautaire. Il comprend d'ailleurs des récits sur la façon de parvenir au bien-être. Le cadre révèle à la fois les tendances en matière de résilience et les problèmes actuels.

La discussion qui suit met en contexte les données et examine les indicateurs cruciaux pour le bien-être communautaire dans un cadre de pérennité culturelle. Cette discussion propose des explications aux lecteurs pour comprendre les statistiques dans un modèle culturel et expose pourquoi la famille, la culture et la langue sont des indicateurs du bien-être communautaire tout aussi importants que l'emploi, l'éducation et le logement. Le modèle holistique présent tout au long de ce chapitre est essentiel au paradigme du savoir autochtone qui intègre l'histoire, les effets du colonialisme, et les raisons pour lesquelles l'identité, le bien-être affectif et la spiritualité sont des indicateurs importants du bien-être des Premières Nations.

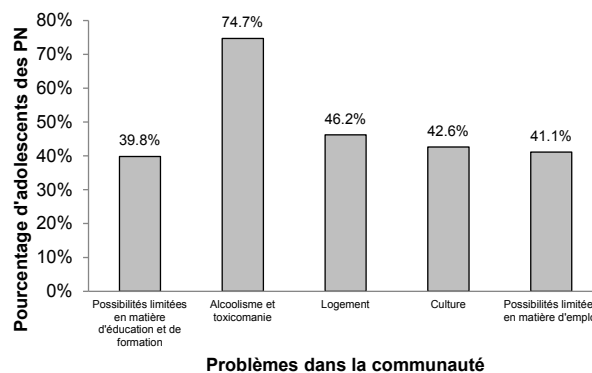
RÉSULTATS

Les problèmes dans les communautés

Les adolescents des Premières Nations ont été invités à identifier les principaux problèmes auxquels leurs communautés sont confrontées actuellement à partir d'une liste qui comprenait des possibilités limitées en matière d'éducation et de formation, l'alcoolisme et la toxicomanie, le logement, la perte de la culture, les possibilités limitées en matière d'emploi, la destruction de l'environnement et des ressources naturelles, la santé, le financement insuffisant, le manque d'autonomie, et les gangs de rue. Les adolescents avaient également la possibilité d'identifier d'autres problèmes. La Figure 28.1 présente les principaux problèmes auxquels sont confrontées les communautés tels que rapportés par les adolescents des Premières Nations. Trois quarts (74,7 %) des adolescents des Premières Nations

rapportent l'alcoolisme et la toxicomanie comme l'un des principaux problèmes auxquels est confrontée leur communauté. Le logement (46,2 %), la perte de la culture (42,6 %), les possibilités limitées en matière d'emploi (41,1 %), et d'éducation et de formation (39,8 %) sont quelques uns des problèmes les plus souvent rapportés par les adolescents des Premières Nations.

Figure 28.1. Principaux problèmes auxquels sont confrontées les communautés, tels que rapportés par les adolescents des Premières Nations



Progrès ou changements dans les communautés

Les adolescents des Premières Nations qui identifiaient des problèmes dans leur communauté devaient ensuite indiquer s'ils ont constaté des progrès dans l'un de ces domaines au cours des 12 mois précédant l'Enquête (voir Tableau 28.1). Les adolescents des Premières Nations avaient la possibilité d'évaluer le changement sur une échelle comprenant « Progrès/changements importants », « Certains progrès/changements », « Aucun progrès/changement » ou « Dégradation ». Seule une fraction (20,6 %) des adolescents des Premières Nations ayant rapporté des problèmes dans la communauté rapportent un progrès par rapport à la toxicomanie, tandis que la majorité (79,4 %) considèrent le problème de la toxicomanie comme ne faisant aucun progrès ou se dégradant dans leur communauté. La tendance est similaire en ce qui a trait au logement et aux possibilités en matière d'emploi : la majorité des adolescents des Premières Nations ne constatent aucun progrès dans les possibilités en matière d'emploi (68,4 %) ou dans le logement (63,4 %). L'évaluation la plus positive des adolescents des Premières Nations concerne le progrès accompli relativement aux possibilités en matière d'éducation et de formation; respectivement 40,7 % et 40,0 % des adolescents y constatent du progrès.

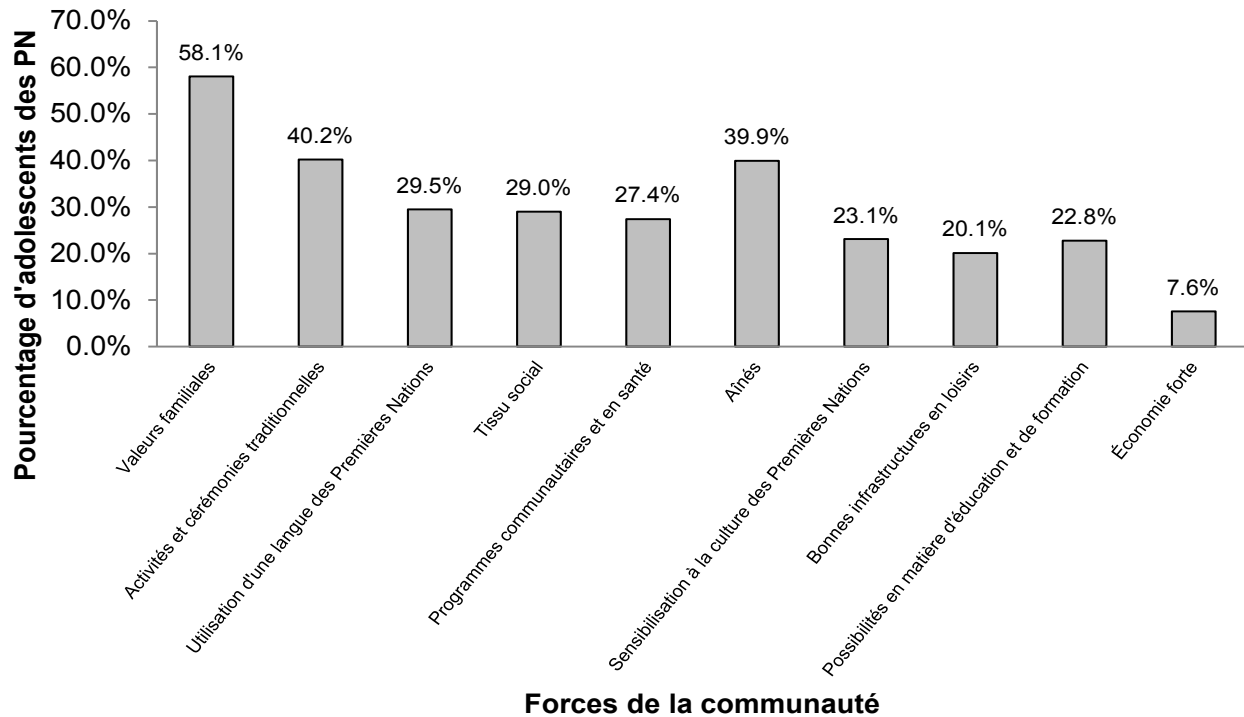
Tableau 28.1. Progrès des situations problématiques dans les communautés, tels que rapportés par les adolescents des Premières Nations (parmi ceux ayant identifié ces situations comme problématiques dans leur communauté)

	Progrès importants %	Certains progrès %	Aucun progrès %	Dégradation %
Possibilités en matière d'éducation et de formation	5,1	35,6	46,4	12,9
Alcoolisme et toxicomanie	3,9	16,7	42,7	36,7
Logement	5,2	31,4	40,6	22,8
Perte de la culture	6,8	33,2	38,3	21,7
Possibilités limitées en matière d'emploi	2,5	29,0	48,0	20,4
Destruction de l'environnement et des ressources naturelles	4,4	19,4	44,6	31,6
Santé	4,4	26,6	46,0	23,0

Forces de la communauté

Invités à indiquer les principales forces de leur communauté, 58,1 % des adolescents des Premières Nations rapportent les valeurs familiales (voir Figure 28.2). Les activités et cérémonies traditionnelles ainsi que les Aînés sont également parmi les forces de la communauté les plus fréquemment rapportées, avec respectivement 40,2 % et 39,9 %, des adolescents qui les citent. Un peu moins de 30 % des adolescents des Premières Nations rapportent le tissu social et l'interaction des membres de la communauté comme force de leur communauté.

Figure 28.2. Forces des communautés, telles qu'identifiées par les adolescents des Premières Nations



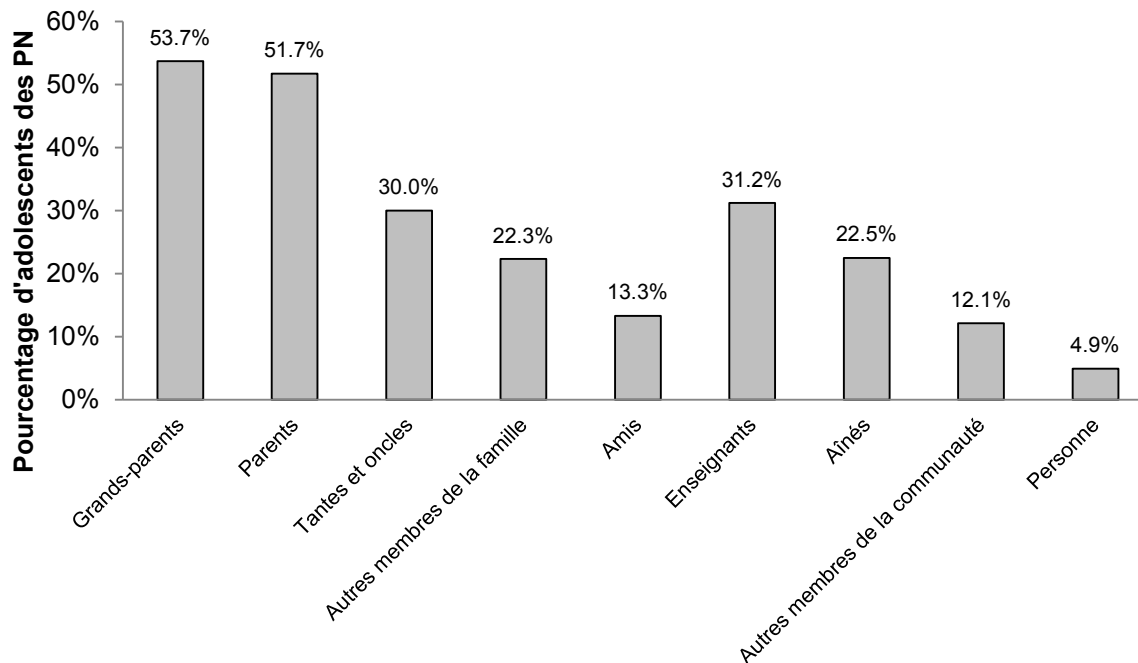
Seuls 14,0 % des adolescents des Premières Nations rapportent un faible taux de suicide, de criminalité et de toxicomanie comme force de leur communauté. De plus, les résultats semblent démontrer un manque de loisirs et d'activités récréatives dans les communautés des Premières Nations; en effet, seuls 20,1 % des adolescents des Premières Nations rapportent de bonnes infrastructures de loisirs comme force de leur communauté. Encore moins d'adolescents des Premières Nations (7,6 %) rapportent une économie forte comme force de leur communauté.

Soutien à la culture

Les adolescents des Premières Nations semblent accorder une importance particulière aux activités et cérémonies traditionnelles. Ainsi, 46,9 % des filles des Premières Nations indiquent que les activités et cérémonies traditionnelles sont « très importantes » et 38,9 %

indiquent qu'elles sont « assez importantes ». Environ un adolescent des Premières Nations sur sept (14,3 %) estime que les activités et cérémonies traditionnelles ne sont « pas très importantes » ou « pas importantes du tout ». Les réponses des garçons des Premières Nations ne diffèrent pas beaucoup de celles des filles : 44,1 % et 41,5 % des garçons indiquent que les activités et cérémonies traditionnelles sont « très importantes » ou « assez importantes » respectivement. La participation aux activités culturelles est élevée : 74,2 % des adolescents des Premières Nations indiquent qu'ils participent « toujours/presque toujours » ou « parfois » aux activités culturelles de leur communauté. Invités à indiquer qui les aide à comprendre leur culture, 53,7 % des adolescents des Premières Nations indiquent leurs grands-parents et 51,7 % indiquent leurs parents, suivis des enseignants (31,2 %), des tantes et des oncles (30 %), des aînés (22,5 %), et des membres de la communauté (12,1 %). Voir la Figure 28.3.

Figure 28.3. Personnes qui aident les adolescents des Premières Nations à comprendre leur culture



Personnes qui aident les adolescents à comprendre leur culture

La langue étant une mesure importante de la culture, les résultats de l'ERS 2008-10 sur l'utilisation d'une langue des Premières Nations donnent à penser que la situation culturelle des communautés des Premières Nations ne s'est améliorée que minimalement : seuls 21,5 % des adolescents des Premières Nations indiquent utiliser une langue des Premières Nations sur une base quotidienne, tandis que ce n'est pas le cas

pour une vaste majorité (78,5 %). Ce résultat est préoccupant car les résultats de recherche, bien que limités, ont établi un lien significatif entre la langue et le bien-être communautaire (McIvor, Napolean, & Dickie, 2009).

DISCUSSION

Le cadre culturel utilisé dans l'ERS compte l'action

comme un principe, dans la mesure où l'action maintient l'attention sur la résolution des problèmes identifiés précédemment et le développement des Premières Nations comme individus. Les adolescents des Premières Nations indiquent clairement ne voir que peu d'action dans leurs communautés pour améliorer le bien-être communautaire. Par rapport à la mesure du progrès ou des changements constatés dans tous les domaines explorés, la plupart des adolescents des Premières Nations ne rapportent aucun progrès ou changement important dans leur communauté au cours des 12 mois précédant l'Enquête. En fait, de nombreux adolescents des Premières Nations rapportent plutôt une dégradation de la situation dans leur communauté. Ces données démontrent que les adolescents des Premières Nations sont très conscients des problèmes auxquels sont confrontées leurs communautés, mais estiment clairement que trop peu d'efforts sont déployés pour les résoudre.

Parmi les modèles et les pratiques d'aide et de guérison chez les Premières Nations, on retrouve les récits, les conseils des aînés, les liens avec la famille et la communauté, la tenue de cercles de guérison, et l'accès soutenu aux pratiques cérémonielles (McIvor et al., 2009). Les résultats mettent bien en évidence que ces méthodes et ces pratiques d'aide et de guérison constituent des forces de la communauté (McIvor et al., 2009). Un certain nombre d'études indiquent également que les activités traditionnelles sont des facteurs de protection contre certains troubles comme l'alcoolisme, la dépression, le stress et le suicide (McIvor et al., 2009). Les adolescents des Premières Nations dans la présente recherche reconnaissent également les cérémonies et les aînés comme des forces de la communauté. Ainsi, les chercheurs et ceux qui élaborent les politiques et les programmes devraient s'inspirer de ces résultats pour soutenir les programmes en matière de bien-être communautaire, particulièrement ceux qui ciblent les adolescents des Premières Nations. Les adolescents des Premières Nations identifient également le tissu social et les valeurs familiales comme forces de leur communauté. Le fondement d'une communauté repose sur des systèmes de parenté et leur relation à la communauté élargie pour ce qui est de travailler ensemble pour répondre aux besoins collectifs en santé (Duran & Duran, 1995).

Les données révèlent que les adolescents des Premières Nations accordent beaucoup d'importance à la culture. De nombreux adolescents des Premières Nations indiquent que la perte de la culture est un des principaux problèmes de leur communauté. De plus, l'utilisation d'une langue des Premières Nations est identifiée comme une force de la communauté. Norris (1998) explique d'ailleurs

que plus un individu comprend sa propre langue et les enseignements associés à cette langue, plus il a accès à un savoir traditionnel de base qui peut contribuer au développement d'un sentiment d'identité plus fort. Si cela est vrai, on peut donc également affirmer que plus un individu est séparé de sa langue, moins il est connecté au savoir traditionnel de base requis pour développer un sentiment d'identité plus fort. Les travaux de recherche sur la langue du panel d'experts des Nations Unies identifient la langue comme déterminant social clé de la santé dans les communautés des Premières Nations, étant donné que la langue est davantage un indicateur de la santé et du bien-être que le statut socioéconomique ne peut l'être. Dans l'ERS 2008-10, près de 30 % des adolescents des Premières Nations identifient l'utilisation d'une langue des Premières Nations comme force de la communauté. Ce résultat correspond à ce qui ressort de la littérature à l'effet que les langues des Premières Nations ne sont pas seulement une force de la communauté mais également un facteur de protection pour le bien-être individuel et communautaire. Il est évident que les langues et la culture des Premières Nations sont liées au bien-être communautaire; le défi consiste maintenant à trouver des données qui illustrent de quelle façon la langue et la culture agissent comme facteurs de protection.

Si les enfants des Premières Nations se voient uniquement par l'entremise de représentations eurocentriques, ils ne verront vraisemblablement pas de représentations encourageantes d'eux-mêmes. Les programmes qui intègrent le savoir et les activités culturelles autochtones sont prometteurs mais n'ont pas encore été désignés officiellement comme meilleures pratiques ou pratiques les plus prometteuses. Un certain nombre de modèles de prévention des Premières Nations en toxicomanie intègrent maintenant des activités culturelles traditionnelles dans leurs approches de guérison. Par ailleurs, il est prouvé que les pratiques orientées vers la spiritualité, comme les sueries de purification, la purification au foin d'odeur, les cercles de parole, le travail des rêves, et les cérémonies traditionnelles aident les adolescents des Premières Nations dans leur guérison (Anderson & Ledogar, 2008).

On estime que le rôle des traditions culturelles est très fort. En fait, la fierté de son héritage est considérée comme étant au cœur du bien-être (Anderson & Ledogar, 2008; Norris, 2007). Anderson et Ledogar indiquent qu'il n'y a aucune façon d'identifier les différentes formes de spiritualité, mais la spiritualité est identifiée comme très importante pour le bien-être communautaire (Anderson & Ledogar, 2008; Norris, 2007). Les individus qui participent aux activités traditionnelles sont moins susceptibles de se sentir démunis ou de sentir qu'ils

n'ont pas de contrôle. Les Autochtones ont toujours compris que les enseignements spirituels et le pouvoir des récits peuvent aider les membres de la communauté, particulièrement les enfants et les adolescents, à attribuer un sens aux traumatismes historiques et à anticiper un avenir plus positif (Anderson & Ledogar, 2008; Norris, 2007). Ces stratégies doivent être reconnues et employées dans les stratégies de bien-être actuelles afin d'accroître le succès dans les communautés et les populations des Premières Nations. Les adolescents des Premières Nations ont besoin d'avenues bien vivantes pour guérir des traumatismes historiques, et il est prouvé que les activités traditionnelles favorisent cela. Les adolescents sont confrontés au rétablissement collectif de traumatismes intergénérationnels et ils ont besoin d'un soutien significatif des agences qui, historiquement, ont dépouillé leurs parents et leurs grands-parents de leur fierté, de leur estime d'eux-mêmes et de leur vision. La littérature souligne la signification des traditions et de la culture comme indicateur du bien-être général. La culture n'est qu'un des éléments d'une analyse holistique du bien-être communautaire et elle interagit avec le statut socioéconomique, le leadership, l'éducation et d'autres variables pour mesurer le bien-être.

CONCLUSIONS

La cause profonde de la crise dans de nombreuses communautés des Premières Nations tire son origine d'un deuil collectif inhibé qui résulte d'un traumatisme cumulé massif jumelé à la colonisation (Brave Heart, 1998). Pour favoriser la guérison, ce traumatisme collectif devrait être reconnu, à la suite de quoi des outils issus des enseignements et des cérémonies culturelles pourraient être créés. Des recherches récentes donnent à croire que le traumatisme vécu par les Premières Nations au cours de l'histoire n'est peut-être pas si historique après tout. Des travaux de recherche aux États-Unis par Whitebeck et al. (2002) suggèrent que le traumatisme historique se poursuit pour bien des Indiens d'Amérique. Il continue d'affecter leurs perceptions sur une base quotidienne et a des répercussions sur leur santé psychologique et physique (Whitbeck, McMorris, Hoyt, Stubben, & LaFromboise, 2002). Les politiques d'assimilation qui ont dépouillé les Autochtones de leur langue et de leur identité et ont encouragé l'assimilation étaient oppressives et ont eu des effets traumatisants sur des générations de survivants. La perte de l'estime de soi est survenue au cours d'une époque de politiques d'oppression gouvernementales telles que les pensionnats, et la pauvreté est une conséquence directe de cette oppression de la culture autochtone.

Les résultats de l'ERS 2008-10 révèlent que les adolescents

des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations accordent beaucoup d'importance à la culture, bien que de nombreux adolescents rapportent que la perte de la culture est un des principaux problèmes auxquels leur communauté est confrontée. Malgré que ce soit un problème important, la perte de la culture est également l'item rapporté comme ayant connu le plus de « progrès ou changement important » dans les communautés des Premières Nations. En outre, les forces révélées par les données montrent l'engagement des adolescents des Premières Nations pour préserver leur culture et améliorer les possibilités en matière d'emploi et d'éducation et le bien-être général de leurs communautés. Le fait qu'ils identifient la culture, la langue et les valeurs familiales comme forces de leurs communautés démontre leur compréhension de comment le bien-être familial est essentiel au bien-être et au succès de la communauté. Leurs réponses montrent également qu'ils ont des buts et des aspirations clairs qui sont conformes à leurs valeurs et aux principes enchâssés dans leur héritage.

Il est prometteur que les adolescents des Premières Nations reconnaissent la culture comme force car la littérature révèle que la culture est considérée comme étant au cœur du bien-être (Norris, 2007). Selon les données et la littérature, il est clair que la culture et la langue sont importants lorsqu'il s'agit de résoudre les problèmes de la communauté et d'améliorer le bien-être communautaire. Les meilleures pratiques en matière de guérison communautaire des Premières Nations pourraient faire appel aux coutumes traditionnelles et aux pratiques de guérison des Premières Nations, ainsi qu'à d'autres approches de guérison appropriées.

Les stratégies qui utilisent et favorisent la culture, la langue et les cérémonies des Premières Nations doivent être reconnues et employées dans les stratégies de bien-être actuel afin d'améliorer le bien-être des populations des Premières Nations, en particulier chez les adolescents. Les adolescents des Premières Nations ont besoin d'avenues bien vivantes pour guérir des traumatismes historiques, et il est prouvé que les activités traditionnelles favorisent cela. Dans un contexte de continuité culturelle, la jeune génération doit être bien positionnée par rapport aux principaux indicateurs de bien-être communautaire : le maintien de la langue, l'autodétermination et le contrôle de leur éducation, de leur service de police, de leur logement et de leurs services de santé. Le bien-être des communautés des Premières Nations se mesure par l'état des adolescents – l'avenir des peuples – et par leur point de vue sur les possibilités futures. Les adolescents des Premières Nations indiquent que la toxicomanie, le suicide, la pauvreté, et les possibilités limitées

en matière d'emploi et de formation nuisent à leur vision pour parvenir au bien-être de leur communauté.

& LaFromboise, T. D. (2002). Perceived discrimination, traditional practices, and depressive symptoms among American Indians in the Upper Midwest. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 400–18.

RÉFÉRENCES

- Anderson, N., & Ledogar, R. (2008). The CIET Aboriginal youth resilience studies: 14 years of capacity building and methods of development in Canada. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 6(2).
- Brave Heart, M. (1998). The Return to the sacred healing path: The historical trauma and historical unresolved grief response among the Lakota through a psychoeducational group intervention. *Smith College Studies in Social Work*, 68(3).
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35, 191–219.
- Chandler, M. J., Lalonde, C. E., Sokol, B., & Hallett, D. (2003). Personal persistence, identity development, and suicide: A study of Native and non-Native North American adolescents. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 68(2).
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03: The peoples' report*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Duran, E., & Duran, B. (1995). *Native American postcolonial psychology*. New York, NY: SUNY Press.
- Kishk Anaquot Health Research (2007). *Measuring Successful Indigenous Community*, Health Information, Analysis and Research Division, Strategic Policy and Planning Directorate, First Nations and Inuit Health Branch.
- McHardy, M., & O'Sullivan, E. (2004). First Nations community well-being in Canada: The community well-being index (CWB) 2001, Strategic Research and Analysis Directorate, Indian and Northern Affairs Canada. Ottawa: Indian and Northern Affairs Canada.
- McIvor, O., Napoleon, A., & Dickie, K. (2009). Language and culture as protective factors for at-risk communities. *Journal of Aboriginal Health*, November, 6–25.
- Milloy, J. (1999). *A national crime: The Canadian government and the residential school system*. Winnipeg, MB: University of Manitoba Press.
- Norris, M. (1998). Canada's Aboriginal languages. *Canadian Social Trends*, 51, 8–16.
- Norris, M. (2007). Aboriginal languages in Canada: Emerging trends and perspectives on second language acquisition. *Canadian Social Trends*, 20–28.
- Townsend, T., & Wernick, M. (2008). Hope or heartbreak: Aboriginal youth and Canada's future. *Horizons*, 10(1), 4–6.
- Voyle, J.A. & Simmons, D. (1999). Community development through partnership: promoting health in an urban indigenous community in New Zealand. *Social Science & Medicine*, 49, 1035-1050.
- Whitbeck, L. B., McMorris, B. J., Hoyt, D. R., Stubben, J. D.,

Chapitre 29

Bien-être personnel et activités parascolaires

SOMMAIRE

Les adolescents sondés dans le cadre de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 indiquent généralement être en harmonie sur les plans physique, psychologique, affectif et spirituel, et la majorité d'entre eux ne rapportent pas de sentiment de déprime persistant, de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide. Toutefois, vraisemblablement en raison d'une plus grande exposition à des facteurs de stress graves et chroniques, les taux de sentiment de déprime, de pensées suicidaires et de tentatives de suicide sont plus élevés chez les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques que dans l'ensemble de la population canadienne. Malgré des signes évidents de détresse, les adolescents rapportent généralement des degrés élevés d'estime de soi, de maîtrise et de soutien social, qui sont tous associés à un éventail de résultats positifs. Considérant que l'adolescence est une étape où les efforts de prévention et d'intervention peuvent s'avérer particulièrement efficace, il est crucial d'entreprendre l'élaboration de stratégies complètes visant à améliorer le bien-être des adolescents des Premières Nations. Les données actuelles donnent à penser que la participation à des activités parascolaires culturelles et générales est associée à des résultats positifs chez les adolescents des Premières Nations. D'autres déterminants importants du bien-être doivent toutefois être investigués davantage et, plus important encore, les facteurs contextuels et sociaux sous-jacents doivent également être examinés.

PRINCIPAUX CONSTATS

- La majorité des adolescents des Premières Nations rapportent se sentir en harmonie sur les plans physique (75,0 %), affectif (65,3 %), psychologique (65,6 %), et spirituel (60,8 %) au moins la plupart du temps.
- 33,8 % des filles et 17,2 % des garçons rapportent s'être sentis tristes et déprimés pendant deux semaines consécutives ou plus au cours des 12 mois précédents.
- La majorité des adolescents des Premières Nations n'ont pas envisagé le suicide (83,5 %) ni fait une tentative de suicide au cours de leur vie (94,1 %). Toutefois, le taux de prévalence de pensées suicidaires est beaucoup plus élevé que celui que l'on observe dans la population en général.
- Une minorité d'adolescents des Premières Nations indiquent être victimes d'intimidation actuellement (11,7 %).
 - Une plus grande proportion d'adolescents des Premières Nations qui subissent actuellement de l'intimidation indiquent se sentir déprimés (44,2 % vs 22,7 %) et assez seuls (assez à beaucoup) (14,6 % vs 6,5 %), comparativement aux adolescents des Premières Nations qui ne subissent pas d'intimidation actuellement.
- L'estime de soi, la maîtrise de sa propre vie, et le soutien social sont généralement élevés chez les adolescents des Premières Nations.
- En dehors des heures de classe, la participation aux sports d'équipe est l'activité la plus courante chez les adolescents des Premières Nations, suivie d'un travail à temps partiel.
- Les adolescents des Premières Nations qui participent à des activités culturelles ou parascolaires sur une base régulière affichent des niveaux plus élevés de variables de ressources personnelles, telles que l'estime de soi, le soutien social, et la maîtrise de sa propre vie, et indiquent se sentir en harmonie plus souvent que les adolescents des Premières Nations qui ne participent pas à de telles activités.

INTRODUCTION

L'adolescence est généralement considérée comme une importante période formatrice de développement rapide au cours de laquelle des changements surviennent aux plans du corps, de l'esprit, du cœur et de l'âme. Des changements physiques marqués surviennent parallèlement à des changements psychosociaux, dont une autonomie accrue par rapport aux parents, des relations plus significatives avec les pairs, des changements et la stabilisation des traits de personnalité, et la formation des identités personnelle et collective (Costa & McCrae, 1994; Meeus, Iedema, Helsén, & Vollebergh, 1999; Vollebergh, Iedema, & Raaijmakers, 2001). L'adolescence est également une importante période de croissance neurale. Un certain nombre d'habiletés associées à des parties cérébrales supérieures, tels que l'apprentissage, la socialisation, et les processus autorégulateurs, sont toujours en développement (Casey, Getz, & Galvan, 2008; Steinberg, 2008). En plus des problèmes usuels auxquels sont confrontés la plupart des adolescents, l'adolescence s'accompagne de facteurs de stress et de risque additionnels, tels que la discrimination (Whitbeck, Hoyt, McMorris, Chen, & Stubben, 2001), les sentiments de confusion et de discontinuité identitaire (Chandler & Lalonde, 1998), le dénuement économique, la ségrégation sociale (Kirmayer et al., 2007), et la vulnérabilité associée au traumatisme enduré par les générations précédentes (Bombay, Matheson, & Anisman, 2009).

Bien que les fonctions neurobiologiques et cognitives se développent de façon significative au cours de l'adolescence, il s'agit également d'une période de vulnérabilité marquée par la prévalence des troubles psychologiques, tels que la dépression (Spear, 2000; Vollebergh et al., 2001). Les résultats de l'ERS 2002-03 révèlent que 44,3 % des filles plus âgées des Premières Nations et 22,1 % des garçons plus âgés des Premières Nations – ceux âgés de 15 à 17 ans - indiquent s'être sentis tristes ou déprimés pendant au moins deux semaines consécutives au cours des 12 mois précédant l'Enquête (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2005). Il s'agit là d'un symptôme clé d'un épisode de dépression important selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (American Psychiatric Association, 1994). La dépression chez les adolescents est particulièrement déconcertante en raison des taux élevés de rechute associés à l'apparition précoce de troubles de l'humeur (Hammen, Brennan, Keenan-Miller, & Herr, 2008) et en raison de son lien avec diverses issues négatives, telles que le suicide (MacPhee & Andrews, 2006). Parallèlement aux taux relativement élevés de symptômes de dépression, on estime que les taux

de suicides complétés chez les adolescents des Premières Nations sont cinq à six fois plus élevés que chez les adolescents dans l'ensemble de la population canadienne (Santé Canada, 2005). Les recherches communautaires ont toutefois clairement démontré que les taux de détresse et de suicide ne sont pas uniformes d'une communauté des Premières Nations à l'autre, ce qui représente une occasion d'identifier les facteurs individuels, collectifs et communautaires qui distinguent les communautés avec de mauvais résultats en santé et sociaux de celles ayant de bons résultats (Chandler & Lalonde, 1998).

L'adolescence est également une période au cours de laquelle les individus sont souvent aux prises avec de nombreux facteurs de stress (Bergman & Scott, 2001), dont les conflits avec les parents, les perturbations de l'humeur, ainsi que les circonstances ou événements provoqués par la hausse des comportements à risque (Steinberg, 2008). De plus, les adolescents des Premières Nations sont confrontés à des taux relativement élevés de traumatismes, tels que la maltraitance des enfants, l'exposition à la violence, et les blessures, ainsi qu'à l'adversité associée aux statuts socioéconomiques inférieurs (Blackstock, Trocmé, & Bennett, 2004; CGIPN, 2005; Santé Canada, 2003; Pavkov, Travis, Fox, King, & Cross, 2010), dont le lien avec de mauvais résultats physiques et psychologiques a été prouvé (CGIPN, 2005; Walls, Chapple, & Johnson, 2007; Zahradnik et al., 2010). Il est possible que l'héritage des traumatismes collectifs subis par les générations précédentes, dont celle des pensionnats, contribue à accroître la vulnérabilité des adolescents des Premières Nations dont la famille a été touchée par de tels événements ou de telles circonstances (Bombay et al., in press; FNIGC, 2005).

L'intimidation chez les adolescents est récemment apparue comme un enjeu de santé publique en raison de sa prévalence apparemment élevée et des issues négatives connexes (Craig & Pepler, 2003). Malgré cela, la prévalence relative et l'incidence de l'intimidation dans les communautés des Premières Nations n'ont pas encore été investiguées. L'intimidation est également associée à la solitude (Due et al., 2005), laquelle tend à culminer au début de l'adolescence pour graduellement décroître à la fin de l'adolescence (van Roekel, Scholte, Verhagen, Goossens, & Engels, 2010). La solitude peut apparaître sans intimidation et est également associée à diverses issues négatives au plan physique et en santé mentale (Heinrich & Gullone, 2006).

Bien que l'adolescence puisse être difficile pour certains, la plupart des adolescents vivent des niveaux positifs de bien-être subjectif et ne perçoivent que peu de difficultés

au moment d'entrer dans l'âge adulte (Huebner, Drane, & Valois, 2000). À cet égard, la majorité des adolescents des Premières Nations qui ont participé à l'ERS 2002-03 ont rapporté qu'ils étaient en harmonie sur les plans physique, affectif, psychologique, et spirituel « la plupart du temps » ou « en permanence » (CGIPN, 2005). La probabilité qu'un adolescent développe des problèmes croît rapidement à mesure que le nombre de facteurs de risque augmente comparativement au nombre de facteurs de protection (Dunst, Trivette, & Deal, 1994). Ainsi, en plus d'identifier les variables associées au risque accru de vulnérabilité chez les adolescents, il serait avisé d'examiner les facteurs qui peuvent protéger les adolescents des Premières Nations. Par exemple, l'estime de soi est considérée comme un des traits les plus importants associés à la résilience chez les adolescents. La stabilité de l'estime de soi tend généralement à augmenter entre l'adolescence et le jeune âge adulte; il est donc important d'établir un concept de soi positif au cours de cette période (Trzesniewski, Donnellan, & Robins, 2003). Il a été suggéré que les jeunes faisant partie d'une minorité font face à des défis uniques lorsqu'il s'agit de développer un sentiment de soi positif en raison des facteurs de stress liés à l'ethnicité, mais on ne sait pas si cela s'applique chez les adolescents des Premières Nations. Il est prouvé que les concepts liés à notre capacité perçue de surmonter l'adversité et d'avoir du contrôle sur différents aspects de notre vie, y compris la maîtrise, sont des facteurs de protection chez les adolescents indiens américains et chez les adultes des Premières Nations (Daniel, Cargo, Lifshay, & Green, 2004; Rieckmann, Wadsworth, & Deyhle, 2004) et peuvent également agir comme facteurs de protection chez les adolescents des Premières Nations.

Le soutien social est un déterminant important de la santé et on estime qu'il joue un rôle crucial pour aider les adolescents à composer avec les défis de l'adolescence (Cohen & Wills, 1985). En effet, il est prouvé que le soutien social est associé à des issues positives chez les adolescents indiens américains et chez les adolescents autochtones au Canada (LaFromboise, Hoyt, Oliver, & Whitbeck, 2006; Richmond, Ross, & Egeland, 2007). Différents types de soutien sont proposés comme facteurs de protection par différents mécanismes, notamment le soutien tangible, tel que l'aide directe ou matérielle; le soutien affectif, tel que l'intimité, la bienveillance, l'appartenance; le soutien affectif ou informatif, comme le fait de sentir que l'on peut se confier à une autre personne et compter dessus; et des interactions sociales positives, comme avoir quelqu'un avec qui passer du temps (Sherbourne & Stewart, 1991). Le fait de chercher

du soutien social est également considéré comme un mécanisme d'adaptation protecteur qui peut atténuer l'incidence des facteurs de stress graves et chroniques (Kawachi & Berkman, 2001). À l'inverse, l'absence de liens sociaux et le sentiment de solitude sont associés à un bien-être réduit (Heinrich & Gullone, 2006).

En ce qui a trait aux facteurs de risque et de protection précédemment mentionnés, un nombre croissant de données démontrent que la participation des adolescents à une variété d'activités, telles que les clubs scolaires, les activités académiques, et les sports, est associée à une estime de soi et à un sentiment de maîtrise accrus, ainsi qu'à une plus grande ou une meilleure qualité de soutien social (Dodge & Lambert, 2009; Fredricks & Eccles, 2005; Ramey et al., 2010). Possiblement en raison des avantages associés à l'engagement des adolescents, la participation à de telles activités parascolaires est associée à une réduction de la détresse, de la dépression et du risque de suicide, ainsi qu'à une amélioration de la résilience psychologique (Fredricks & Eccles, 2005; Pavkov et al., 2010; Ramey et al., 2010).

L'adolescence est une période importante du développement psychologique au cours de laquelle des tendances comportementales peuvent se cristalliser et paver la voie à certains comportements et à un bien-être psychologique à l'âge adulte. En ce sens, il peut également s'agir d'un stade critique de la vie au cours duquel les mesures de prévention et les interventions peuvent s'avérer le plus efficace. Cela rappelle l'importance d'identifier les déterminants clés du bien-être chez les adolescents pouvant guider la création de telles stratégies. Bien que de nombreux facteurs de risque et de protection du bien-être aient été identifiés dans d'autres populations d'adolescents, il est important d'évaluer leurs incidences chez les adolescents des Premières Nations spécifiquement, en particulier parce que la contribution relative de ces facteurs au bien-être peut différer d'un groupe culturel à un autre.

L'identification des façons les plus efficaces de favoriser la résilience chez les adolescents est importante, mais il ne s'agit pas là d'une tâche simple dans la mesure où le bien-être implique l'interaction complexe de facteurs présents aux plans sociétal, communautaire, familial et individuel, lesquels ont une incidence l'un sur l'autre avec le temps. En outre, la notion de bien-être à l'adolescence est un construit complexe qui peut être évalué de différentes façons qui ne sont pas nécessairement compatibles (Bergman & Scott, 2001). Ce chapitre examine donc différents indices du bien-être chez les adolescents des Premières Nations et explore les facteurs internes et

externes qui favorisent potentiellement le bien-être des adolescents dans les communautés des Premières Nations.

MÉTHODOLOGIE

Mesures

HARMONIE

Les répondants devaient indiquer à quelle fréquence ils se sentent en harmonie sur les plans physique, affectif, psychologique et spirituel sur une échelle allant de 1 (« presque jamais ») à 4 (« en permanence »).

TENTATIVES DE SUICIDE ET PENSÉES SUICIDAIRES

Les répondants étaient invités à indiquer s'ils ont déjà eu des pensées suicidaires et s'ils ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Ceux qui répondaient « oui » à l'une de ces questions devaient ensuite indiquer si ces pensées suicidaires ou ces tentatives de suicide sont survenues au cours de l'année précédente, de l'âge adulte, de l'adolescence (entre 12 et 17 ans) ou de l'enfance (moins de 12 ans).

MAITRISE

Les niveaux de maîtrise ont été mesurés à l'aide de l'Échelle de maîtrise de soi (Pearlin & Schooler, 1978). Cette échelle comporte sept énoncés avec lesquels les répondants doivent indiquer leur degré d'accord sur une échelle allant de 0 (« pas du tout d'accord ») à 4 (« tout à fait d'accord »). Parmi les énoncés on retrouve « Je peux réaliser à peu près tout ce que je veux si je me décide vraiment à le faire » et « J'ai une certaine influence sur ce qui m'arrive ». Les résultats ont été calculés, y compris les items avec un score inverse, pour un minimum de 0 et un maximum de 28; les valeurs plus élevées indiquant un niveau de maîtrise supérieur.

HUMEUR DÉPRESSIVE

Les répondants ont été invités à indiquer s'ils se sont sentis tristes ou déprimés pendant deux semaines consécutives ou plus au cours des 12 mois précédents (réponses possibles : oui ou non).

STRESS PERÇU

Les répondants devaient indiquer la mesure dans laquelle ils se sentent stressés sur une échelle de cinq points allant de 1 (« pas du tout ») à 5 (« beaucoup »).

SOLITUDE

Les répondants devaient indiquer la mesure dans laquelle ils se sentent seuls sur une échelle de cinq points allant de 1 (« pas du tout ») à 5 (« beaucoup »).

INTIMIDATION

Les répondants devaient indiquer s'ils subissent actuellement de l'intimidation (réponses possibles : oui ou non).

PENSIONNATS

Les répondants étaient invités à indiquer si leur mère, leur père ou l'un de leurs grands-parents a fréquenté un pensionnat. Tout adolescent des Premières Nations dont au moins l'un des parents a fréquenté un pensionnat était classé comme enfant d'un élève d'un pensionnat, même si l'un des grands-parents a également fréquenté un pensionnat, et tout adolescent dont au moins l'un des grands-parents a fréquenté un pensionnat était classé comme petit-enfant d'un élève d'un pensionnat. Certains participants à l'Enquête n'ont pas répondu à au moins une des questions concernant la fréquentation d'un pensionnat par leurs parents ou leurs grands-parents; ainsi, les comparaisons entre les groupes comme les enfants d'élèves, les petits-enfants d'élèves et aucun parent ou grand-parent ne comprennent que ceux ayant répondu à toutes les questions connexes. Ceux dont aucun parent ni grand-parent n'a fréquenté un pensionnat – c'est-à-dire, les adultes non issus des pensionnats – ont été groupés en conséquence. De plus, à moins qu'un répondant n'ait indiqué qu'il est l'enfant ou le petit-enfant d'un élève d'un pensionnat, ceux qui ne répondaient pas à au moins une des questions concernant la fréquentation d'un pensionnat par leurs parents ou leurs grands-parents étaient classés comme « incertains de leurs antécédents en matière de pensionnat », entraînant ainsi quatre catégories mutuellement exclusives.

ESTIME DE SOI

L'estime de soi a été mesurée à l'aide de quatre des huit items originaux de l'Échelle générale d'autoévaluation du Questionnaire d'autodescription (Marsh, Smith, & Barnes, 1983). Les répondants indiquaient leur degré d'accord avec les items à l'aide d'une échelle allant de 0 (« pas du tout d'accord ») à 4 (« tout à fait d'accord »). Les réponses ont été additionnées et ont donné des scores allant de 0 à 16; les scores plus élevés indiquant une estime de soi supérieure.

ÊTRE AIMÉ

Les répondants étaient invités à indiquer dans quelle mesure ils se sentent aimés sur une échelle de cinq points allant de 1 (« pas du tout ») à 5 (« beaucoup »).

RECOURS AU SOUTIEN AFFECTIF OU EN SANTÉ MENTALE

Les répondants devaient indiquer s'ils ont eu recours (« parlé, en personne ou au téléphone ») à l'une des sept sources potentielles de soutien affectif ou en matière de santé mentale au cours des 12 mois précédents. Ces sources comprennent un parent, un autre membre de la famille, un ami, un guérisseur traditionnel, un professionnel de la santé, un conseiller, et un travailleur social.

SOURCES DE SOUTIEN POUR DES PROBLÈMES PRÉCIS

Les répondants devaient choisir dans la liste suivante vers quelles personnes ils se tourneraient en premier s'ils avaient un problème : parent ou tuteur; autre membre de leur famille; ami de leur âge; ami d'âge adulte; directeur d'école, enseignant, ou conseiller en orientation; médecin ou infirmière; guérisseur traditionnel; personne. En raison des faibles taux de réponse pour « ami d'âge adulte » et « directeur d'école, enseignant et conseiller en orientation », elles ont été regroupées sous « autre adulte » pour les fins d'analyse. Les problèmes listés comprennent les problèmes familiaux, les problèmes de relations amoureuses, les problèmes de relations avec les amis, les problèmes financiers, les problèmes de drogue ou d'alcool, la colère ou le sentiment de perte de contrôle, la déprime, les agressions sexuelles et physiques, les infections transmissibles sexuellement, la contraception, et les grossesses. Les répondants ont été classés selon qu'ils rapportaient ne se tourner vers personne ou se tourner vers quelqu'un pour chacun des problèmes.

ACTIVITÉS PARASCOLAIRES

Les répondants ont été invités à indiquer à quelle fréquence ils participent aux activités suivantes en dehors des heures de classe : sports d'équipe ou cours de sports; groupes ou cours d'art ou de musique; groupes ou cours de danse, tambour, ou chant traditionnels; et un emploi, comme gardien(ne) d'enfants, commis dans un magasin, ou aide aux devoirs et leçons. Les réponses possibles comprenaient « jamais », « moins d'une fois par semaine », « une à trois fois par semaine », « quatre fois par semaine ou plus ». Les adolescents des Premières Nations ont également été classés selon qu'ils ne participent jamais à des activités, qu'ils participent occasionnellement à au

moins une activité (moins d'une fois par semaine), ou qu'ils participent à une activité au moins une fois par semaine.

ÉVÉNEMENTS CULTURELS COMMUNAUTAIRES

Les répondants devaient indiquer à quelle fréquence ils participent aux événements culturels dans leur communauté sur une échelle allant de 1 (« jamais ») à 5 (« presque toujours »).

CONSOMMATION D'ALCOOL

Les répondants étaient invités à indiquer s'ils ont consommé de la bière, du vin, des spiritueux ou tout autre boisson alcoolisée au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Ceux qui répondaient « oui » devaient ensuite indiquer à quelle fréquence ils ont pris cinq consommations ou plus en une seule occasion. Les réponses possibles comprenaient « jamais », « moins d'une fois par mois », « une fois par mois », « deux à trois fois par mois », « une fois par semaine », « plus d'une fois par semaine », et « tous les jours ».

SCOLARITÉ DES PARENTS

Les répondants devaient indiquer le plus haut niveau de scolarité de leur mère et de leur père. Ceux qui indiquaient qu'aucun de leurs parents n'avait terminé ses études secondaires étaient comparés aux adolescents dont au moins un des parents a terminé ses études secondaires.

ASPIRATIONS ACADÉMIQUES

Les répondants devaient indiquer le plus haut niveau de scolarité auquel ils aspirent. Ils étaient ensuite classés dans une des catégories suivantes : « Incertain ou ne sais pas », « Diplôme d'études secondaires », « Diplôme d'études collégiales ou certificat d'études professionnelles ou techniques », « Diplôme d'études universitaires, d'études supérieures ou d'études professionnelles », et « Autre ».

RÉSULTATS

Indices de bien-être

HARMONIE

La majorité des adolescents des Premières Nations ayant rapporté se sentir en harmonie dans l'ERS 2002-03 (CGIPN, 2005), il est encourageant de constater que peu de changements sont survenus à cet égard avec le temps. Dans l'ERS 2008-10, la majorité des adolescents des Premières Nations rapportent se sentir en harmonie aux plans physique (75,0 %), affectif (65,3 %), psychologique (65,6 %), et spirituel (60,8 %), 95 % IC [$\pm 2,8$], [$\pm 2,2$],

[±2,4], et [±2,3], respectivement, « la plupart du temps » ou « en permanence ». Le niveau plus élevé d'harmonie au plan physique perçu chez les filles des Premières Nations (79,3 % vs 70,4 %, 95 % IC [±2,4] et [±2,6], respectivement) est le seul écart observé en raison du sexe.

Reflétant vraisemblablement les nombreuses transitions associées à l'adolescence, la proportion d'adolescents des Premières Nations qui se sentent en harmonie aux plans affectif, psychologique et spirituel est plus faible que chez les adultes des Premières Nations. Ces résultats correspondent à ceux observés dans l'ensemble de la population canadienne, ce qui indique que la stabilité affective augmente tout au long de l'adolescence et jusque dans le jeune âge adulte (Klimstra, Hale, Raaijmakers, & Meeus, 2009), et que la perception d'harmonie au plan spirituel tend également à croître avec l'âge (Barry, Nelson, Davarya, & Urry, 2010).

SYMPTÔMES DE DÉPRESSION

Environ un quart (25,4 %, 95 % IC [±2,0]) des adolescents des Premières Nations rapportent s'être sentis tristes ou déprimés pendant deux semaines consécutives ou plus au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10. Une plus grande proportion de filles (33,8 %, 95 % IC [±3,0]) rapportent des symptômes de dépression que de garçons (17,2 %, 95 % IC [±2,4]).

Bien que la proportion globale d'adolescents des Premières Nations souffrant d'humeur dépressive (25,4 %, 95 % IC [±1,8]) n'ait pas changé depuis l'ERS 2002-03 (27,2 %), on observe quelques variations notables. D'abord, chez les adolescents plus âgés des Premières Nations - ceux âgés de 15 à 17 ans – la prévalence des symptômes de dépression a diminué autant chez les garçons (16,7 %) que chez les filles (36,5 %) (95 % IC [±2,9] et [±4,0]). Par ailleurs, chez les jeunes adolescents des Premières Nations - ceux âgés de 12 à 14 ans – la proportion de ceux souffrant d'humeur dépressive a légèrement augmenté (17,8 % chez les garçons et 31,1 % chez les filles, 95 % IC [±2,6] et [±4,6], respectivement).

De façon générale, une plus faible proportion d'adolescents qui se sentent en harmonie (aux plans physique, psychologique, affectif et spirituel) la plupart du temps ou en permanence rapportent des symptômes de dépression, comparativement aux adolescents qui ne se sentent « jamais » ou se sentent « parfois » en harmonie (toutes les valeurs $p < ,05$).

Il est important de noter que bien que l'humeur dépressive soit une caractéristique majeure d'un important épisode de dépression, un diagnostic de

dépression grave nécessite que d'autres critères soient confirmés, ce qui rend difficile une comparaison avec les taux de dépression dans la population en général.

SUICIDE

La grande majorité des adolescents des Premières Nations n'ont pas eu de pensées suicidaires (83,5 %, 95 % IC [±1,4]) ni fait de tentative de suicide au cours de leur vie (94,1 %, 95 % IC [±1,0]) (voir Figures 29.1 et 29.2).

Figure 29.1. Proportion d'adolescents des Premières Nations dans l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 qui rapportent avoir eu des pensées suicidaires à un moment au cours de leur vie, selon le sexe et le groupe d'âge

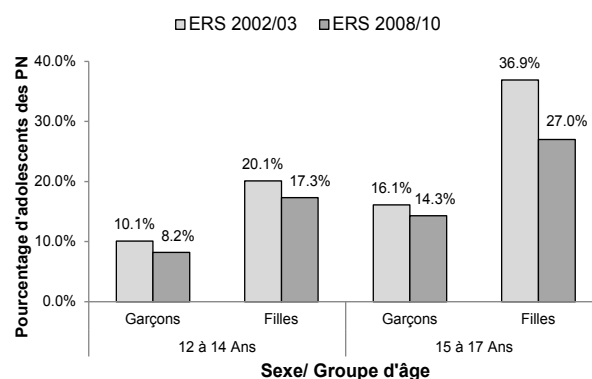
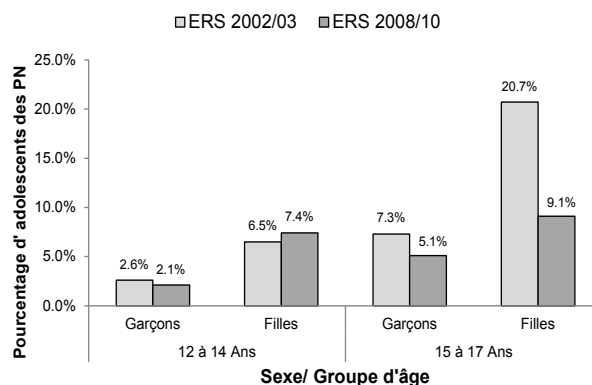


Figure 29.2. Proportion d'adolescents des Premières Nations dans l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 qui ont fait une tentative de suicide à un moment au cours de leur vie, selon le sexe et le groupe d'âge



Les taux de pensées suicidaires sont beaucoup plus élevés que ceux observés dans la population en général. On observe cet écart particulièrement en ce qui a trait aux pensées suicidaires : 7,1 % (95 % IC [±10,4]) des adolescents âgés de 15 à 17 ans dans l'ensemble de la population canadienne, indiquent avoir eu des pensées suicidaires

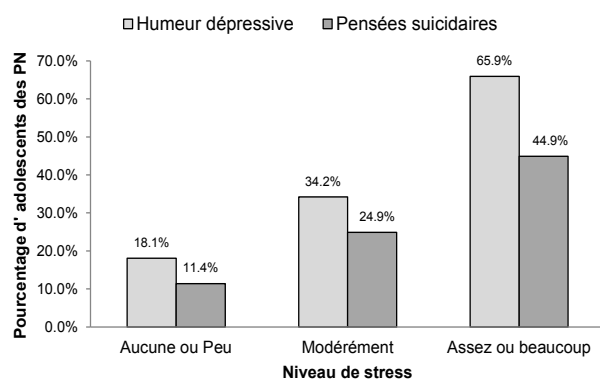
au cours de leur vie, tandis que c'est le cas de 20,5 % (95 % IC [$\pm 2,4$]) des adolescents des Premières Nations du même âge. Par ailleurs, le taux de suicides complétés chez les adolescents autochtones au Canada est environ quatre à cinq fois plus élevé que celui dans l'ensemble de la population canadienne (Kirmayer et al., 2007).

Facteurs de risque

STRESS PERÇU

En plus d'être davantage à risque de vivre des expériences traumatisantes (Bergman & Scott, 2001), les adolescents font face à des facteurs de stress additionnels liés à l'intimidation, à la violence au foyer ou dans la communauté, et aux expériences relatives à d'autres situations à risque (Shaw, 2000). Tel que décrit précédemment, les événements négatifs au cours de l'enfance et de l'adolescence peuvent influencer le fonctionnement du système nerveux central et du système endocrinien, lesquels sont liés à la régulation du stress. Ces changements psychologiques sont associés à des effets qui perdurent, tels qu'une vulnérabilité accrue à l'anxiété et à la dépression ultérieures provoquées par des facteurs de stress, le trouble du stress posttraumatique, et le risque élevé de suicide (Anisman, Zaharia, Meaney, & Merali, 1998; Heim et al., 2002; Kendler, Kuhn, & Prescott, 2004). Tel que le montre la Figure 29.3, les niveaux d'humeur dépressive augmentent avec le stress perçu.

Figure 29.3. Proportion d'adolescents des Premières Nations qui rapportent une humeur dépressive et des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10, selon le niveau de stress perçu



SOLITUDE

La plupart des adolescents des Premières Nations rapportent ressentir « peu » ou « aucune » solitude (86,6 %, 95 % IC [$\pm 1,6$]; très peu rapportent ressentir de la solitude « modérément » (5,4 %, 95 % IC [$\pm 1,0$]), « assez » ou « beaucoup » (7,6 %, 95 % IC [$\pm 1,0$]).

La solitude contribue vraisemblablement aux symptômes de dépression : 74,5 % (95 % IC [$\pm 5,5$]) des adolescents des Premières Nations qui ressentent « assez » ou « beaucoup » de solitude rapportent des symptômes de dépression, 53,3 % (95 % IC [$\pm 9,8$]) de ceux qui ressentent de la solitude modérément rapportent de la dépression, et 19,5 % (95 % IC [$\pm 1,9$]) de ceux qui rapportent « un peu » ou « aucune » solitude rapportent de la dépression.

INTIMIDATION

Peu de données sont disponibles sur la prévalence et l'incidence de l'intimidation chez les adolescents des Premières Nations. Dans l'ERS 2008-10, une minorité d'adolescents des Premières Nations rapportent subir de l'intimidation actuellement (11,7 %, 95 % IC [$\pm 1,4$]). Une plus grande proportion d'adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 14 ans subissent de l'intimidation comparativement aux adolescents âgés de 15 à 17 ans (16,5 % vs 7,0 %, 95 % IC [$\pm 2,5$] et [$\pm 1,5$], respectivement). Contrairement à l'écart selon le sexe observé dans l'ensemble de la population (Craig & Pepler, 2003), on n'observe aucun écart entre les filles et les garçons des Premières Nations en ce qui a trait au taux de victimisation. Il semblerait que la prévalence de l'intimidation soit plus faible chez les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations comparativement à la prévalence de l'intimidation observée chez les adolescents dans la population en général : environ 34 % des garçons et 27 % des filles âgées de 11 à 15 ans rapportent avoir subi de l'intimidation au moins une fois au cours des six mois précédents selon une étude menée chez les adolescents canadiens (Craig & Yossi, 2004). En revanche, des recherches aux États-Unis indiquent que la victimisation violente dans les écoles secondaires régulières est plus élevée chez les Indiens américains que chez tout autre groupe ethnique (Pavkov et al., 2010). Mais cela est vraisemblablement influencé par le fait que ces adolescents fréquentent des écoles régulières plutôt que des écoles dans les réserves ou les collectivités nordiques. Dans le cadre de la présente enquête, aucune donnée n'est disponible sur les proportions d'adolescents des Premières Nations qui fréquentent une école dans une réserve ou hors réserve, mais les écarts potentiels de taux d'intimidation selon que les adolescents fréquentent une école dans une réserve ou hors réserve constituent vraisemblablement un facteur important à considérer.

Bien que la prévalence puisse être relativement plus faible, les effets néfastes de l'intimidation chez les adolescents des Premières Nations correspondent à ceux observés dans l'ensemble de la population canadienne. Une proportion

plus grande d'adolescents des Premières Nations subissant actuellement de l'intimidation rapportent avoir une humeur dépressive (44,2 % vs 22,7 %, 95 % IC [$\pm 6,3$] et ressentir de la solitude (assez à beaucoup) (14,6 % vs 6,5 %, 95 % IC [$\pm 4,6$] et [$\pm 1,2$], respectivement), comparativement aux adolescents des Premières Nations qui ne subissent pas d'intimidation actuellement.

PENSIONNATS

De nombreux adolescents rapportent avoir un parent ou un grand-parent qui a fréquenté un pensionnat : 33,2 % des adolescents rapportent qu'au moins un de leurs parents a fréquenté un pensionnat, et 71,2 % rapportent qu'au moins un de leurs grands-parents a fréquenté un pensionnat.

La proportion d'adolescents qui rapportent des symptômes de dépression diffère selon le statut de fréquentation d'un pensionnat des parents/grands-parents. Parmi les adolescents dont aucun des parents ou des grands-parents n'a fréquenté un pensionnat, une plus faible proportion rapportent une dépression (22,0 % [$\pm 2,4$] et 21,4 % [$\pm 3,2$], respectivement), comparativement aux adolescents dont au moins un des parents ou des grands-parents a fréquenté un pensionnat (31,0 % [$\pm 3,1$] et 27,1 %, respectivement [$\pm 2,6$]).

Variables relatives aux ressources

ESTIME DE SOI ET MAITRISE

L'estime de soi est un marqueur important de la santé mentale et du bien-être chez les adolescents et peut agir comme facteur de protection contre les effets néfastes du stress. Les niveaux globaux d'estime de soi chez les adolescents des Premières Nations ($M = 12,7$, 95 % IC [$\pm 0,1$]) ne sont que légèrement plus bas que les niveaux observés chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans dans l'ensemble de la population canadienne ($M = 13,1$, 95 % IC [$\pm 0,1$]) (Weaver & Habibov, 2010). Le Tableau 29.1 montre la mesure dans laquelle l'estime de soi varie selon le sexe.

Tableau 29.1. Proportion d'adolescents des Premières Nations qui sont en accord ou en désaccord avec des énoncés relatifs à l'estime de soi

	Tout à fait d'accord % [95 % IC]	D'accord % [95 % IC]	Neutre % [95 % IC]	Pas d'accord ou pas du tout d'accord % [95 % IC]
En général, je m'aime comme je suis.				
Garçons	47,1 [$\pm 2,8$]	44,0 [$\pm 2,7$]	5,3 [$\pm 1,4$]	3,6 [$\pm 1,3$]
Filles	40,7 [$\pm 2,9$]	43,5 [$\pm 2,8$]	11,0 [$\pm 1,7$]	4,8 [$\pm 1,4$]
Dans l'ensemble, il y a beaucoup de choses dont je peux être fier/fière.				
Garçons	45,6 [$\pm 3,0$]	42,8 [$\pm 2,8$]	8,4 [$\pm 1,5$]	3,2 [$\pm 1,7$] ^E
Filles	39,2 [$\pm 2,8$]	45,7 [$\pm 2,6$]	11,3 [$\pm 2,7$]	3,8 [$\pm 1,0$]
J'ai beaucoup de qualités.				
Garçons	40,4 [$\pm 3,0$]	46,3 [$\pm 2,9$]	10,1 [$\pm 1,6$]	3,3 [$\pm 1,3$]
Filles	34,8 [$\pm 3,0$]	46,2 [$\pm 2,8$]	13,2 [$\pm 2,0$]	5,7 [$\pm 1,7$]
Lorsque je fais quelque chose, je le fais bien.				
Garçons	33,8 [$\pm 3,1$]	51,3 [$\pm 3,3$]	11,9 [$\pm 2,0$]	3,0 [$\pm 1,0$]
Filles	26,9 [$\pm 2,5$]	50,3 [$\pm 3,0$]	17,7 [$\pm 2,3$]	5,1 [$\pm 1,4$]

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage. Utiliser les résultats avec prudence.

On observe également qu'un sentiment de maîtrise constitue aussi un facteur de résilience pour les adolescents. Le score moyen de la maîtrise chez les adolescents est de 18,9 (score maximal possible de 28). À l'instar des tendances observées dans l'ensemble de la population canadienne, les niveaux de maîtrise sont plus faibles chez les filles des Premières Nations que chez les garçons des Premières Nations ($M = 18,5$ vs $M = 19,4$, 95 % IC [$\pm 0,2$] et [$\pm 0,2$], respectivement). De plus, les jeunes adolescents (12 à 14 ans) rapportent un sentiment de maîtrise plus faible que les adolescents plus âgés (15 à 17 ans) ($M = 18,6$ vs $M = 19,3$, 95 % IC [$\pm 0,2$] et [$\pm 0,2$], respectivement).

L'estime de soi et la maîtrise sont toutes deux liées à différents aspects du bien-être chez les adolescents des Premières Nations. Par exemple, les adolescents des Premières Nations qui sont très ou assez satisfaits de leur poids ont des niveaux plus élevés d'estime de soi ($M = 13,3$, 95 % IC [$\pm 0,1$]) que ceux qui ne sont ni satisfaits ni insatisfaits ($M = 12,2$, 95 % IC [$\pm 0,3$]) et assez ou

très insatisfaits de leur poids ($M = 11,3$, 95 % IC $[\pm 0,4]$).

Il est prouvé que la maîtrise a une incidence sur les aspirations académiques des adolescents indiens américains et dans la population en général (Whitesell, Mitchell, & Spicer, 2009). Les niveaux de maîtrise sont plus élevés chez les adolescents des Premières Nations qui indiquent aspirer à un baccalauréat, une maîtrise, un doctorat ou un diplôme d'études professionnelles ($M = 19,5$, 95 % IC $[\pm 0,3]$) et chez ceux qui aspirent à des études collégiales ou des études techniques ou professionnelles ($M = 19,0$, 95 % IC $[\pm 0,3]$) que chez les adolescents des Premières Nations qui ne prévoient pas poursuivre leurs études après leurs études secondaires ($M = 18,3$, 95 % IC $[\pm 0,3]$) et ceux qui rapportent ne pas savoir ou être incertains ou n'ont pas répondu ($M = 18,6$, 95 % IC $[\pm 0,4]$).

Alors qu'il est prouvé que l'estime de soi et la maîtrise constituent des protecteurs efficaces contre les expériences stressantes, il est également prouvé que les facteurs de stress et, particulièrement, les pressions chroniques influencent les variables relatives aux ressources en érodant les sentiments d'optimisme et de maîtrise (Lincoln, 2007). Les adolescents des Premières Nations qui ont eu des épisodes d'humeur dépressive au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10 affichent des niveaux plus faibles d'estime de soi ($M = 11,7$ vs $M = 13,1$, 95 % IC $[\pm 0,3]$ et $[\pm 0,2]$) et de maîtrise ($M = 17,4$ vs $M = 19,6$, 95 % IC $[\pm 0,3]$ et $[\pm 0,2]$). De plus, les niveaux de maîtrise sont plus faibles chez les adolescents des Premières Nations qui subissent de l'intimidation que chez ceux qui n'en subissent pas ($M = 17,2$ vs $M = 19,2$, 95 % IC $[\pm 0,7]$ et $[\pm 0,2]$, respectivement).

SENTIMENT D'ÊTRE « AIMÉ »

Le sentiment d'être aimé et d'être connecté aux autres est un déterminant important du bien-être chez tous les individus. Bien que la majorité des adolescents des Premières Nations se sentent « beaucoup » ou « assez » aimés (81,5 %, 95 % IC $[\pm 1,5]$), cela laisse tout de même environ un adolescent des Premières Nations sur cinq (18,5 %, 95 % IC $[\pm 1,6]$) qui ne se sent que modérément, un peu ou pas du tout aimé.

Une plus grande proportion d'adolescents des Premières Nations qui rapportent se sentir *modérément à pas du tout aimés* rapportent des symptômes de dépression et une estime de soi plus faible, comparativement aux adolescents qui se sentent davantage aimés (37,8 % vs 22,0 %, 95 % IC $[\pm 4,6]$ et $[\pm 2,3]$ en ce qui a trait à la dépression, $M = 11,1$ vs $M = 13,2$, 95 % IC $[\pm 0,3]$ et $[\pm 0,1]$, en ce qui a trait à l'estime de soi).

Parmi tous les types de soutien, c'est le soutien social que la majorité des adolescents des Premières Nations rapporte recevoir le plus souvent ou presque tout le temps.

SANTÉ MENTALE ET AFFECTIVE : À QUI PARLER?

La majorité des adolescents des Premières Nations rapportent discuter de leur santé affective ou mentale avec des amis (60,5 %, 95 % IC $[\pm 1,9]$). Une plus grande proportion d'adolescents âgés de 15 à 17 ans se tournent vers des amis comparativement aux adolescents de 12 à 14 ans (63,8 % vs 57,1 %, 95 % IC $[\pm 2,8]$ et $[\pm 2,7]$). Viennent ensuite les parents et les membres de la famille immédiate (49,1 %) comme soutiens affectifs et en santé mentale les plus utilisés, suivis des autres membres de la famille (47,1 %), des conseillers (13,4 %), et des médecins de famille (8,9 %), avec les travailleurs sociaux (5,9 %) et les guérisseurs traditionnels (4,8 %) comme soutiens vers lesquels se tournent le moins d'adolescents des Premières Nations, 95 % IC $[\pm 2,3]$, $[\pm 2,2]$, $[\pm 1,6]$, $[\pm 1,7]$, $[\pm 0,9]$, et $[\pm 1,1]$, respectivement.

PROBLÈMES DANS DIFFÉRENTS DOMAINES DE LA VIE : VERS QUI LES ADOLESCENTS SE TOURNENT-ILS?

Les Figures 29.4, 29.5 et 29.6 démontrent vers qui se tournent les adolescents des Premières Nations lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes dans différents domaines de la vie, notamment les problèmes de relations amoureuses, les problèmes de relations avec les amis, les problèmes familiaux et les problèmes financiers. À l'exception des problèmes de relations amoureuses, pour lesquelles la plupart se tournent vers des amis pour du soutien, c'est vers les parents que se tournent d'abord les adolescents des Premières Nations le plus souvent pour du soutien. En ce qui concerne les problèmes de relations avec des amis et les problèmes familiaux, les amis et les autres membres de la famille sont également souvent utilisés comme première source de soutien (voir Figure 29.4).

Après les parents, les amis sont la deuxième source de soutien la plus souvent utilisée dans le cas des problèmes affectifs, tels que la colère et la dépression; la toxicomanie, et les expériences d'agression (voir Figure 29.5).

Dans le cas des problèmes liés à la santé sexuelle, les adolescents des Premières Nations indiquent également consulter d'« autres adultes », dont les médecins et les infirmières, en particulier pour les situations liées aux infections transmissibles sexuellement et à la contraception (Figure 29.6).

Tel qu'observé dans l'ERS 2002-03, le nombre est déconcertant, soit environ 10 % des adolescents des Premières Nations qui indiquent Premières Nations dans le cas de la majorité des problèmes. qu'ils ne se tourneraient vers personne pour du soutien

Figure 29.4 Personnes vers lesquelles se tournent les adolescents pour du soutien en cas de problèmes

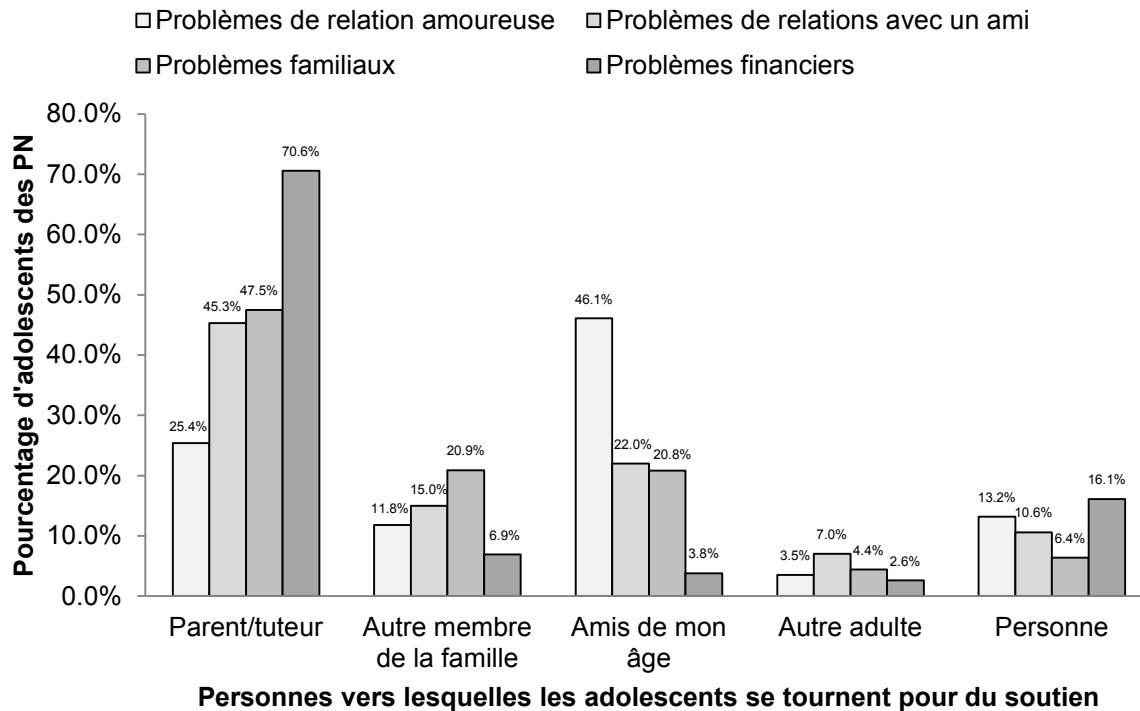


Figure 29.5 Personnes vers lesquelles se tournent les adolescents pour du soutien en cas de problèmes

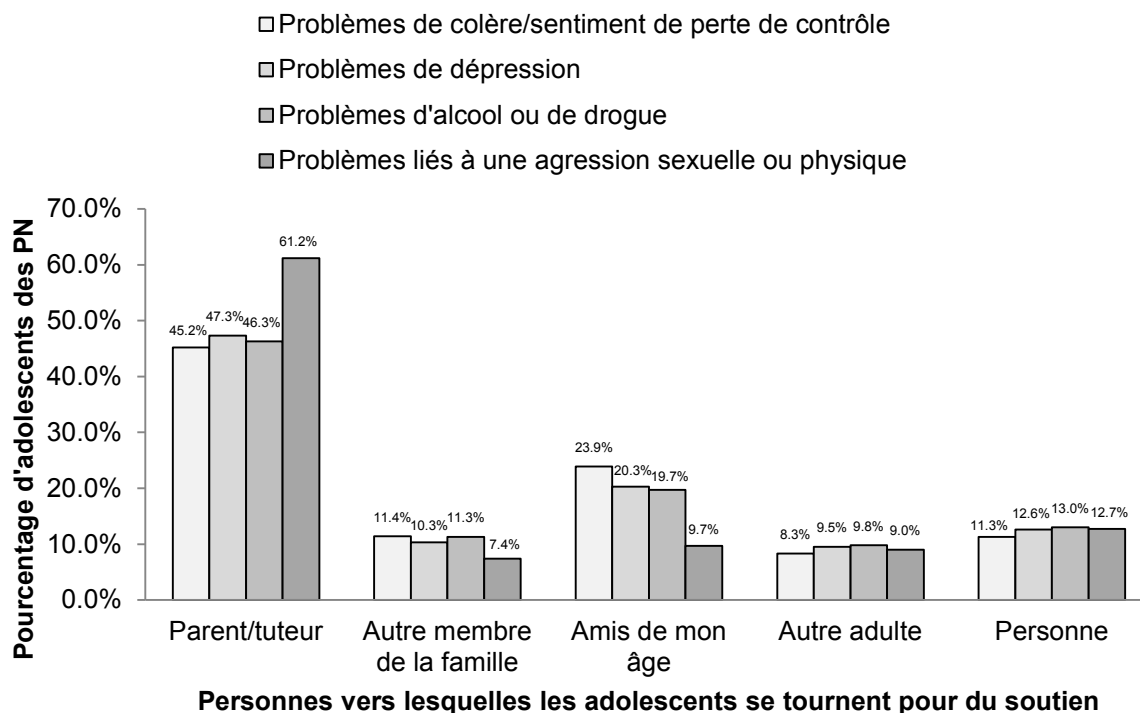
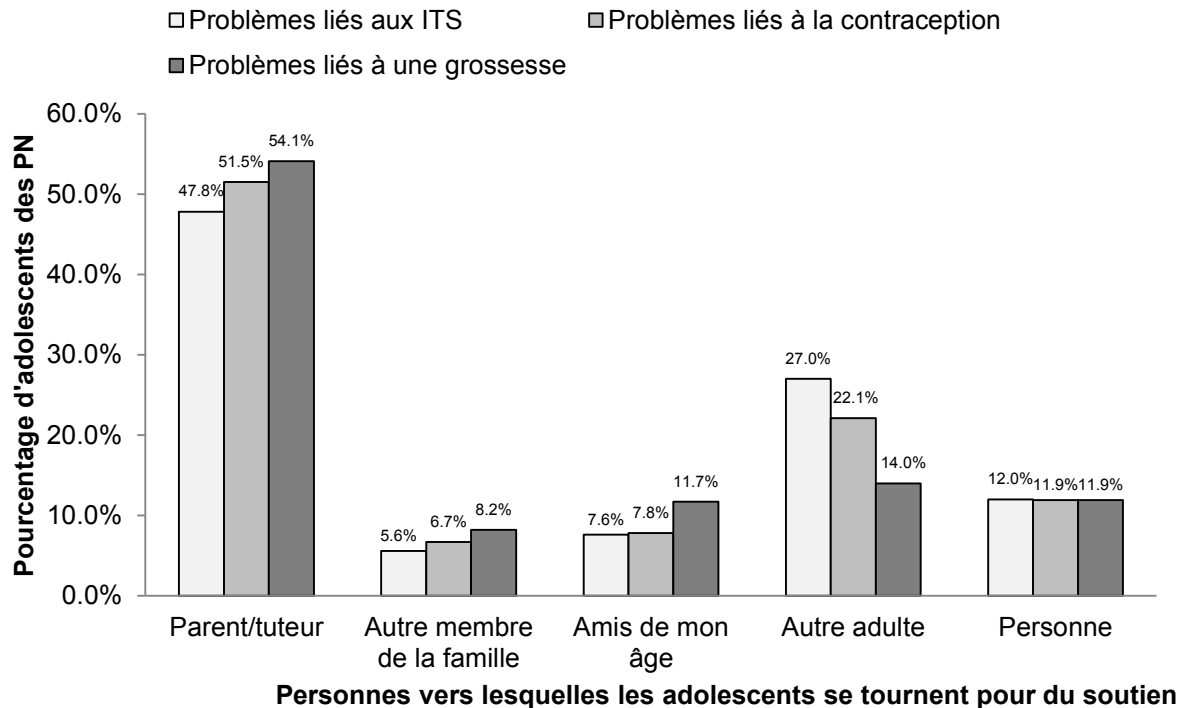


Figure 29.6 Personnes vers lesquelles se tournent les adolescents pour du soutien en cas de problèmes



ACTIVITÉS PARASCOLAIRES ET CULTURELLES

La participation à des sports d'équipe ou à des activités sportives est l'activité la plus fréquente chez les adolescents des Premières Nations. Une proportion légèrement plus élevée de filles que de garçons rapportent ne jamais participer à des sports d'équipe ou à des cours de sports en dehors des heures de classe (40,0 % vs 30,2 %, 95 % IC [$\pm 3,0$] et [$\pm 2,7$], respectivement), avec la moitié des garçons des Premières Nations qui participent à ces sports au moins une fois par semaine comparativement à un tiers des filles des Premières Nations (50,6 % vs 33,4 %, 95 % IC [$\pm 3,0$] et [$\pm 2,9$]).

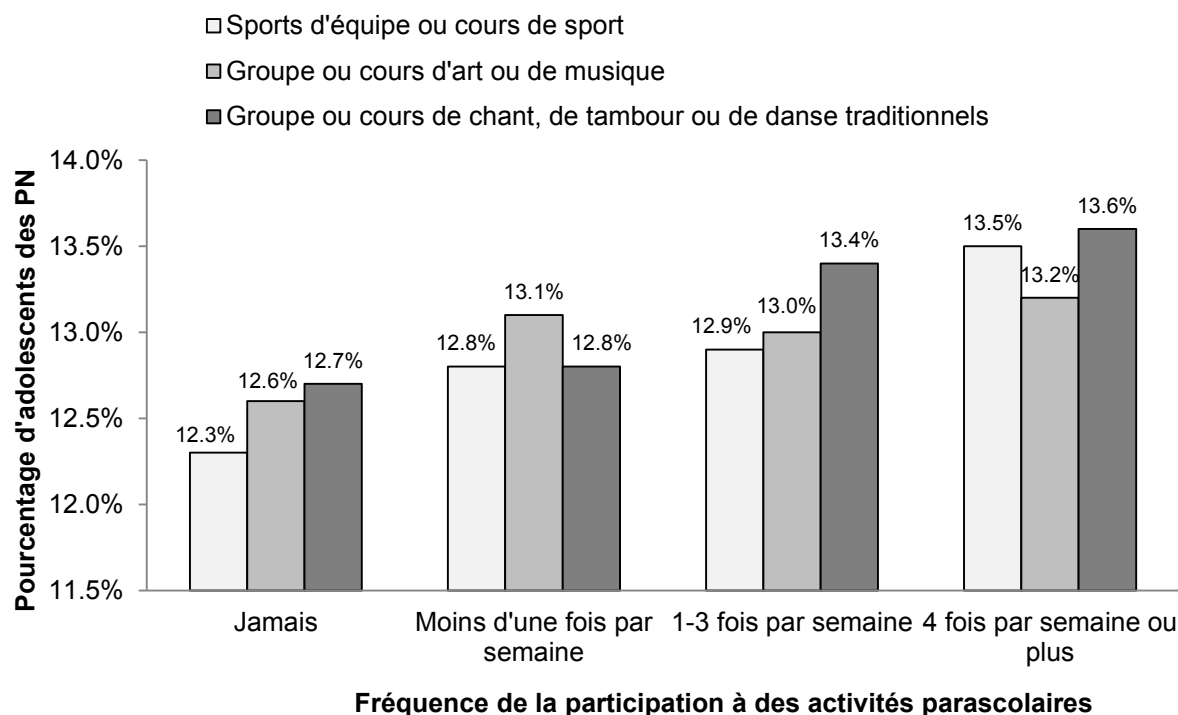
Avoir un emploi à temps partiel en dehors des heures de classe est la deuxième activité la plus fréquente, mais dans ce cas-ci, une plus grande proportion de garçons des Premières Nations que de filles rapportent ne jamais avoir d'emploi (59,7 % vs 33,3 %, 95 % IC [$\pm 3,1$] et [$\pm 2,9$]). Un peu plus du tiers des filles des Premières Nations rapportent travailler au moins une fois par semaine, comparativement à un peu moins du cinquième des garçons des Premières Nations (35,6 % vs 18,5 %, 95 % IC [$\pm 2,1$] et [$\pm 2,2$]).

À l'exception du fait d'avoir un emploi à temps partiel, la participation à quelle qu'activité parascolaire que ce soit est associée à davantage d'estime de soi (voir Figure 29.7). En outre, une plus grande proportion d'adolescents qui

participent à une activité parascolaire au moins une fois par semaine rapportent se sentir en harmonie aux plans physique, spirituel, affectif et psychologique « la plupart du temps » ou « en permanence », comparativement à ceux qui participent moins souvent (toutes les valeurs $p < ,05$).

Finalement, les adolescents des Premières Nations qui rapportent presque toujours participer aux événements culturels de leur communauté ont des niveaux d'estime de soi plus élevés ($M = 13,3$ [$\pm 0,2$]) que les adolescents des Premières Nations qui n'y participent jamais ($M=12,3$ [$\pm 0,4$]).

Figure 29.7. Niveaux moyens d'estime de soi des adolescents des Premières Nations, selon la participation à des activités parascolaires



DISCUSSION

La majorité des adolescents des Premières Nations se sentent en harmonie sur tous les plans du bien-être et ne rapportent pas d'humeur dépressive persistante, de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide. Considérant les nombreux problèmes associés à l'adolescence et l'exposition accrue à divers facteurs de risque chez les adolescents des Premières Nations, ces rapports de bien-être positif reflètent bien leur résilience. Malheureusement, comparativement aux adolescents dans l'ensemble de la population canadienne, les taux de certains indices de détresse sont toujours anormalement élevés. Bien que les niveaux de stress perçu soient faibles pour la plupart des adolescents des Premières Nations, et que seule une minorité rapporte subir de l'intimidation, une plus grande exposition à d'autres événements traumatiques et facteurs de stress chroniques qui ne font pas partie de la présente enquête peut contribuer aux écarts observés en santé (Karmali et al., 2005; Lemstra et al., 2008). Il est nécessaire de mieux comprendre la prévalence relative et la contribution de différents facteurs de stress et de traumatismes à de mauvais résultats en santé, ainsi que les facteurs de risque connexes, afin de développer des interventions pour réduire le fardeau des traumatismes chez les individus des Premières Nations (Karmali et al., 2005).

Les effets persistants des pensionnats, évidents chez les adolescents des Premières Nations dans la présente enquête, correspondent aux rapports selon lesquels la pensée des pertes historiques, y compris les pertes liées aux pensionnats, sont courantes chez les adolescents des Premières Nations et les adolescents indiens américains qui vivent dans les réserves, et qui sont, à leur tour, associées aux symptômes de dépression (Whitbeck, 2009). Bien qu'il y ait vraisemblablement de multiples facteurs qui peuvent y contribuer, la perception accrue de la discrimination a été identifiée comme l'un des facteurs qui contribue aux effets intergénérationnels des pensionnats chez les adultes des Premières Nations (Bombay et al., in press), ce qui peut également avoir une incidence sur les adolescents des Premières Nations dont les parents ou les grands-parents ont fréquenté un pensionnat. Bien qu'un nombre limité de recherches aient abordé les effets de la discrimination sur les adolescents des Premières Nations, les conséquences négatives qui découlent de la discrimination ont été documentées chez les adultes des Premières Nations et les adolescents indiens américains (Bombay et al., 2010; Whitbeck et al., 2001). Des recherches complémentaires sont nécessaires pour identifier d'autres individus ou sous-groupes qui peuvent être plus ou moins susceptibles de percevoir de la

discrimination, et pour explorer les facteurs qui peuvent protéger contre les effets néfastes de la discrimination. Par exemple, il est prouvé que certains aspects de l'identité culturelle et de la participation à des activités traditionnelles peuvent protéger contre la discrimination perçue chez les adultes des Premières Nations et indiens américains (Bombay et al., 2010; Whitbeck, McMorris, Hoyt, Stubben, & Lafromboise, 2002), et peuvent avoir une incidence directe sur le bien-être (Rieckmann et al., 2004). Ces effets protecteurs concordent avec les niveaux plus élevés d'estime de soi et de soutien social observés chez ceux qui participent aux événements culturels communautaires. Une étude chez les adolescents Navajo a toutefois révélé qu'une plus grande identification à leur culture est associée à des symptômes accrus de dépression (Thrane, Whitbeck, Hoyt, & Shelley, 2004). Ces résultats contradictoires sont vraisemblablement dus à l'utilisation de définitions conceptuelles et opérationnelles différentes de l'identité culturelle (Cameron, 2004; McCoy & Major, 2003). Le lien entre les différents aspects de l'identité et du bien-être, particulièrement en ce qui a trait à la discrimination, mériterait d'être investigué plus avant.

Des questions intéressantes ont également été soulevées lors de l'examen des changements de niveaux de détresse depuis l'ERS 2002-03. Plus spécifiquement, la trompeuse apparence de stabilité de la prévalence de l'humeur dépressive et des tentatives de suicide lorsque l'on considère l'ensemble des adolescents des Premières Nations disparaît lors des analyses distinctes pour les jeunes adolescents âgés de 12 à 14 ans et les adolescents âgés de 15 à 17 ans. Cela illustre le fait que les taux de dépression et de tentatives de suicide ont augmenté chez les jeunes adolescents mais ont diminué chez les adolescents plus âgés. Une surveillance soutenue est nécessaire pour déterminer si cela reflète une tendance d'apparition précoce de symptômes ou de niveaux accrus de détresse chez les adolescents des Premières Nations, ou simplement une plus grande volonté d'exprimer sa détresse psychologique en raison de la réduction du stigmate associé au fait de rapporter ces symptômes (Fichter, Xepapadakis, Quadflieg, Georgopoulou, & Fthenakis, 2004). Les résultats de la présente recherche ne révèlent rien directement sur les facteurs possiblement responsables des écarts liés à l'âge en ce qui a trait aux tentatives de suicide et aux symptômes de dépression. Étant donné qu'il est prouvé que les facteurs communautaires jouent un rôle important dans les niveaux de détresse chez les adolescents des Premières Nations (Chandler & Lalonde, 1998), il est possible que les tendances comportementales observées reflètent des circonstances changeantes spécifiques

aux adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations. Par ailleurs, des changements sociétaux plus importants qui ont été suggérés pour expliquer la détresse croissant et(ou) l'apparition plus précoce de symptomatologie chez les adolescents en Amérique du Nord (Twenge et al., 2010; Organisation mondiale de la santé, 2000) et ailleurs dans le monde peuvent tout autant avoir une incidence sur les adolescents des Premières Nations (e.g., Angleterre [Collishaw, Maughan, Natarajan, & Pickles, 2010], Écosse [Sweeting, Young, & West, 2009], Pays-Bas [Tick, van der Ende, & Verhulst, 2007], Finlande [Sourander et al., 2004], et Suède [Kosidou et al., 2010]). Par exemple, un soutien social altéré ou des problèmes familiaux découlant de la hausse de familles monoparentales ou recomposées, les taux croissants d'obésité jumelés à une importance accrue donnée à l'apparence et au matérialisme, et les changements au mode de vie des adolescents, tels que l'augmentation de la toxicomanie, ne sont que quelques unes des explications mises de l'avant (Sweeting, West, Young, & Der, 2010).

Il est assez curieux que les changements relatifs aux pensées suicidaires dans les deux groupes d'âge ne concordent pas avec des changements au taux d'humeur dépressive et de tentatives de suicide. Bien que la prévalence accrue d'humeur dépressive soit vraisemblablement associée à la hausse des pensées suicidaires chez les jeunes adolescents des Premières Nations, la hausse plus élevée de pensées suicidaires donne à penser que l'humeur dépressive n'est pas entièrement responsable des résultats observés. Plus paradoxal encore, si l'on se fie à la réduction de l'humeur dépressive et des tentatives de suicide, les adolescents plus âgés des Premières Nations dans l'ERS 2008-10 semblent mieux se porter que ceux dans l'ERS 2002-03, mais une hausse des pensées suicidaires a également été observée dans ce groupe d'âge. Ces résultats, jumelés à la grande proportion d'adolescents des Premières Nations sans humeur dépressive qui rapportent des pensées suicidaires, donnent à penser que des facteurs autres que l'humeur dépressive contribuent à l'apparente hausse de certaines manifestations de détresse. En fait, il a été suggéré que les pensées suicidaires servent davantage de marqueur de détresse psychologique plutôt que d'humeur dépressive ou de volonté de mourir (Gmitrowicz, Szymczak, Kotlicka-Antczak, & Rabe-Jablonska, 2003). À cet égard, la hausse des pensées suicidaires reflète possiblement une rumination liée à certains événements ou circonstances précis, ou pourrait également être associée à une hausse potentielle d'autres troubles non évalués dans la présente enquête. Des études menées à l'échelle internationale suggèrent également que les

troubles psychotiques liés à l'extériorisation sont en hausse, notamment les troubles comportementaux et la toxicomanie (Collishaw, Maughan, Goodman, & Pickles, 2004). En fait, des taux plus élevés de troubles comportementaux et de toxicomanie, ainsi que des taux accrus de comorbidité ont été observés dans un vaste échantillon d'adolescents des Premières Nations et indiens américains (Whitbeck, Yu, Johnson, Hoyt, & Walls, 2008), et ils sont tous associés aux tendances suicidaires (Pelkonen & Marttunen, 2003). De plus, contrairement à ce qui est habituellement observé dans la population en général, une apparition précoce de ces troubles a été constatée (Whitbeck et al., 2008).

Il est également possible que des caractéristiques spécifiques de la dépression soient particulièrement pertinentes dans le cas des adolescents des Premières Nations. Par exemple, il est prouvé que le sentiment de solitude est associé à la consommation d'alcool pour surmonter des problèmes et à la consommation excessive d'alcool chez les adolescents des Premières Nations (Stewart et al., 2010), et se trouve peut-être plus directement lié aux tendances suicidaires qu'à l'humeur dépressive. (Thompson, Mazza, Herting, Randell, & Eggert, 2005). À cet égard, les individus désespérés peuvent percevoir moins de raisons de vivre, malgré le fait que la sévérité objective des troubles psychologiques et l'exposition aux événements négatifs soient semblables.

Contrastant avec les niveaux relativement élevés de détresse, l'estime de soi est habituellement élevée chez la plupart des adolescents des Premières Nations. L'idée a été avancée que les taux élevés d'estime de soi observés chez les adolescents des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations étaient dues au fait qu'ils sont principalement entourés de pairs similaires au plan racial; la densité raciale ayant été associée aux niveaux d'estime de soi dans d'autres groupes ethniques (Twenge & Crocker, 2002; Whitesell et al., 2009). En ce sens, les comparaisons entre les adolescents des Premières Nations qui vivent ou fréquentent une école dans une communauté des Premières Nations et ceux qui vivent ou fréquentent une école en dehors d'une communauté des Premières Nations pourraient aider à élucider les facteurs qui contribuent à l'estime de soi chez les adolescents des Premières Nations. L'importance des variables liées au concept de soi est évidente dans la présente enquête dans la mesure où l'estime de soi et la maîtrise sont associées à différents résultats positifs. L'estime de soi est également associée au sentiment de maîtrise et au recours à des stratégies positives pour composer avec les difficultés chez les adolescents indiens américains qui vivent dans les réserves (Whitesell et al., 2009). Tel que mentionné

précédemment, l'identité culturelle peut également être un facteur de protection, et particulièrement le fait d'être fier de son appartenance à un groupe (Bombay et al., 2010).

De nombreuses variables additionnelles, dont les stratégies pour composer avec les difficultés et l'évaluation du stress, jouent vraisemblablement un rôle dans le bien-être des adolescents des Premières Nations, mais peu de recherches ont exploré ces facteurs dans cette population. L'enquête a cependant permis de constater que des résultats positifs sont associés au soutien social et au recours à du soutien. Cela concorde avec la proposition selon laquelle le soutien social et les concepts connexes peuvent s'avérer particulièrement importants dans les populations autochtones, considérant le caractère collectif de la plupart des cultures (Richmond et al., 2007).

La prévalence et les effets des interactions sociales qui ne fournissent aucun soutien, telles que le fait de minimiser les problèmes ou la détresse d'une autre personne, ou de blâmer la personne pour ses problèmes, devraient également être examinés. L'absence de soutien est associée à différents résultats en santé bien au-delà de l'effet du soutien social (Ingram, Betz, Mindes, Schmitt, & Smith, 2001). Considérant que les adolescents des Premières Nations dans la présente enquête sont plus susceptibles de se tourner vers leurs parents en cas de problèmes, l'absence de soutien des parents pourrait s'avérer particulièrement dommageable. De plus, certains groupes d'adolescents des Premières Nations, dont ceux affectés de façon intergénérationnelle par les pensionnats, rapportent plus fréquemment des niveaux de soutien plus faibles. Ces sous-groupes d'adolescents des Premières Nations ainsi que d'autres sont également plus susceptibles d'être exposés à des niveaux plus élevés d'absence de soutien.

Il a été suggéré que les niveaux élevés de désespoir et d'ennui chez les adolescents des Premières Nations contribuent à la détresse et à la dépression présentes dans les communautés des Premières Nations (Kirmayer et al., 2007; Stewart et al., 2010). Il est prouvé que le désespoir et l'ennui diminuent chez les adolescents non autochtones qui participent à différentes activités parascolaires (Fredericks & Eccles, 2006; Larson, 2000; Taliaferro, Rienzo, Miller, Pigg, & Dodd, 2010). Selon les données actuelles, la participation à des activités parascolaire et à des événements culturels communautaires semble également associée à des taux accrus d'estime de soi, de maîtrise, de soutien social et de sentiment d'harmonie. La participation à des activités traditionnelles et culturelles peut également contribuer à une identité culturelle positive. Considérant les nombreux résultats positifs observés avec ces activités, la participation

des adolescents des Premières Nations semble être une stratégie prometteuse pour l'amélioration du bien-être.

CONCLUSIONS

Les présents résultats démontrent la détresse soutenue des adolescents des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques et mettent en évidence certains facteurs qui peuvent contribuer à leur résilience. Les résultats soulèvent également plusieurs questions qui nécessitent une investigation approfondie. En particulier, des analyses longitudinales devraient être réalisées afin de surveiller les changements potentiels au bien-être et afin de comprendre l'ordre temporel des indices de détresse, ainsi que les facteurs qui peuvent protéger ou mettre les adolescents des Premières Nations à risque. D'autres variables importantes, dont l'influence sur le bien-être des adolescents a été prouvée, doivent également être examinées plus avant chez les adolescents des Premières Nations, telles que les évaluations cognitives et les stratégies pour composer avec les difficultés. Des travaux de recherche continus pourraient faciliter l'identification des priorités et guider l'élaboration de mesures ciblant l'amélioration du bien-être chez les adolescents des Premières Nations au cours de cette période de développement critique. Il est déjà clair toutefois qu'en plus de cibler les vulnérabilités individuelles et les facteurs de protection, le contexte sous-jacent et les facteurs sociaux doivent être abordés. L'urgence de la mise en place de stratégies de promotion de la santé efficaces pour les adolescents des Premières Nations est particulièrement cruciale en raison de la grande représentation des adolescents dans la population des Premières Nations d'aujourd'hui, une tendance qui devrait persister (Michalowski, Loh, Verma, Germain, & Grenier, 2005).

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders* (4th ed). Washington DC: Author.
- Anisman, H., Zaharia, M. D., Meaney, M. J., & Merali, Z. (1998). Do early-life events permanently alter behavioral and hormonal responses to stressors? *International Journal of Developmental Neuroscience*, 16(3/4), 149–64.
- Barry, C. N., Nelson, L., Davarya, S., & Urry, S. (2010). Religiosity and spirituality during the transition to adulthood. *International Journal of Behavioral Development*, 34(4), 311–24.
- Bergman, M. M., & Scott, J. (2001). Young adolescents' wellbeing and health-risk behaviours: Gender and socio-economic differences. *Journal of Adolescence*, 24(2), 183–97.
- Blackstock, C., Trocmé, N., & Bennett, M. (2004). Child maltreatment investigations among Aboriginal and non-Aboriginal families in Canada: A comparative analysis. *Violence Against Women*, 10, 901–16.
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2009). Intergenerational trauma: Convergence of multiple processes among First Nations peoples in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, 5(3), 6–47.
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2010). *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 26(4), 507–16.
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (in press). The impact of stressors on second generation Indian Residential School Survivors. *Transcultural Psychiatry*.
- Cameron, J. E. (2004). A three-factor model of social identity. *Self and Identity*, 3(3), 239–62.
- Casey, B. J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28, 62–77.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191–219.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310–57.
- Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R., & Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1350–62.
- Collishaw, S., Maughan, B., Natarajan, L., & Pickles, A. (2010). Trends in adolescent emotional problems in England: A comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 885–94.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, youth, and children living in First Nations communities*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1994). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. In T. F. Heatherton & J. L. Weinberger (Eds.), *Can personality change* (pp. 21–40). Washington, DC: American Psychological Association.
- Craig, W. M., & Pepler, D. J. (2003). Identifying and targeting risk for involvement in bullying and victimization. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(9), 577–82.
- Craig, W. M., & Yossi, J. (2004). Bullying and fighting: Results from World Health Organization Health and Behaviour Survey of school aged children. In C. Currie et al. (Eds.), *Young people's health in context: Healthy behaviour in school-aged children (HBSC) study: International Report from 2001/2002 survey*. World Health Organization.
- Daniel, M., Cargo, M. D., Lifshay, J., & Green, L. W. (2004). Cigarette smoking, mental health, and social support: Data from a northwestern First Nation. *Canadian Journal of Public Health*, 95(1), 45–49.
- Dodge, T., & Lambert, S. F. (2009). Positive self-beliefs as a mediator of the relationship between adolescents' sports participation and health in young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 813–25.

- Due, P., Holstein, B. E., Lynch, J., Diderichsen, F., Gabhain, S. N., Scheidt, P., Currie, C. (2005). Bullying and symptoms among school-aged children: International comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health, 15*(2), 128–32.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1994). *Supporting and strengthening families. Volume 1: Methods, strategies and practices.*
- Fichter, M. M., Xepapadakis, F., Quadflieg, N., Georgopoulou, E., & Fthenakis, W. E. (2004). A comparative study of psychopathology in Greek adolescents in Germany and Greece in 1980 and 1998–18 years apart. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 254*(1), 27–35.
- Fredricks, J. A., & Eccles, J. S. (2005). Developmental benefits of extracurricular involvement: Do peer characteristics mediate the link between activities and youth outcomes? *Journal of Youth and Adolescence, 34*(6), 507–20.
- Fredricks, J. A., & Eccles, J. S. (2006). Extracurricular involvement and adolescent adjustment: Impact of duration, number of activities, and breadth of participation. *Applied Developmental Science, 10*(3), 132–46.
- Gmitrowicz, A., Szymczak, W., Kotlicka-Antczak, M., & Rabe-Jablonska, J. (2003). Suicidal ideation and suicide attempt in Polish adolescents: Is it a suicidal process? *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 15*(2) 113–24.
- Hammen, C., Brennan, P. A., Keenan-Miller, D., & Herr, N. R. (2008). Early onset recurrent subtype of adolescent depression: Clinical and psychosocial correlates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(4), 433–40.
- Heim, C., Newport, D. J., Wagner, D., Wilcox, M. M., Miller, A. H. & Nemeroff, C. B. (2002). The role of early adverse experience and adulthood stress in the prediction of neuroendocrine stress reactivity in women: A multiple regression analysis. *Depression and Anxiety, 15*(3), 117–25.
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review, 26*(6), 695–718.
- Huebner, E. S., Drane, W., & Valois, R. F. (2000). Levels and demographic correlates of adolescent life satisfaction reports. *School Psychology International, 21*(3), 281.
- Ingram, K., Betz, N. E., Mindes, E. J., Schmitt, M. M., & Smith, N. G. (2001). Unsupportive responses from others concerning a stressful life event: Development of the Unsupportive Social Interactions Inventory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*, 173–207.
- Karmali, S., Laupland, K., Harrop, A. R., Findlay, C., Kirkpatrick, A. W. Winston, B., Kortbeek, J., Crowshoe, L., Hameed, M. (2005). Epidemiology of severe trauma among status Aboriginal Canadians: A population-based study. *Canadian Medical Association Journal, 172*, 1007–11.
- Kaufman, J., Martin, A., King, R. A., & Charny, D. (2001). Are child-, adolescent-, and adult-onset depression one and the same disorder? *Biological Psychiatry, 49*, 980–1001.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health, 78*(3), 458–67.
- Kendler, K. S., Kuhn, J. W. & Prescott, C. A. (2004). Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological Medicine, 34*, 1475–82.
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., Holton, T., Paul, K., Simpson, C., & Tait, C. (2007). *Suicide among Aboriginal People in Canada.* Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
- Klimstra, T. A., Hale, W. W., Raaijmakers, Q. A., & Meeus, W. H. (2009). Maturation of personality in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology, 96*(4), 898–912.
- Kosidou, K., Magnusson, C., Mittendorfer-Rutz, E., Hallqvist, J., Hellner Gumpert, C., Idrizbegovic, S. Dal, H., Dalman, C. (2010). Recent time trends in levels of self-reported anxiety, mental health service use and suicidal behaviour in Stockholm. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 122*(1), 47–55.
- LaFromboise, T. D., Hoyt, D. R., Oliver, L., & Whitbeck, L. B. (2006). Family, community, and school influences on resilience among American Indian adolescents in the Upper Midwest. *Journal of Community Psychology, 34*(2), 193–209.
- Larson, R. W. (2000). Toward a psychology of positive youth development. *American Psychologist, 55*(1), 170–83.
- Lemstra, M., Neudorf, C., Mackenbach, J., D’Arcy, C., Scott, C., Kershaw, T., & Nannapaneni, U. (2008). Risk indicators for depressed mood in youth: Lack of association with Aboriginal cultural status. *Paediatrics and Child Health, 13*(3), 285–90.
- Lincoln, K. D. (2007). Financial strain, negative interactions, and mastery: Pathways to mental health among older African Americans. *Journal of Black Psychology, 33*(4), 439–62.
- MacPhee, A. R., & Andrews, J. J. W. (2006). Risk factors for depression in early adolescence. *Adolescence, 41*, 435–66.
- Marsh, H. W., Smith, I. D., & Barnes, J. (1983). Multitrait-multimethod analyses of the Self-Description Questionnaire: Student-teacher agreement on multidimensional ratings of student self-concept. *American Educational Research Journal, 20*, 333–57.
- McCoy, S. K., & Major, B. (2003). Group identification moderates emotional responses to perceived prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*(8), 1005–17.
- Meeus, W., Iedema, J., Helsen, M., & Vollebergh, W. (1999). Patterns of adolescent identity development: Review of literature and longitudinal analysis. *Developmental Review, 19*(4), 419–61.
- Michalowski, M., Loh, S., Verma, R. B. P., Germain, M.-F., & Grenier, C. (2005). Projections of the Aboriginal Populations, Canada, Provinces and Territories. Ottawa: Statistics Canada.
- Miller, T. R., & Taylor, D. M. (2005). Adolescent suicidality: Who will ideate, who will act? *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(4), 425–35.
- Nrugham, L., Larsson, B., & Sund, A. M. (2008). Specific depressive symptoms and disorders as associates and predictors of suicidal acts across adolescence. *Journal of Affective Disorders, 111*(1), 83–93
- Pavkov, T. W., Travis, L., Fox, K. A., King, C. B., & Cross, T. L. (2010). Tribal youth victimization and delinquency: Analysis

- of youth risk behavior surveillance survey data. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16(2), 123–34.
- Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2003). Child and adolescent suicide: Epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Pediatric Drugs*, 5, 243–65.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2–21.
- Pressman, S. D., Cohen, S., Miller, G. E., Barkin, A., Rabin, B. S., & Treanor, J. J. (2005). Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health Psychology*, 24(3), 297–306.
- Ramey, H. L., Busseri, M. A., Khanna, N., Hamilton, Y. N., Ottawa, Y. N., & Rose-Krasnor, L. (2010). Youth engagement and suicide Risk: Testing a mediated model in a Canadian community sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 243–58.
- Rhodes, A. E., & Bethell, J. (2008). **Suicidal ideators without major depression: Whom are we not reaching?** *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(2), 125–30.
- Richmond, C. A., Ross, N. A., & Egeland, G. M. (2007). Social support and thriving health: A new approach to understanding the health of Indigenous Canadians. *American Journal of Public Health*, 97(10), 1827–33.
- Rieckmann, T. R., Wadsworth, M. E., & Deyhle, D. (2004). Cultural identity, explanatory style, and depression in Navajo adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10(4), 365–82.
- Santé Canada. (2003). *A statistical profile on the health of First Nations in Canada*. Ottawa: Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.
- Santé Canada. (2005). *A statistical profile on the health of First Nations in Canada for the year 2000*. Ottawa: Her Majesty the Queen in Right of Canada.
- Shaw, J. A. (2000). Children, adolescents and trauma. *Psychiatric Quarterly*, 71(3), 227–43.
- Sourander, A., Santalahti, P., Haavisto, A., Piha, J., IkAheimo, K., & Helenius, H. (2004). Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 43(9), 1134–45.
- Spear, L. P. (2000). Neurobehavioral changes in adolescence. *Psychological Science*, 9(4), 111–14.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28, 78–106.
- Stewart, S. H., Sherry, S. B., Comeau, M. N., Mushquash, C. J., Collins, P., & Van Wilgenburg, H. (2010). Hopelessness and excessive drinking among Aboriginal adolescents: The mediating roles of depressive symptoms and drinking to cope depression research and treatment, in press. Epub ahead of print. Consulté à partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21197100>
- Sweeting, H., West, P., Young, R., & Der, G. (2010). Can we explain increases in young people's psychological distress over time? *Social Science and Medicine*, 71, 1819–30.
- Sweeting, H., Young, R., & West, P. (2009). GHQ increases among Scottish 15 year olds 1987–2006. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(7), 579–86.
- Taliaferro, L. A., Rienzo, B. A., Miller, M. D., Pigg, R. M., & Dodd, V. J. (2010). Potential mediating pathways through which sports participation relates to reduced risk of suicidal ideation. *Research quarterly for exercise and sport*, 81(3), 328–39.
- Thompson, E. A., Mazza, J. J., Herting, J. R., Randell, B. P., & Eggert, L. L. (2005). The Mediating Roles of Anxiety Depression, and Hopelessness on Adolescent Suicidal Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1), 14–34.
- Thrane, L. E., Whitbeck, L. B., Hoyt, D. R., & Shelley, M. C. (2004). Comparing three measures of depressive symptoms among American Indian adolescents. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 11(3), 20–42.
- Tick, N. T., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2007). Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(6), 473–82.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2003). Stability of self-esteem across the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 205–20.
- Tuisku, V., Pelkonen, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Holi, M., Ruutu, T., Punamäki, R. L., Marttunen, M. (2006). Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(4), 199–206.
- Twenge, J. M., & Crocker, J. (2002). Race and self-esteem: Meta-analyses comparing Whites, Blacks, Hispanics, Asians, and American Indians and comment on Gray-Little and Hafdahl (2000). *Psychological Bulletin*, 128, 371–408.
- Twenge, J. M., Gentile, B., DeWall, C. N., Ma, D., Laceyfield, K., & Schurtz, D. R. (2010). Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938–2007: A cross-temporal meta-analysis of the MMPI. *Clinical Psychology Review*, 3(2), 145–54.
- van Roekel, E., Scholte, R. H., Verhagen, M., Goossens, L., & Engels, R. C. (2010). Loneliness in adolescence: Gene × environment interactions involving the serotonin transporter gene. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(7), 747–54.
- Vollebergh, W., Iedema, J., & Raaijmakers, Q. A. W. (2001). Intergenerational transmission and the formation of cultural orientations in adolescence and young adulthood. *Journal of Marriage and the Family*, 63, 1185–98.
- Walls, M. L., Chapple, C. L., & Johnson, K. D. (2007). Strain, emotion, and suicide among American Indian youth. *Deviant Behavior*, 28, 219–46.
- Weaver, R. D., & Habibov, N. N. (2010). Are Canadian adolescents happy? A gender-based analysis of a nationally representative survey. *US-China Education Review*, 7(4), 37–52.
- Whitbeck, L. B. (2009). Depressed Affect and Historical Loss

- among North American Indigenous adolescents. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 16(3), 16–41.
- Whitbeck, L. B., Hoyt, D. R., McMorris, B. J., Chen, X., & Stubben, J. D. (2001). Perceived discrimination and early substance abuse among American Indian children. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(4), 405–24.
- Whitbeck, L. B., Hoyt, D. R., McMorris, B. J., Chen, X., & Stubben, J. D. (2001). Perceived discrimination and early substance abuse among American Indian children. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(4), 405–24.
- Whitbeck, L. B., McMorris, B. J., Hoyt, D. R., Stubben, J. D., & Lafromboise, T. (2002). Perceived discrimination, traditional practices, and depressive symptoms among American Indians in the Upper Midwest. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(4), 400–18.
- Whitbeck, L. B., Yu, M., Johnson, K. D., Hoyt, D. R., & Walls, M. L. (2008). Diagnostic prevalence rates from early to mid-adolescence among Indigenous adolescents: First results from a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 890–900.
- Whitesell, N. R., Mitchell, C. M., & Spicer, P. (2009). Longitudinal study of self-esteem, cultural identity, and academic success among American Indian adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 15(1), 38–50.
- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439–45.
- World Health Organization. (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 413–26.
- Zahradnik, M., Stewart, S. H., O'Connor, R. M., Stevens, D., Ungar, M., & Wekerle, C. (2010). Resilience moderates the relationship between exposure to violence and posttraumatic reexperiencing in Mi'kmaq youth. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8, 408–20.

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS DES PREMIÈRES NATIONS



Le questionnaire de l'ERS sur les enfants a permis de recueillir des données chez les individus âgés de 0 à 11 ans. La collecte de données s'est déroulée entre juin 2008 et novembre 2010 dans les 250 communautés des Premières Nations ciblées dans l'ensemble du Canada. Tous les individus ayant participé à l'enquête ont été choisis de façon aléatoire en utilisant la liste de membres de la bande mise à jour localement. Le questionnaire sur les enfants a été rempli par un mandataire (parent ou tuteur) avec un temps moyen d'administration de 22 minutes. Toutes les données d'enquête ont été recueillies sur des ordinateurs portables à l'aide du logiciel d'entrevue assistée par ordinateur (CAPI).

Un total de 5 877 enfants des Premières Nations provenant de 216 communautés ont permis de générer les résultats des enfants.

Chapitre 30

Ménage et cadre de vie

SOMMAIRE

Le ménage et le cadre de vie occupent une place importante dans le développement de la petite enfance car ils contribuent à l'épanouissement affectif et à la croissance physique. Les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 révèlent que les enfants des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations sont souvent entourés de leur famille. Moins de la moitié de tous les enfants vivent avec leurs deux parents biologiques. En moyenne, les enfants des Premières Nations vivent avec 5,7 autres membres dans leur foyer au moins la moitié du temps. La proportion d'enfants des Premières Nations qui se font garder a diminué depuis l'ERS 2002-03 et est plus faible que celle observée dans l'ensemble de la population canadienne. Parmi ceux en services de garde, il semble y avoir une tendance à délaisser les milieux familiaux au profit des installations depuis l'ERS 2002-03. En ce qui a trait à d'autres facteurs domestiques, le niveau de scolarité des parents et le niveau de revenu des ménages sont faibles comparativement à la moyenne canadienne. Ces iniquités doivent être abordées, notamment le niveau de scolarité des parents, le revenu des ménages et le surpeuplement des logements.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Environ 43 % des enfants des Premières Nations vivent dans un ménage dont le revenu annuel est inférieur à 20 000 \$.
- Les ménages des Premières Nations avec des enfants ont en moyenne 3,4 enfants, comparativement à 1,1 enfant dans les ménages de la population canadienne en général.
- En moyenne, les enfants des Premières Nations vivent avec 5,7 membres dans leur ménage au moins la moitié du temps. On n'observe aucun changement significatif à la taille des ménages depuis l'ERS 2002-03.
- L'ERS 2008-10 révèle que 37,5 % des enfants des Premières Nations vivent dans un logement surpeuplé, ce qui constitue une hausse par rapport aux 32,4 % observés dans l'ERS 2002-03.
- 48,4 % des enfants des Premières Nations vivent avec leurs deux parents biologiques, tandis que 39,2 % vivent avec leur mère biologique mais non avec leur père biologique.
- 15,4 % des enfants des Premières Nations vivent dans un ménage qui comprend également un grand-parent (comparativement à 3,8 % des enfants dans l'ensemble de la population canadienne). Peu d'enfants (4,3 %) vivent uniquement avec leurs grands-parents (comparativement à 0,5 % des enfants dans l'ensemble de la population canadienne).
- Environ la moitié moins d'enfants des Premières Nations bénéficient de services de garde comparativement aux enfants dans l'ensemble de la population canadienne (28,8 % vs 53,8 %).
- Globalement, la proportion d'enfants des Premières Nations qui bénéficient de services de garde a diminué entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 (34,7 % vs 28,8 %).
- La plupart des enfants en services de garde étaient en milieu familial; toutefois, l'utilisation d'un milieu de garde plus formel, comme un centre de la petite enfance, l'école prématernelle ou maternelle, et les services parascolaires, ont augmenté de près de 10 % entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10.

C'est parce que quelqu'un s'est tenu debout avant nous que nous pouvons profiter de tout ce que nous avons. Ce que la septième génération après nous aura dépend de nos actions aujourd'hui.

—Winona LaDuke, Anishnabe

INTRODUCTION

La structure de la famille et du ménage dans laquelle nous grandissons et apprenons au cours de la petite enfance contribue à déterminer l'adulte que nous deviendrons. Les occasions que nous avons plus tard, notre scolarité, notre savoir culturel, ainsi que notre harmonie aux plans physique, psychologique, affectif et spirituel sont tous partiellement tributaires de nos expériences au cours de la petite enfance. Dans les cultures des Premières Nations, la famille et les ménages ont une signification culturelle profondément ancrée, particulièrement en ce qui concerne l'éducation des enfants. La famille élargie a toujours joué un rôle clé dans l'éducation des enfants. Pendant que les jeunes parents chassaient et cueillaient, les grands-parents et les Aînés assuraient l'éducation culturelle et spirituelle des enfants et les guidaient. En raison de plusieurs facteurs, dont la colonisation, les pensionnats, les traités et la *Loi sur les Indiens*, les communautés et les familles des Premières Nations ont changé avec le temps. Malgré cela, la famille continue d'être au cœur de la vie des Premières Nations.

La revue de littérature révèle que les facteurs liés au ménage et au cadre de vie (p. ex., le nombre de personnes dans le ménage, les arrangements de garde d'enfant, le revenu du ménage, la scolarité des parents) sont cruciaux lorsqu'il s'agit de prédire l'avenir des enfants des Premières Nations. Par exemple, il y a des avantages reconnus à vivre dans un plus grand réseau familial, dont la transmission de la langue et des valeurs traditionnelles, le partage du travail, et la garde des enfants (Bougie, 2011). En outre, le fait de vivre avec la famille élargie peut s'avérer une source de soutien social, affectif et psychologique (Agence de santé publique du Canada [ASPC], 2003).

Les recherches menées dans l'ensemble de la population canadienne montrent que les enfants qui sont élevés dans un foyer avec deux parents s'en sortent habituellement mieux que ceux qui sont élevés dans un foyer monoparental. Les enfants canadiens élevés dans un foyer monoparental sont moins susceptibles de fréquenter l'école secondaire, davantage susceptibles de présenter des problèmes comportementaux à l'école, et davantage susceptibles d'avoir un mauvais état de santé (Gouvernement du Canada, 2002; Statistique Canada, 2005). Il n'est pas clair si ces résultats s'appliquent également aux enfants des Premières Nations qui

vivent dans les communautés des Premières Nations.

Le fait qu'un ménage compte de nombreuses personnes comporte également son lot de désavantages. Le surpeuplement des logements [défini comme plus d'une personne par pièce habitable] résulte en grande partie du manque de logements bien documenté dans les communautés des Premières Nations. Les taux de surpeuplement sont 6 fois plus élevés que ceux observés dans les communautés non autochtones (Affaires indiennes et du Nord Canada ([AINC], 2011, section 4.1.1). Les conditions de surpeuplement des logements peuvent constituer une grande source de stress et être néfaste pour la santé (Agence de santé publique du Canada [ASPC], 2003). Par exemple, les conditions de surpeuplement ont été associées à des blessures, à la transmission de maladies infectieuses, à des problèmes de santé mentale, à la tension familiale, et à la violence (Garzon, 2005; Santé Canada, 1999; ASPC, 2003).

Le niveau de scolarité des parents a une incidence prouvée sur l'éducation et le succès économique futurs de leurs enfants. Les enfants de parents ayant un niveau de scolarité plus élevé sont plus susceptibles de fréquenter l'université que ceux dont les parents ont un niveau de scolarité moins élevé (AINC, n.d.). À son tour, un niveau de scolarité plus élevé se traduit par une participation accrue au marché du travail et des revenus plus élevés, qui sont associés à une meilleure santé mentale et physique (Milan, Vézina, & Wells, n.d.). En outre, le niveau de scolarité des parents s'avère un meilleur prédicteur de la réussite scolaire future d'un enfant que le revenu. En ce qui a trait aux Premières Nations, les niveaux de réussite scolaire accusent toujours un retard par rapport à ceux des adultes dans l'ensemble de la population canadienne (Gouvernement du Canada, 2002). Toutefois, bien qu'il subsiste un écart, les niveaux de réussite scolaire sont en hausse chez les adultes des Premières Nations (Hull, 2005), ce qui laisse entrevoir des conséquences positives pour les enfants des Premières Nations.

Le revenu du ménage a également été identifié comme un indicateur clé en ce qui a trait à la santé actuelle et future des enfants. Un faible revenu du ménage qui se situe au seuil de pauvreté est associé à des déficits cognitifs et socioaffectifs, à une prévalence accrue de certaines maladies [la malnutrition et le diabète de type 2 sont particulièrement préoccupants], à des taux plus élevés de décès en raison de blessures non intentionnelles, et à un risque futur de dépendance, de troubles mentaux et de santé, d'incapacités physiques, et de décès prématurés une fois les enfants devenus adultes (Aber, Bennett, Conley, & Li, 1997; Société

canadienne de pédiatrie, 2007; Statistique Canada, 2005).

Ce chapitre explore les dimensions suivantes de l'environnement domestique des enfants des Premières Nations : la structure et la composition du ménage, le revenu du ménage, la scolarité des parents, et les arrangements en matière de garde d'enfants.

MÉTHODOLOGIE

L'ERS 2008-10 comprenait différentes questions sur les conditions de logement et de vie.

LIEN DE PARENTÉ AVEC LES MEMBRES DU FOYER

Les parents ou les tuteurs des enfants devaient indiquer avec qui les enfants vivent la plupart du temps; les réponses étant ensuite codées en : « mère et père biologiques », « mère et père biologiques (aucun autre adulte) », « mère biologique (pas de père biologique) », « mère biologique (aucun autre adulte) », « père biologique (pas de mère biologique) », « père biologique (aucun autre adulte) », « grand(s)-parent(s) », « grand(s)-parent(s) (aucun autre adulte) », « tante(s)/oncle(s)/cousin(e)(s) », « tante(s)/oncle(s)/cousin(e)(s) (aucun autre adulte) ».

OCCUPATION ET SURPEUPLEMENT DES LOGEMENTS

Pour déterminer l'occupation des logements, les parents ou les tuteurs des enfants devaient indiquer combien d'enfants/adolescents (0 à 17 ans) et d'adultes (18 à 65 ans et +) vivent dans le foyer *au moins la moitié du temps*. Le nombre de pièce dans le logement a également fait l'objet d'une question (y compris la cuisine, les chambres à coucher, le salon et les pièces aménagées du sous-sol, et excluant les salles de bain, l'entrée, la salle de lavage et la remise ou dépendance; les réponses possibles variaient de « 0 » à « 13 ou plus »). L'indice de surpeuplement (défini comme plus d'une personne par pièce habitable; Statistique Canada, 2009) de l'ERS s'inspire des lignes directrices de la SCHL.

REVENU DU MÉNAGE

Les adultes des Premières Nations étaient invités à indiquer le revenu annuel total du ménage [14 catégories de revenu étaient proposées : de « aucun revenu » à « 80 000 \$ et plus »].

PLUS HAUT NIVEAU DE SCOLARITÉ DES PARENTS

Les répondants devaient indiquer le plus haut niveau de scolarité de la mère/tutrice et du père/tuteur de l'enfant. Les

réponses étaient ensuite codées en : « études secondaires non terminées (études primaires non terminées, études primaires, ou études secondaires non terminées) », « diplôme d'études secondaires », « diplôme ou certificat d'études collégiales (études professionnelles ou techniques, Cegep, ou diplôme professionnel) », et « scolarité universitaire (baccalauréat, maîtrise ou doctorat) ».

ARRANGEMENTS EN MATIÈRE DE GARDE D'ENFANTS

Les répondants devaient indiquer si l'enfant se fait garder actuellement (réponses possibles : oui/non). Les répondants qui indiquaient que leur enfant se faisait garder devaient ensuite donner de l'information sur les arrangements en matière de garde (une seule réponse possible) : « À l'extérieur, par un proche ou un membre de la famille », « À domicile, par un proche (autre que son frère ou sa sœur) », « À l'extérieur, par une personne sans lien de parenté », « À domicile, par une personne sans lien de parenté », « Centre de la petite enfance », « Garderie ou prématernelle », « Garderie (en milieu privé) », ou « Service de garde avant et après l'école ». Finalement, les répondants devaient indiquer combien d'heures par semaine les enfants sont à la garderie (réponse ouverte).

Finalement, les résultats actuels ont été comparés à ceux de l'ERS 2002-03 (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005) et aux données sur l'ensemble de la population canadienne.

RÉSULTATS

Lien de parenté avec les membres du foyer

Presque la moitié des enfants des Premières Nations (48,4 %, 95 % IC [$\pm 2,0$]) vivent avec leurs deux parents biologiques la plupart du temps (40,3 %, 95 % IC [$\pm 2,0$]) vivent avec leurs deux parents biologiques et aucun autre adulte). Environ 40 % des enfants (39,2 %, 95 % IC [$\pm 2,1$]) vivent avec leur mère biologique mais non avec leur père biologique (29,5 %, 95 % IC [$\pm 2,3$]) vivent uniquement avec leur mère biologique et aucun autre adulte). Par ailleurs, seuls 3,1 % (95 % IC [$\pm 0,4$]) vivent avec leur père biologique mais non avec leur mère biologique (2,2 %, 95 % IC [$\pm 0,4$]) vivent uniquement avec leur père biologique et aucun autre adulte). Un pourcentage bien plus élevé d'enfants des Premières Nations ont des grands-parents qui vivent dans leur foyer (15,4 %, 95 % IC [$\pm 1,6$]), comparativement aux enfants dans l'ensemble de la population canadienne (3,8 %; Société canadienne de pédiatrie, 2009). Peu d'enfants des Premières Nations (4,3 %, 95 % IC [$\pm 0,9$]) vivent uniquement avec leurs grands-parents et aucun autre adulte. Seul 0,5 % des

enfants dans l'ensemble de la population canadienne vivent uniquement avec leurs grands-parents. Finalement, 10,7 % (95 % IC [$\pm 1,5$]) des enfants des Premières Nations ont des tantes, des oncles ou des cousin(e)s dans leur foyer (moins d'un pour cent des enfants vivent uniquement avec des tantes, des oncles ou des cousin(e)s).

Occupation et surpeuplement des logements

Les données de l'ERS 2008-10 indiquent que les ménages des Premières Nations comptent en moyenne 5,7 (95 % IC [$\pm 0,1$]) personnes (une moyenne de 2,4 adultes et 3,4 enfants et adolescents, 95 % IC [$\pm 0,1$] et [$\pm 0,1$]). On n'observe aucune variation significative depuis l'ERS 2002-03. Les ménages des Premières Nations qui ont des enfants comptent près de trois fois plus d'enfants que les ménages dans l'ensemble de la population canadienne—3,2 vs 1,1 (Statistique Canada, 2007).

Le surpeuplement est défini comme le fait qu'il y ait plus d'une personne par pièce habitable (Jackson & Roberts, 2001). L'ERS 2008-10 révèle que 37,5 % (95 % IC [$\pm 2,5$]) des enfants vivent dans un logement surpeuplé, selon cette définition. Il s'agit d'une hausse depuis l'ERS 2002-03 : 32,4 %.

Revenu

Moins de la moitié des mères/tutrices (42,9 %, 95 % IC [$\pm 2,3$]) et des pères/tuteurs (45,7 %, 95 % IC [$\pm 2,3$]) ont un emploi rémunéré actuellement. Environ 43 % des enfants des Premières Nations vivent dans un ménage dont le revenu annuel est inférieur à 20 000 \$ (voir Tableau 30.1). Dans l'ensemble de la population canadienne, Statistique Canada (2011) estime que le revenu moyen des familles biparentales est de 75 880 \$ et celui des familles monoparentales est de 35 990 \$. En comparaison, le revenu moyen d'une famille est de 23 130 \$ en 2008-10 et de 19 716 \$ dans l'ERS 2002-03.

Tableau 30.1. Pourcentage de ménages avec des enfants, selon le revenu du ménage (n = 4,229)

Revenu du ménage	Ménages avec des enfants % [95 % IC]
9 999 ou moins	19,2 [$\pm 2,1$ %]
10 000 \$–19 999 \$	23,7 [$\pm 2,1$ %]
20 000 \$–29 999 \$	22,7 [$\pm 1,9$ %]
30 000 \$–39 999 \$	13,4 [$\pm 2,0$ %]
40 000 \$–49 999 \$	7,8 [$\pm 1,2$ %]
50 000 \$+	13,1 [$\pm 1,7$ %]

Scolarité des parents

Les parcours éducatifs suivants des parents des enfants ne devraient pas être considérés comme représentant la plus haute réalisation scolaire à vie étant donné que de nombreux parents des Premières Nations sont jeunes et peuvent toujours fréquenter l'école.

En ce qui concerne les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations, une plus grande proportion de mères/tutrices que de pères/tuteurs ont terminé leurs études secondaires (24,7 % vs 20,8 %). De plus, une plus grande proportion de mères/tutrices que de pères/tuteurs ont un baccalauréat ou un diplôme supérieur (5,8 % vs 3,1 %, voir Tableau 30.2).

On n'observe aucune variation significative du niveau de scolarité des parents entre l'ERS 2008-10 et l'ERS 2002-03 (voir Tableau 30.2).

La réussite scolaire plus faible des parents ou des tuteurs est associée au revenu plus faible du ménage. Une plus grande proportion d'enfants qui vivent dans un ménage à plus faible revenu (moins de 25 000 \$/an) ont des parents/tuteurs qui n'ont pas terminé leurs études secondaires comparativement à ceux qui vivent dans un ménage dont le revenu est plus élevé (25 000 \$ ou plus; voir Tableau 30.3).

Tableau 30.2. Plus haut niveau de scolarité des parents

	Scolarité de la mère		Scolarité du père			
	ERS 2008-10		ERS 2002-03	ERS 2008-10		ERS 2002-03
Plus haut niveau de scolarité complété	%	[95 % IC]	%	%	95 % IC	%
Études secondaires non complétées	51,0	[±2,9]	46,0	60,1	[±2,5]	56,6
Diplôme d'études secondaires	24,7	[±2,1]	24,4	20,8	[±2,1]	20,3
Diplôme collégial	18,5	[±1,8]	24,5	16,0	[±1,8]	20,4
Diplôme universitaire (baccalauréat, maîtrise, doctorat, ou diplôme professionnel)	5,8	[1,0]	5,0	3,1	[±0,6]	2,6

Tableau 30.3. Plus haut niveau de scolarité des parents, selon le revenu annuel du ménage

Plus haut niveau de scolarité complété	Moins de 25 000 \$		Plus de 25 000 \$	
	Mère	Père	Mère	Père
	%	%	%	%
Études secondaires non complétées	63,2	71,6	33,4	44,8
Diplôme d'études secondaires	22,5	17,0	23,3	24,2
Diplôme collégial	12,5	9,1	31,2	26,5
Diplôme universitaire (baccalauréat, maîtrise, doctorat, ou diplôme professionnel)	1,8	2,4	12,1	4,5

Arrangements en matière de garde d'enfants

La garde d'enfants est définie comme le fait qu'un enfant se fasse garder par quelqu'un d'autre que son parent ou son tuteur. Moins d'un tiers (28,8 %) des enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations se font garder selon les répondants. Il s'agit d'une diminution par rapport aux résultats de l'ERS 2002-03 qui indiquaient que 34,7 % des enfants se faisaient garder. Dans l'ERS 2008-10, les enfants qui se font garder passent en moyenne 21,1 (95 % IC [±1,5]) heures par semaine en service de garde. Les enfants âgés de 0 à 5 ans passent en moyenne 23,8 heures (95 % IC [±1,4]) par semaine en service de garde et les enfants âgés de 6 à 11 ans passent en moyenne 15,8 heures (95 % IC [±3,6]) par semaine en service de garde. En comparaison, les enfants dans l'ensemble de la population canadienne entre les âges de six mois et cinq ans passent en moyenne 29,0 heures par semaine en service de garde (Bushnik, 2006). De plus, 39,2 % des enfants des Premières Nations (de la naissance à 5 ans) se font garder, comparativement à 54 % des enfants dans l'ensemble de la population

canadienne (de 6 mois à 5 ans; Bushnik, 2006).

Parmi les enfants des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations qui se font garder, un pourcentage plus élevé se fait garder dans un milieu familial qu'en installation (58,0 % vs 39,2 %). Comme c'était le cas dans l'ERS 2002-03, les parents et les tuteurs des Premières Nations privilégient la garde en milieu familial, soit dans leur propre domicile ou dans celui d'une autre personne. Par rapport aux changements de types de garde depuis 2002-03, une plus grande proportion d'enfants se font garder en installation (39,2 % en 2008-10 vs 31,3 % en 2002-03), et une plus faible proportion d'enfants se font garder par un membre de la famille (53,8 % en 2008-10 vs 59,0 % en 2002-03). La proportion d'enfants qui se font garder par un membre de la famille est tout de même plus grande que celle observée dans l'ensemble de la population canadienne (53,8 % vs 30,0 %; Statistique Canada, 2006).

Tableau 30.4. Arrangements en matière de garde d'enfants, ERS 2008-10 et ERS 2002-03

	ERS 2008-10 (n = 1,686) % [95 % IC]	ERS 2002-03 %
Total des enfants qui se font garder	28,8 [±2,2]	34,7
Arrangements en matière de garde d'enfants		
Milieu familial	58,0	64,7
Domicile de l'enfant par un membre de la famille	21,7 [±3,0]	21,0
Domicile de l'enfant par frère ou sœur	4,6 [±1,7]	9,1
Domicile de l'enfant par non-membre de la famille	1,7 [±0,9]	2,4
Autre domicile par membre de la famille	27,5 [±3,3]	28,9
Autre domicile par non-membre de la famille	2,5 [±1,1]	2,6
Installation	39,2	31,3
Centre de la petite enfance, garderie ou prématernelle, garderie privée ou autre	33,8	27,9
Programmes avant et après l'école	5,4 [±2,1]	5,4
Autre	2,7	4,0

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Le ménage et le cadre de vie dans lequel nous grandissons est un déterminant de nombreux aspects de notre avenir : réussite scolaire, niveau de revenu, santé mentale, et bien-être général. L'ERS fournit des données qui appuient ce que les communautés des Premières Nations savent depuis longtemps : soit que les conditions de vie dans plusieurs communautés des Premières Nations nécessitent grandement d'être améliorées. On note de nombreux écarts entre les conditions de vie des enfants des Premières Nations et celles des enfants dans l'ensemble de la population canadienne.

Toutefois, les domaines où l'on note des écarts (revenu du ménage, niveau de scolarité des parents, et niveau d'occupation des logements) ne sont pas des conditions immuables. Tous ces facteurs peuvent changer. Les problèmes devraient être abordés de façon tripartite (fédéral, provincial/territorial et Premières Nations). En jumelant un soutien accru pour la culture, la famille et la communauté avec des stratégies de politiques publiques, il serait possible de créer des environnements plus favorables au développement des enfants. Les stratégies doivent cibler le niveau de scolarité des parents (qui accusent un retard important par rapport aux moyennes nationales), des stratégies de développement économique

soutenues, et des logements sécuritaires et adéquats. Des améliorations dans chacun de ces domaines devraient aider les parents/tuteurs dans les communautés à offrir un environnement domestique bienveillant qui favorise le sain développement des enfants des Premières Nations.

RÉFÉRENCES

- Aber, J., Bennett, N., Conley, D., & Li, J. (1997). The effects of poverty on child health and development. *Annual Review of Public Health, 18*, 463-83.
- Affaires indiennes et du Nord Canada, Evaluation, Performance Measurement, and Review Branch Audit and Evaluation Sector. (2011). Final report, evaluation of INAC'S on-reserve housing support, project number: 1570-7/07068. Consulté à partir de <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/aiarch/arp/ae/pubs/ev/orhs/orhs-eng.asp>
- Agence de santé publique du Canada. (2003). *Tuberculosis in Canada*. Ottawa: ASPC. Consulté à partir de <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/p7-eng.cfm>
- Bougie, E., (2011). Family, community, and aboriginal language among young enfants des Premières Nations living off reserve in Canada. *Canadian Social Trends, 9*. Consulté à partir de: <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=11-008-x&lang=eng>
- Bushnik, T. (2006). *Children and youth research paper series: Child care in Canada*. Ottawa: Special Surveys Division Statistics Canada. Consulté à partir de <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-599-m/89-599-m2006003-eng.pdf>
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *Premières Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002-03: Results for adults, youth and children qui vivent dans les communautés des Premières Nations*. Ottawa: Premières Nations Information Governance Committee, Assembly of Premières Nations.
- First Nations and Inuit Children and Youth Injury Indicators Working Group. (2010). *Developing injury prevention indicators for enfants des Premières Nations & youth in Canada*. Vancouver, BC: UBC. Consulté à partir de http://www.cyhrnet.ca/documents/Developing_Injury_Prevention_Indicators_for_First_Nations_Children_and_Youth.pdf
- Garzon, D. L. (2005). Contributing factors to preschool unintentional injury. *Journal of Pediatric Nursing, 20*(6), 441-47.
- Gouvernement du Canada. (2002). *The Well-being of Canada's young children: Government of Canada Report 2002*. Ottawa: Author. Consulté à partir de http://www.unionsociale.gc.ca/ecd/2003/report2_e/te.html#sect
- Hull, J. (2005). *Post-secondary education and labour market outcomes Canada, 2001*. Ottawa: Indian and Northern Affairs Canada. Consulté à partir de http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071213132733/http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/ra/pse/01/pt1-1_e.html
- Jackson, A., & Roberts, P. (2001). *Physical housing conditions and the well being of children*. Ottawa: Canadian Council on Social Development.

- Milan, A., Vézina, M., & Wells, C. (n.d.). *2006 Census: Family portrait: Continuity and change in Canadian Families and households in 2006: Findings*. Ottawa, Statistics Canada. Consulté à partir de <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-553/index-eng.cfm>
- Santé Canada. (1999). *A second diagnostic on the health of Premières Nations and Inuit people in Canada*. Ottawa: Author.
- Société canadienne de pédiatrie. (2007). Paediatrics and child health: Special issue on child poverty and health, *Paediatrics and Child Health*, 12(7).
- Société canadienne de pédiatrie. (2009). *Are we doing enough? A status report on Canadian public policy and child and youth health*. Ottawa: Author.
- Statistique Canada. (2005). *The study of participation in post-secondary education in Canada: Has the role of parental education and income changed over the 1990s?* Ottawa: Author. Consulté à partir de: <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/Statcan/11F0019MIE/11F0019MIE2005243.pdf>
- Statistique Canada. (2006). *Childcare: An eight-year profile: 1994-1995 to 2002-2003*. Consulté à partir de <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/060405/dq060405a-eng.htm>
- Statistique Canada. (2007). *Census families by number of children at home, by province and territory (2006 Census)*. Retrieved from <http://www40.statcan.ca/101/cst01/famil50a-eng.htm>
- Statistique Canada. (2009). *Low Income before after tax cut offs (1992 base) for economic families and persons not in economic families, 2005*. Consulté à partir de <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/ref/dict/tables/table-tableau-17-eng.cfm>
- Statistique Canada. (2011). *Income by family type*. Consulté à partir de <http://www40.statcan.gc.ca/101/cst01/famil106b-eng.htm>

Chapitre 31

Éducation et langue

SOMMAIRE

Les recherches en développement de l'enfant ont démontré que les différentes réalisations d'un enfant une fois adulte sont liées aux premières années de sa vie. Ce chapitre rend compte sur différentes expériences d'apprentissage et différents résultats chez les enfants des Premières Nations de la naissance à l'âge de 11 ans qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques, notamment l'apprentissage d'une langue, la culture, l'éducation de la petite enfance, et la scolarisation formelle. Les données générées par l'enquête révèlent que les principaux pourvoyeurs de soins accordent beaucoup d'importance aux liens qu'ils ont avec la culture et la langue de leur enfants, et que les enfants des Premières Nations peuvent compter sur de nombreuses sources de soutien autant dans leur famille que dans la communauté pour les aider à comprendre leur culture. Presque la moitié des enfants des Premières Nations peuvent parler ou comprendre une langue des Premières Nations, et un peu plus du tiers des enfants des Premières Nations dans les communautés des Premières Nations ont fréquenté un programme d'aide préscolaire aux Autochtones. On n'observe aucune association significative entre leur fréquentation et le fait de doubler ou de sauter une année à l'école primaire; cependant, davantage d'enfants des Premières Nations qui ont fréquenté un programme d'aide préscolaire aux Autochtones parlent ou comprennent une langue des Premières Nations. L'offre de services de soutien culturellement pertinents devrait être élargie afin de s'assurer que le système d'éducation répond aux besoins des enfants des Premières Nations.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Selon les répondants, près de la moitié (49,7 %) des enfants des Premières Nations peuvent parler ou comprendre une langue des Premières Nations.
- Donner l'occasion aux enfants des Premières Nations d'apprendre une langue des Premières Nations et de participer à des activités culturelles est très valorisé par les principaux pourvoyeurs de soins : plus de 85 % des principaux pourvoyeurs de soins indiquent que c'est important ou très important.
- Les enfants des Premières Nations ont de nombreuses sources de soutien dans leur vie pour les aider à comprendre leur culture. Les membres de la famille sont les principaux transmetteurs de la culture auprès des enfants des Premières Nations, mais les membres de la communauté, tels que les aînés, les amis et les enseignants contribuent également à la compréhension de la culture.
- Près de 20 % des enfants des Premières Nations âgés de 9 à 11 ans ont doublé une année. Selon les données issues de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes 2006-2007, à l'âge de 9 ans, ce sont 3,6 % des enfants dans l'ensemble de la population canadienne qui ont doublé une année.
- Un peu plus d'un tiers des enfants des Premières Nations ont participé au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Les enfants des Premières Nations y ayant participé sont plus susceptibles de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations.

INTRODUCTION

Le présent chapitre est axé sur la première période du long processus d'apprentissage tout au long de la vie : l'apprentissage chez les enfants des Premières Nations. Les recherches antérieures sur l'apprentissage des enfants des Premières Nations ont trop souvent été menées sous l'angle du déficit. Les études actuelles tendent à utiliser des cadres et des modèles eurocentriques, axés sur des comparaisons fondées sur des normes non autochtones entre les Premières Nations et l'ensemble de la population canadienne. Ces études ont souvent laissé de côté les convictions des Premières Nations en ce qui a trait à l'éducation et à l'apprentissage, tout comme elles ont omis de tenir compte des grandes forces du savoir des Premières Nations ainsi que des différentes sources et différents types d'apprentissage qui sont importants pour les Premières Nations. Les recherches ont également souvent omis d'aborder les contextes historique, politique et social qui ont une incidence sur les expériences d'apprentissage des enfants des Premières Nations.

Heureusement, les membres des communautés des Premières Nations ont investi beaucoup d'efforts pour recentrer le dialogue sur l'éducation et l'apprentissage chez les Premières Nations. Notamment, le Centre du savoir sur l'apprentissage chez les Autochtones du Conseil canadien sur l'apprentissage, dirigé par Marie Battiste, a changé sa perspective en passant des déficits de l'apprentissage à l'esprit de l'apprentissage (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2009).

Perspective des Premières Nations sur l'apprentissage

En dépit de la grande diversité historique et culturelle chez les Premières Nations du Canada, la plupart des Premières Nations partagent la même conception de l'apprentissage, soit celle d'un processus holistique tout au long de la vie (Battiste, 2005). Selon les Premières Nations, l'apprentissage est fait d'occasions formelles et informelles et est intimement lié au territoire, à la langue et à la culture. La langue constitue le fondement de l'apprentissage étant donné qu'elle façonne la manière dont nous en venons à connaître et à voir le monde. Selon Marie Battiste, « les langues autochtones sont le média de base pour la transmission et la survie de la conscience, des cultures, des littératures, des histoires, des religions, des institutions politiques et des valeurs autochtones[...]. Lorsque le savoir autochtone survit, il est transmis par la langue autochtone » (Battiste, 2000, p. 199). Ainsi, la préservation des langues des Premières Nations est essentielle à

l'apprentissage et à la continuation du savoir traditionnel.

La famille et la communauté sont des sources d'apprentissage importantes pour les enfants des Premières Nations. Tel que le Conseil canadien sur l'apprentissage l'a noté (2007, p. 80), « le foyer est la première salle de classe d'un enfant; les parents et les autres membres de la famille sont les premiers enseignants d'un enfant ». L'apprentissage expérientiel au sein du foyer et de la communauté est valorisé en tant que principale façon d'acquérir des connaissances.

Les systèmes d'éducation formels sont reconnus comme espaces d'apprentissage importants, mais ce sont également des sites de conflits pour les Premières Nations car ils privilégient souvent les modes de connaissances occidentaux et sont typiquement fondés sur des modèles d'apprentissage eurocentriques. Le système d'éducation canadien n'a jamais réussi à répondre aux besoins des étudiants des Premières Nations et s'est révélé une source continue de traumatisme colonial tel qu'infligé dans les pensionnats (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996). Malgré cela, les Premières Nations accordent beaucoup de valeur au système d'éducation formel comme moyen d'apprentissage et pour son potentiel à améliorer les conditions socioéconomiques individuelles et communautaires (Battiste & Smith, 2005; Schissel & Wotherspoon, 2003).

Dans un effort pour faire des écoles des endroits où les enfants et les adolescents des Premières Nations peuvent développer une image positive d'eux-mêmes, des approches holistiques de l'éducation fondées sur les perspectives et les expériences des Premières Nations sont élaborées (Centre national de collaboration de la santé autochtone, 2009). Le contrôle de l'éducation est crucial dans ce processus. La nécessité du contrôle de l'éducation des Premières Nations par les Premières Nations est soutenue depuis toujours par l'Assemblée des Premières Nations et a été inscrite à l'article 14 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, lequel stipule que « Les peuples autochtones ont le droit d'établir et de contrôler leurs propres systèmes et établissements scolaires où l'enseignement est dispensé dans leur propre langue, d'une manière adaptée à leurs méthodes culturelles d'enseignement et d'apprentissage » (Assemblée générale, ONU, 2007).

Associer apprentissage et bien-être

Selon les Premières Nations, l'apprentissage est étroitement lié à la santé et au bien-être. Cette façon de voir les choses est fondée sur la compréhension du bien-être

comme impliquant la santé totale de la personne entière dans l'ensemble de l'environnement (Dumont, 2005). L'importance de l'association entre l'apprentissage, dans sa forme holistique, et le bien-être est bien documentée dans la littérature. La connaissance de la langue et de la culture traditionnelles peuvent contribuer au bien-être en favorisant une image de soi positive et en permettant un meilleur accès aux cérémonies de guérison traditionnelles (McIvor, Napoleon, & Dickie, 2009). Une étude sur le suicide chez les adolescents a révélé que la continuité culturelle, une mesure de la préservation de l'héritage culturel, agit comme facteur de protection chez les jeunes (Chandler & Lalonde, 1998).

L'éducation formelle est également associée à l'état de santé. Les individus dont le niveau de scolarité est plus élevé tendent à avoir une meilleure sécurité d'emploi et un meilleur accès à un environnement sain, et ils sont davantage en mesure de comprendre et d'utiliser la littérature sur la santé, tous des facteurs qui contribuent à un plus grand bien-être (Loppie Reading & Wien, 2009). Chez les adolescents, il a été prouvé que le sentiment d'appartenance à l'école est associé à une bonne santé physique et affective (Cummins, Ireland, Resnick, & Blum, 1999).

Inspiré par la perspective des Premières Nations sur l'apprentissage, ce chapitre rend compte sur certains aspects du processus d'apprentissage des enfants, y compris la participation au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, la connaissance de la langue, les expériences scolaires, et la participation à des activités culturelles. Lorsque cela est possible, les données de l'ERS 2002-03 (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005) sont intégrées afin de mieux constater la variation des indicateurs au cours de cette période.

MÉTHODOLOGIE

Les résultats présentés dans ce chapitre se rapportent à l'éventail complet d'expériences d'apprentissage des enfants. Les variables clés examinées comprennent la mesure de la capacité des enfants des Premières Nations de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations, la participation à des activités culturelles, l'importance qu'accordent les principaux pourvoyeurs de soins à la connaissance de la langue et à la participation à des activités culturelles par les enfants des Premières Nations, les sources de soutien pour comprendre la culture, et le temps passé à lire en dehors des heures de classe. Les indicateurs liés aux expériences scolaires formelles sont également compris, tels que la mesure de la fréquentation à un programme d'aide préscolaire

aux Autochtones, et le pourcentage d'enfants des Premières Nations qui doublent ou sautent une année.

Les deux groupes de résultats sont mis en contexte à l'aide de variables descriptives disponibles dans l'ensemble de données, telles que le revenu des parents; le niveau de scolarité des parents; l'âge des enfants des Premières Nations; le sexe; la taille de la communauté; et le statut urbain, rural ou éloigné de la communauté. Les résultats de l'ERS 2002-03 et d'autres enquêtes nationales canadiennes sont également présentés lorsque cela s'avère pertinent. Les résultats rapportés sont significatifs selon des intervalles de confiance de 95 %, à moins d'indication contraire.

RÉSULTATS

Langue et culture

Les principaux pourvoyeurs de soins accordent beaucoup de valeur à l'apprentissage d'une langue des Premières Nations. En effet, 64,1 % (95 % IC [$\pm 2,2$]) d'entre eux indiquent qu'il est très important que leur enfant des Premières Nations apprenne une langue des Premières Nations, et 28,4 % (95 % IC [$\pm 2,1$]) indiquent que c'est assez important. Il s'agit de résultats à peu près semblables à ceux de l'ERS 2002-03 où 64,3 % des pourvoyeurs de soins des Premières Nations indiquaient que c'était très important et 28,6 % indiquaient que c'était assez important; ces résultats sont toutefois beaucoup plus élevés que ceux rapportés pour les enfants des Premières Nations vivant hors réserve dans l'Enquête auprès des peuples autochtones 2006 dans laquelle 69 % des répondants indiquaient qu'il était très ou assez important que leur enfant apprenne une langue autochtone (Statistique Canada, 2010).

La connaissance actuelle d'une langue des Premières Nations par les enfants des Premières Nations a également été investiguée. Près de la moitié (49,7 %, 95 % IC [$\pm 2,2$]) des principaux pourvoyeurs de soins rapportent que leur enfant des Premières Nations peut parler ou comprendre une langue des Premières Nations, et un quart (25,0 %, (95 % IC [$\pm 1,8$])) rapportent que leur enfant des Premières Nations utilise une langue des Premières Nations dans la vie de tous les jours. Parmi ceux qui rapportent pouvoir parler ou comprendre une ou plusieurs langues des Premières Nations, 14,2 % des enfants âgés de 3 à 11 ans ont un niveau de compétence intermédiaire ou supérieur, tandis que 85,8 % ont un niveau de compétence élémentaire pour l'expression orale ou la compréhension. Bien que ce ne soit pas directement comparable en raison des différences d'âge et de questions, selon l'Enquête

auprès des peuples autochtones 2006, environ 17 % des enfants âgés de 6 à 14 ans peuvent parler *et* comprendre une langue des Premières Nations, et environ 32 % peuvent comprendre uniquement (Bougie, 2009). Les résultats de l'ERS 2002-03 révélaient que 25,2 % des enfants âgés de 3 à 11 ans pouvaient comprendre et 19,3 % pouvaient parler une langue des Premières Nations de façon courante ou relativement bien.

Un certain nombre de facteurs semblent être liés à la capacité des enfants des Premières Nations de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations. Davantage d'enfants dans les communautés urbaines et de grande taille (plus de 1 500 personnes) seraient capables de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations que ceux dans les communautés rurales ou de petite taille. La connaissance d'une langue chez les

enfants des Premières Nations dans les communautés éloignées ou d'accès difficile n'est pas beaucoup plus élevée que chez les enfants des Premières Nations dans les communautés urbaines. Une plus grande proportion de principaux pourvoyeurs de soins dans les communautés éloignées ou difficile d'accès rapportent qu'il est très important que leur enfant des Premières Nations apprenne une langue des Premières Nations, comparativement à ceux dans les communautés urbaines (77,4 % vs 63,9 % respectivement). Le niveau de scolarité des parents semble également être associé à la connaissance d'une langue : davantage d'enfants des Premières Nations dont au moins un parent a un diplôme universitaire ou supérieur parlent ou comprennent une langue des Premières Nations que les enfants des Premières Nations dont les parents n'ont pas terminé leurs études secondaires, ou ont un diplôme d'études secondaires ou collégiales.

Tableau 31.1. Pourcentage d'enfants des Premières capables de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations, selon certains facteurs démographiques

	%	95 % IC
Type de communauté		
Urbaine	50,2	[±4,4]
Rurale	46,5	[±3,3]
Éloignée ou difficile d'accès	58,2	[±6,2]
Taille de la population de la communauté		
Petite (75–300)	39,3	[±6,8]
Moyenne (301–1 500)	49,6	[±3,3]
Grande (plus de 1 500)	51,3	[±3,3]
Plus haut niveau de scolarité des parents		
Études secondaires non complétées	47,8	[±3,3]
Études secondaires	47,7	[±4,4]
Diplôme d'études collégiales	52,0	[±4,4]
Baccalauréat, études supérieures, ou professionnelles	62,4	[±6,0]

Tableau 31.2. Pourcentage de pourvoyeurs de soins qui indiquent qu'il est très important que leur enfant des Premières Nations apprenne une langue des Premières Nations, selon l'éloignement de la communauté (n = 5,749)

Type de communauté	%	95 % IC
Urbaine	63,9	[±4,4]
Rurale	59,8	[±3,3]
Éloignée ou difficile d'accès	77,4	[±4,0]

Les événements culturels traditionnels jouent également un rôle important dans la vie des enfants des Premières Nations. Un peu plus de la moitié (53,6 %, 95 % IC [±2,5]) des principaux pourvoyeurs de soins estiment que les événements culturels traditionnels jouent un rôle très important, tandis

que 33,5 % (95 % IC [±2,2]) estiment qu'ils sont assez importants. Malgré l'importance accordée aux événements culturels traditionnels, la majorité (69,1 %) des enfants des Premières Nations n'ont jamais participé à des groupes ou des leçons de chant, de tambour ou de danse traditionnels en dehors des heures de classe. L'enquête ne vérifiait pas auprès des principaux pourvoyeurs de soins si leurs enfants des Premières Nations participent à d'autres types d'activités ou d'événements culturels. On observe une hausse de l'importance accordée aux événements culturels traditionnels dans la présente enquête; 53,6 % des pourvoyeurs de soins des Premières Nations dans l'ERS 2008-10 indiquent que les événements culturels traditionnels sont très importants, comparativement à 44,5 % dans l'ERS 2002-03.

Tableau 31.3. Pourcentage de principaux pourvoyeurs de soins des enfants des Premières Nations selon l'importance accordée aux événements culturels traditionnels dans la vie des enfants des Premières Nations (n = 5,755)

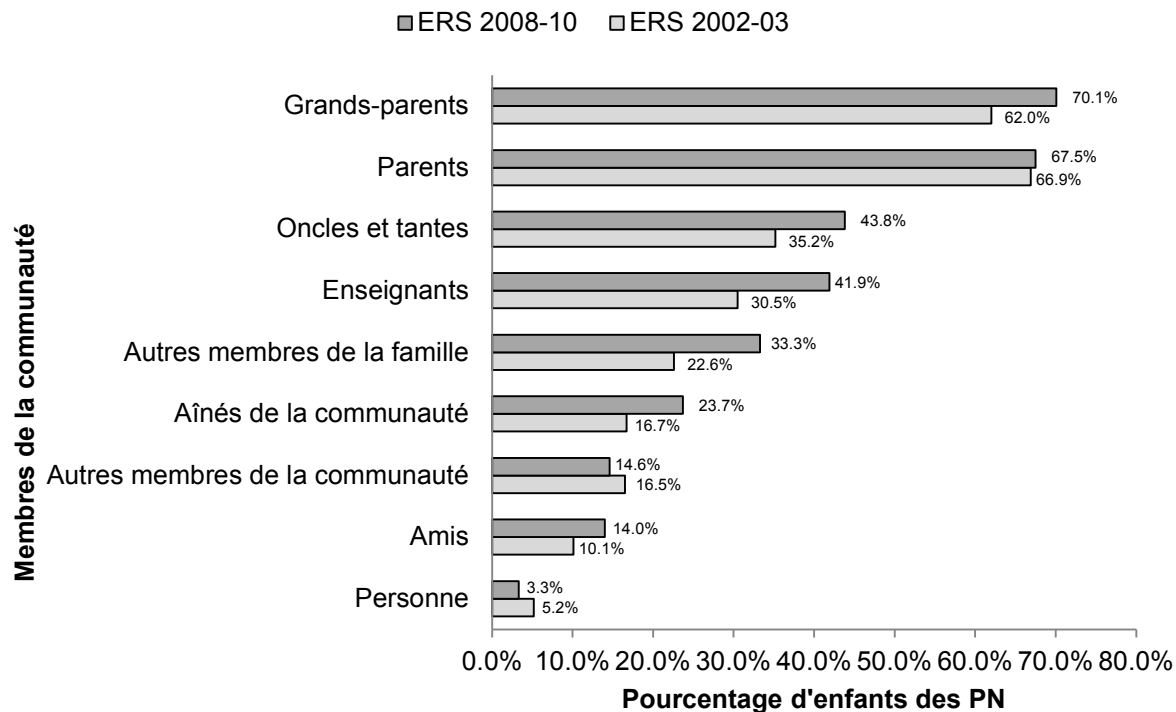
Importance	%	95 % IC
Très important	53,6	[±2,5]
Assez important	33,5	[±2,2]
Peu important	8,3	[±1,2]
Pas important	4,6	[±1,0]

Tableau 31.4. Pourcentage d'enfants des Premières Nations qui participent à des groupes ou des leçons de chant, de tambour ou de danse traditionnels en dehors des heures de classe (n = 4968)

Fréquence	%	95 % IC
Jamais	69,1	[±2,3]
Moins d'une fois par semaine	17,4	[±1,5]
1–3 fois par semaine	9,6	[±1,2]
4 fois ou plus par semaine	3,9	[±0,9]

Les enfants des Premières Nations ont de nombreuses sources de soutien pour comprendre leur culture des Premières Nations. Les grands-parents (70,1 %) et les parents (67,5 %) sont les sources de soutien les plus fréquemment citées, suivis des oncles et des tantes (43,8 %). Les enseignants (41,9 %) aident également les enfants des Premières Nations à comprendre leur culture (95 % IC [±1,6], [±2,1], [±2,3], et [±2,5], respectivement). Les grands-parents, les oncles et les tantes, les enseignants, les autres membres de la famille élargie, et les aînés de la communauté ont été cités plus souvent dans l'ERS 2008-10 que dans l'ERS 2002-03 comme aidant les enfants des Premières Nations à comprendre leur culture.

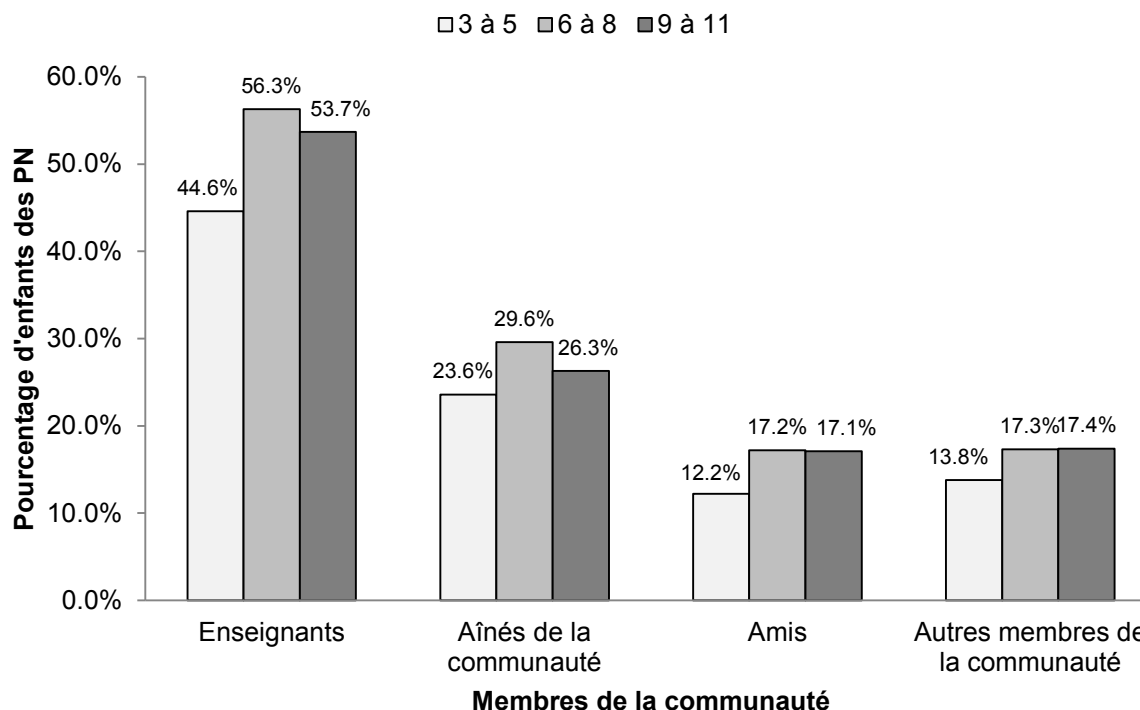
Figure 31.1. Personnes qui aident les enfants des Premières Nations à comprendre leur culture, tel que rapporté par les principaux pourvoyeurs de soins



Bien que les sources familiales de soutien ne varient pas beaucoup selon l'âge, le réseau de soutien des enfants des Premières Nations dans la communauté augmente légèrement avec l'âge. Les plus grandes

différences observées se rapportent au fait que les enseignants et les aînés de la communauté sont plus une source de soutien lorsque les enfants atteignent 6 ans.

Figure 31.2. Membres de la communauté qui aident les enfants à comprendre leur culture, selon l'âge des enfants des Premières Nations, tel que rapporté par les principaux pourvoyeurs de soins (n = 5,869)



La participation des parents à l'éducation culturelle de leurs enfants des Premières Nations augmente lorsque le niveau de scolarité est plus élevé. La majorité (83,7 %, 95 % IC [$\pm 4,0$]) des parents qui ont un baccalauréat, un diplôme d'études supérieures ou professionnelles rapportent aider leurs enfants des Premières Nations à comprendre leur culture, comparativement à 62,7 % (95 % IC [$\pm 3,2$]) des parents qui n'ont pas terminé leurs études secondaires. Un niveau de revenu plus élevé favorise également une plus grande participation parentale; davantage de parents ayant un revenu annuel supérieur à 25 000 \$ rapportent participer à l'éducation culturelle de leur enfant des Premières Nations que de parents dont le revenu annuel est inférieur à 25 000 \$. Toutefois, un revenu annuel supérieur à 60 000 \$ n'augmente pas de façon significative la proportion de participation parentale, comparativement à la tranche de revenus entre 25 000 \$ et 59 999 \$ (voir Tableau 31.5).

Tableau 31.5. Pourcentage d'enfants des Premières Nations dont les parents les aident à comprendre leur culture, selon la scolarité et le revenu des parents

	%	95 % IC
Niveau de scolarité des parents		
Études secondaires non complétées	62,7	[$\pm 3,2$]
Études secondaires	69,9	[$\pm 3,3$]
Études collégiales	72,4	[$\pm 3,3$]
Baccalauréat, études supérieures ou professionnelles	83,7	[$\pm 4,0$]
Revenu annuel des parents (n = 5,877)		
Moins de 25 000 \$	63,4	[$\pm 3,6$]
25 000 \$–59 999 \$	73,1	[$\pm 3,0$]
60 000 \$ ou plus	71,8	[$\pm 7,6$]

Confirmant le lien entre la langue et la culture, une plus grande proportion d'enfants des Premières Nations qui participent à des chants, du tambour ou de la danse traditionnels ont plus fréquemment la capacité de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations (voir Tableau 31.6).

Tableau 31.6. Pourcentage d'enfants des Premières Nations qui parlent ou comprennent une langue des Premières Nations, selon leur participation à du chant, du tambour ou de la danse traditionnels (n = 5,623)

Fréquence de participation à du chant, du tambour ou de la danse traditionnels	% qui parlent ou comprennent une langue des Premières Nations	95 % IC
Jamais	46,0	[±2,6]
Moins d'une fois/semaine	60,1	[±5,0]
1–3 fois/semaine	61,4	[±8,4]
4 fois ou plus par semaine	69,7	[±9,4]

Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, scolarisation, et lecture

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones est un programme éducatif pour la petite enfance axé sur la culture qui se fonde sur le développement spirituel, affectif, intellectuel et physique des enfants des Premières Nations. Le but est de susciter chez l'enfant un désir d'apprendre tout au long de la vie et d'impliquer les parents et les membres de la communauté dans tous les aspects du programme en reconnaissant qu'ils sont les premiers enseignants et pourvoyeurs de soins dans la vie des enfants (Greenwood, 2006). La participation des enfants des Premières Nations à un programme éducatif pour la petite enfance axé sur la culture est associée à des comportements prosociaux, même après avoir vérifié les variables sociodémographiques (Findlay & Kohen, 2010).

Selon l'ERS 2008-10, un peu plus d'un tiers (36,4 %, 95 % IC [±3,2]) des enfants des Premières Nations ont fréquenté un programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Bien que le fait de fréquenter un programme d'aide préscolaire aux Autochtones ne soit pas associé au fait qu'un enfant des Premières Nations double une année, les résultats montrent que davantage d'enfants des Premières Nations ayant fréquenté un programme d'aide préscolaire aux Autochtones sont capables de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations que ceux n'ayant pas fréquenté ce programme (55,8 % vs 45,6 %, 95 % IC [±3,9] et [±2,7]). Les enfants des Premières Nations qui ne vivent pas dans une communauté des Premières Nations semblent beaucoup moins susceptibles de fréquenter un programme de prématernelle pour les Autochtones : seuls 17 % des répondants dans l'Enquête auprès des peuples autochtones 2006 rapportent une fréquentation (Bougie, 2006).

Presque tous (99,2 %, 95 % IC [±0,3]) les enfants des Premières Nations âgés de 6 à 11 ans qui vivent dans les communautés des Premières Nations sont rapportés

comme fréquentant actuellement l'école primaire. Le seul indicateur de performance à l'école compris dans l'ERS 2008-10 est une question pour savoir si un enfant des Premières Nations a déjà doublé ou sauté une année. Les données révèlent qu'un plus grand pourcentage d'enfants des Premières Nations âgés de 6 à 11 ans ont doublé une année que sauté une année (13,7 % vs 3,1 %, 95 % IC [±1,8] et [±1,2], respectivement). En outre, le pourcentage d'enfants des Premières Nations qui ont doublé une année augmente de façon significative dans les groupes d'âges plus élevés, avec 19,7 % (95 % IC [±4,0]) des enfants des Premières Nations âgés de 9 à 11 ans qui ont doublé une année. Les garçons des Premières Nations âgés de 6 à 11 ans ont doublé une année beaucoup plus fréquemment que les filles du même âge (16,1 % vs 11,4 %, 95 % IC [±2,4] et [±2,6], respectivement). Toutefois, le fait de doubler ou de sauter une année ne varie pas beaucoup selon le revenu des parents ou l'isolement relatif de la communauté de l'enfant des Premières Nations.

Les résultats rapportés ici sont plus bas que les pourcentages de répétition d'une année rapportés par l'ERS 2002-03, où 18,0 % des enfants des Premières Nations âgés de 6 à 11 ans étaient rapportés comme ayant doublé une année. Bien que le pourcentage d'enfants des Premières Nations ayant doublé une année soit plus bas dans l'ERS 2008-10 que dans l'ERS 2002-03, il est considérablement plus élevé que la proportion de répétition d'une année chez les enfants dans l'ensemble de la population canadienne. Selon les données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes 2006–2007, à l'âge de 9 ans, ce sont 3,6 % des enfants qui ont doublé une année (Thomas, 2009).

Tableau 31.7. Pourcentage d'enfants des Premières Nations qui ont doublé ou sauté une année, selon le groupe d'âge

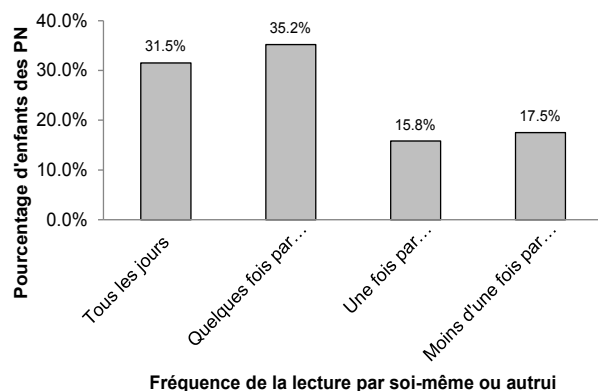
Âge	% d'enfants qui ont doublé une année	95 % IC	% d'enfants qui ont sauté une année	95 % IC
Total	13,7	[±1,8]	3,1	[±1,2]
6–8	9,0	[±1,8]	2,2	[±0,8]
9–11	17,9	[±3,2]	3,9	[±2,3]

Seuls 2,6 % des principaux pourvoyeurs de soins des Premières Nations rapportent s'être fait dire que leur enfant des Premières Nations avait un trouble d'apprentissage, 2,0 % se sont fait dire que leur enfant des Premières Nations avait un trouble de déficit de l'attention ou un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDA/TDAH), 95 % IC [±0,7] et [±0,5], respectivement. La prévalence de troubles de l'apprentissage chez les enfants des Premières Nations est comparable à celle chez les enfants dans l'ensemble de la population canadienne, où l'on estime que 3,2 % des enfants d'âge scolaire ont un

trouble de l'apprentissage (Statistique Canada, 2007). Les taux de TDAH dans l'ensemble de la population sont difficiles à déterminer, mais une enquête en 2002 a révélé que la prévalence du TDAH chez les enfants d'âge scolaire au Canada varie généralement entre 5 % et 10 % (Romano, Baillargeon, & Tremblay, 2002).

Un certain nombre d'études ont démontré que les activités de lecture à la maison peuvent avoir une incidence significative sur les compétences en lecture des enfants (Bus, van IJzendoorn, & Pellegrini, 1995; Lipps & Yiptong-Avila, 1999). Reconnaisant l'importance de la lecture en dehors de l'école, des questions ont été posées aux pourvoyeurs de soins dans l'ERS 2008-10 afin de déterminer à quelle fréquence leur enfant des Premières Nations lit ou se fait faire la lecture pour le plaisir. Environ un tiers (31,5 %) des enfants des Premières Nations lisent ou se font faire la lecture tous les jours, et un autre tiers (35,2 %) lisent ou se font faire la lecture quelques fois par semaine. Cependant, près d'un enfant sur cinq (17,5 %) lit ou se fait faire la lecture moins d'une fois par mois ou presque jamais (95 % IC [$\pm 1,9$], [$\pm 1,8$], et [$\pm 1,6$], respectivement).

Figure 31.3. Fréquence de la lecture par soi-même ou par quelqu'un d'autre pour le plaisir (n = 5,719)



Bien qu'aucune mesure formelle des compétences en lecture des enfants des Premières Nations n'ait été comprise dans l'ERS 2008-10, une proportion considérablement plus grande d'enfants des Premières Nations rapportés comme lisant ou se faisant faire la lecture tous les jours ou quelques fois par semaine parlent ou comprennent une langue des Premières Nations (52,9 % et 51,7 %, respectivement) que les enfants des Premières Nations rapportés comme ne lisant ou ne se faisant lire presque jamais (40,8 %).

Tableau 31.8. Pourcentage d'enfants des Premières Nations qui peuvent parler ou comprendre une langue des Premières Nations, selon la fréquence de la lecture par soi-même ou par quelqu'un d'autre (n = 5,545)

Fréquence de la lecture	% qui parlent ou comprennent une langue des Premières Nations	95 % IC
Tous les jours	52,9	[$\pm 3,6$]
Quelques fois par semaine	51,7	[$\pm 3,5$]
Une fois par semaine ou quelques fois par mois	51,3	[$\pm 4,5$]
Moins d'une fois par mois ou presque jamais	40,8	[$\pm 4,2$]

DISCUSSION

Malgré les forces colonisatrices et les efforts concertés pour faire disparaître les cultures et les langues des Premières Nations, de nombreuses communautés des Premières Nations ont réussi à préserver leurs langues et leurs enseignements traditionnels. Le maintien de ces langues est essentiel aux cultures, aux identités et au savoir des Premières Nations. Actuellement, de nombreuses langues des Premières Nations sont menacées, et ce sont les enfants des Premières Nations d'aujourd'hui qui seront responsables de leur préservation (Norris, 2004). Comme l'aînée Shuswap, Mary Thomas, l'a dit : « Les valeurs de nos gens ont assuré notre existence. Elles doivent maintenant être transmises aux enfants. Les enfants sont notre avenir et notre survie » (Agence de santé publique du Canada, n.d.).

Les langues des Premières Nations sont parlées ou comprises par environ la moitié des enfants des Premières Nations participant à cette enquête. Parmi les enfants que les pourvoyeurs de soins rapportent comme parlant une ou plusieurs langues des Premières Nations, 11,6 % ont une capacité intermédiaire ou supérieure, tandis que 88,4 % peuvent parler quelques mots ou ont une capacité élémentaire. De plus, un enfant des Premières Nations sur quatre est rapporté comme parlant une langue des Premières Nations dans sa vie de tous les jours. Les enfants des Premières Nations qui vivent dans une communauté urbaine ou de grande taille parlent ou comprennent une langue des Premières Nations plus souvent que ceux qui vivent dans une communauté plus petite ou plus isolée. Étant donné le lien entre l'apprentissage d'une langue, le développement d'une image de soi positive, la réalisation scolaire, et la santé (McIvor et al., 2009), de plus grands efforts devraient être investis pour s'assurer que tous les enfants des Premières Nations ont l'occasion d'apprendre leur langue des Premières Nations. L'importance accordée par les principaux

pourvoyeurs de soins à la connaissance d'une langue des Premières Nations par les enfants des Premières Nations laisse croire qu'ils sont susceptibles d'être assez réceptifs à l'idée de programmes de langues ou d'une plus grande intégration de l'apprentissage des langues à l'école.

La participation des enfants des Premières Nations aux événements culturels traditionnels est également très valorisée par les principaux pourvoyeurs de soins. Cependant, seulement environ un enfant des Premières Nations sur quatre participe à des groupes ou des leçons de chant, de tambour ou de danse traditionnels en dehors des heures de classe. Cela ne représente certainement pas l'éventail complet d'activités et d'événements culturels auxquels les enfants des Premières Nations participent. Les résultats mettent toutefois en évidence le lien entre la langue et la culture, démontrant que les enfants des Premières Nations qui participent à ces activités sont également capables de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations plus souvent. Il pourrait s'avérer utile de rassembler davantage d'information sur les différents événements ou activités culturels auxquels les enfants des Premières Nations participent, ainsi que sur les obstacles qui peuvent empêcher les enfants des Premières Nations de participer à des activités culturelles ou d'apprendre leur langue.

Bien que de nombreux enfants des Premières Nations baignent dans la culture occidentale, l'importance qu'accordent les principaux pourvoyeurs de soins à la connaissance des activités culturelles et des langues par les enfants des Premières Nations suggère qu'il y a un fort potentiel de préservation du lien avec leurs cultures et leurs langues des Premières Nations par les enfants des Premières Nations. Les enfants des Premières Nations peuvent également compter sur plusieurs sources de soutien au sein de leur famille et dans la communauté élargie pour les aider à grandir et à développer une forte identité culturelle. Bien que les membres de la famille sont plus souvent cités comme sources de soutien pour la compréhension culturelle des enfants des Premières Nations, de nombreux enfants des Premières Nations reçoivent également du soutien de membres de la communauté tels que des aînés, des enseignants, et des amis. C'est là un élément important parce que les familles et les communautés jouent un rôle crucial dans la transmission de la langue et de la culture (Norris, 2004). Il est encourageant de constater que 96,7 % des enfants des Premières Nations sont rapportés comme ayant au moins une source de soutien pour la compréhension de leur culture.

CONCLUSIONS

Les programmes éducatifs pour la petite enfance axés sur la culture tels que le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones peuvent également soutenir les enfants des Premières Nations dans leur apprentissage culturel. Les résultats ici suggèrent que les enfants des Premières Nations qui ont fréquenté un programme d'aide préscolaire aux Autochtones sont plus susceptibles de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations. Bien qu'il ne s'agisse pas nécessairement d'une relation de cause à effet, la langue et la culture sont au cœur des programmes d'aide préscolaire aux Autochtones. D'ailleurs, une évaluation du programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques a révélé que la plupart des centres d'aide préscolaire aux Autochtones utilisent au moins une langue autochtone comme première langue d'enseignement (Santé Canada, 2000).

Ces résultats laissent croire que les programmes d'aide préscolaire aux Autochtones devraient être élargis et ouverts à davantage d'enfants des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations. L'information évaluative sur l'efficacité des programmes d'aide préscolaire aux Autochtones pourrait aider à convaincre les bailleurs de fonds de soutenir l'expansion du programme. Les résultats qui indiquent que près d'un enfant des Premières Nations sur cinq âgé de 9 à 11 ans qui vit dans une réserve ou dans une collectivité nordique a doublé une année mettent en évidence la nécessité d'un soutien accru pour l'apprentissage au cours de la petite enfance. Ce pourcentage élevé suggère également que davantage doit être fait dans les écoles primaires pour soutenir les élèves. Des services culturellement appropriés devraient être élargis afin de s'assurer que le système d'éducation répond aux besoins des enfants des Premières Nations.

RÉFÉRENCES

- Assemblée générale de l'ONU. (2007). *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples : resolution / adopted by the General Assembly, October 2, 2007*. Consulté à partir de <http://www.unhcr.org/refworld/docid/471355a82.html>
- Agence de santé publique du Canada. (n.d.). *Aboriginal children: The healing power of cultural identity - childhood and adolescence*. Consulté à partir de <http://origin.qa.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/aboriginal-autochtones-eng.php>
- Battiste, M. (2000). *Maintaining Aboriginal identity, language, and culture in modern society*. In E. Battiste (Ed.), *Reclaiming indigenous voice and vision*. Vancouver: UBC Press.
- Battiste, M. (2005). *State of Aboriginal learning: Background paper for the national dialogue on aboriginal learning*.

- Ottawa: Canadian Council on Learning.
- Battiste, M., & Smith, S. (2005). *State of Premières Nations learning*. Ottawa: Canadian Council on Learning.
- Bougie, E. (2009). *Aboriginal Peoples Survey, 2006: School experiences of off-reserve enfants des Premières Nations aged 6 to 14*. Ottawa: Statistics Canada.
- Bus, A. G., van IJzendoorn, M. H., & Pellegrini, A. D. (1995). Joint book reading makes for success in learning to read: A meta-analysis on intergenerational transmission of literacy. *Review of Educational Research, 65*(1), 1–21.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's Premières Nations. *Transcultural Psychiatry, 35*(2), 191–219
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *Premières Nations Regional Longitudinal Health Survey (ERS) 2002–03: Results for adults, youth and children living in communautés des Premières Nations*. Ottawa: Premières Nations Information Governance Committee, Assembly of Premières Nations.
- Commission royale sur les peuples autochtones. (1996). *Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples*. Ottawa: Canada Communications Group.
- Conseil canadien sur l'apprentissage. (2007). *State of learning in Canada: No Time for complacency*. Ottawa: Author. Consulté à partir de http://www.ccl-cca.ca/pdfs/SOLR/2007/NewSOLR_Report.pdf
- Conseil canadien sur l'apprentissage. (2009). *The state of Aboriginal learning in Canada: A holistic approach to measuring success*. Ottawa: Author.
- Cummins, J.-R. C., Ireland, M., Resnick, M. D., & Blum, R. W. (1999). Correlates of physical and emotional health among Native American adolescents - Scholars Portal Journals. *Journal of Adolescent Health, 24*(1), 38–44
- Dumont, J. (2005). *Premières Nations Regional Longitudinal Health Survey (ERS) Cultural Framework*. Ottawa: Premières Nations Information Governance Committee, Assembly of Premières Nations. Consulté à partir de http://www.fnigc.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_General/developing-a-cultural-framework.pdf
- Findlay, L. C., & Kohen, D. E. (2010). Child care for enfants des Premières Nations living off reserve, Métis children, and Inuit children. *Canadian Social Trends, 90*. Consulté à partir de <http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/af-fdr.cgi?l=eng&loc=2010002/article/11344-eng.pdf>
- Greenwood, M. (2006). Children are a gift to us: Aboriginal-specific early childhood programs and services in Canada. *Canadian Journal of Native Education, 29*(1), 12.
- Lipps, G., & Yiptong-Avila, J. (1999). *From Home to School - How Canadian Children Cope*. Ottawa: Statistics Canada.
- Loppie Reading, C., & Wien, F. (2009). *Health inequalities and social determinants of aboriginal peoples' health*. Ottawa: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- McIvor, O., Napoleon, A., & Dickie, K. M. (2009). Language and culture as protective factors for at-risk communities. *Journal of Aboriginal Health, 5*(1), 6–25.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health. (2009). *Education as a social determinant of Premières Nations, Inuit and Métis health*. Consulté à partir de http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/fact%20sheets/social%20determinates/NCCAH_fs_education_EN.pdf
- Norris, M. J. (2004). From generation to generation: Survival and maintenance of Canada's aboriginal languages, within families, communities and cities. *TESL Canada Journal, 21*(2).
- Romano, E. Baillargeon, R. H., & Tremblay, R. E. (2002). *Prevalence of Hyperactivity-Impulsivity and Inattention Among Canadian Children: Findings from the First Data Collection Cycle (1994-1995) of the National Longitudinal Survey of Children and Youth: Final Report*. Ottawa: Human Resources Development Canada.
- Santé Canada. (2000). *Aboriginal Head Start Initiative: Children making a community whole: A review of Aboriginal Head Start in urban and northern communities*. Ottawa: Author. Consulté à partir de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/ahs-papa-cmcw-essuc/pdf/ahs-papa-cmcw-essuc-eng.pdf>
- Schissel, B., & Wotherspoon, T. (2003). *The legacy of school for aboriginal people: Education, oppression, and emancipation*. Don Mills, ON: Oxford University Press.
- Statistique Canada. (2007). *Participation and Activity Limitation Survey 2006: Analytical report*. Ottawa: Author.
- Statistique Canada. (2010). *2006 Profile of Aboriginal Children, Youth and Adults*. Ottawa: Author. Consulté à partir de http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/89-635/P4.cfm?Lang=eng&age=2&ident_id=2&B1=0&geocode1=001&geocode2=000
- Thomas, E. (2009). *Canadian nine-year-olds at school*. Ottawa: Statistics Canada.

Chapitre 32

Activité physique et nutrition

SOMMAIRE

Il est de plus en plus évident que la santé des enfants canadiens est en déclin, une tendance qui s'explique en grande partie par une réduction de l'activité physique et un changement des habitudes alimentaires. Ce chapitre se fonde sur les données de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 pour offrir un portrait des tendances en matière d'activité physique et d'alimentation chez les enfants des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Les résultats de l'ERS 2008-10 révèlent qu'une proportion importante d'enfants des Premières Nations sont considérés comme en surpoids ou obèses. Plus de la moitié des enfants des Premières Nations sont classés comme étant actifs physiquement et comme ayant (« toujours ou presque toujours ») un régime alimentaire nutritif et équilibré. L'importance de l'activité physique et de la nutrition est mise en évidence dans la mesure où elles sont associées à un éventail de facteurs positifs, autant physiques que psychosociaux. Une stratégie pour de saines habitudes de vie qui intégrerait et arrimerait l'activité physique et la nutrition pourrait contribuer à l'élaboration d'interventions pour aider les enfants des Premières Nations à réaliser et à maintenir un mode de vie sain.

PRINCIPAUX CONSTATS

- 37,5 % des enfants des Premières Nations (âgés de 2 à 11 ans) qui vivent dans une communauté des Premières Nations ont un poids normal ou une insuffisance pondérale, 20,3 % sont en surpoids, et 42,2 % sont obèses.
- 17,9 % des enfants des Premières Nations (âgés de 6 à 11 ans) sont considérés comme inactifs, 20,2 % sont considérés comme modérément actifs, et 61,9 % sont considérés comme actifs.
- La marche est l'activité physique la plus fréquemment rapportée chez les enfants des Premières Nations (au cours de l'année précédant l'Enquête; 81,4 %), suivie de la natation (54,9 %), de la course à pied ou jogging (51,6 %), de la bicyclette ou du vélo de montagne (48,3 %), de la cueillette de baies ou autres aliments (31,5 %), de la danse (aérobique, traditionnelle ou moderne (28,7 %), et du patinage (25,6 %).
- Au cours d'une journée moyenne, plus d'un tiers (37 %) des enfants des Premières Nations passent plus de 1,5 heure à regarder la télévision, 8,3 % passent plus de 1,5 heure sur l'ordinateur, et 20,6 % passent plus de 1,5 heure à jouer à des jeux vidéo.
- Au cours des 12 mois précédant l'Enquête, plus de la moitié (58,6 %) des enfants des Premières Nations ont « toujours » ou « presque toujours » eu un régime alimentaire nutritif et équilibré, tandis que pour 36,4 % cela a « parfois » été le cas.
- Le fait d'être actif est associé de façon positive à la consommation de légumes, de baies et autres végétaux sauvages, d'aliments traditionnels, et à la participation à des sports d'équipe ou à des cours de sport, à des cours de chant, de danse et de tambour traditionnels.
- Le fait de « toujours » ou « presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré est associé de façon positive à un « excellent » état de santé; à la participation à des sports d'équipe ou à des cours de sport, à des cours de chant, de danse et de tambour traditionnels; au partage d'aliments traditionnels; à la consommation de légumes et de fruits; à la consommation de certains aliments traditionnels; et à la bonne entente avec sa famille. Le fait d'avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré est associé de façon négative à la consommation de boissons gazeuses ou de repas minute; et à la consommation de sucreries.

INTRODUCTION

Un nombre croissant d'études révèlent un déclin de la santé des enfants canadiens avec le temps (Jeunes en forme Canada, 2010; Tremblay et al., 2010). Cette tendance vers un déclin de la santé s'explique en grande partie par la réduction de l'activité physique et par des changements aux habitudes alimentaires. Les effets positifs de l'activité physique sur la santé sont bien documentés. Il est reconnu que l'activité physique joue un rôle dans la prévention de nombreuses maladies chroniques et troubles physiques, dont les maladies coronariennes, l'hypertension, l'obésité, le diabète de type 2, l'ostéoporose, certains cancers localisés tels que le cancer du colon, et des limitations fonctionnelles dues au vieillissement (Janssen & LeBlanc, 2010; Tremblay et al., 2010; *U.S. Department of Health and Human Services*, 1996). De façon plus particulière, il a été démontré que l'activité physique chez les enfants favorise la croissance et le développement et augmente l'estime de soi et les habiletés physiques perçues (Janssen & LeBlanc, 2010). En outre, l'activité physique est de plus en plus reconnue comme un outil efficace pour combattre l'obésité.

Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2004 et d'autres études montrent une hausse marquée de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants (Shields, 2004; Organisation mondiale de la santé [OMS], n.d.a). Par exemple, 15 % des enfants et des adolescents âgés de 2 à 17 ans étaient rapportés comme étant en surpoids ou obèses en 1978-79, comparativement à 26 % en 2004 (Shields, 2004). Les risques de maladies varient selon le sexe, l'âge, le revenu, la scolarité, et l'ethnie. Par exemple, les données indiquent que les Canadiens de descendance autochtone ont toujours des taux d'obésité plus élevés que dans l'ensemble de la population canadienne (Hanley, 2000; Tjepkema, 2002). Il s'agit d'une situation particulièrement préoccupante étant donné que l'obésité est associée aux maladies chroniques, dont le diabète de type 2. Récemment, la Société canadienne de physiologie de l'exercice a élaboré des lignes directrices pour augmenter les niveaux d'activité chez les enfants et les adolescents (Tremblay et al., 2011). Selon les lignes directrices, les enfants âgés de 5 à 11 ans devraient cumuler au moins 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse par jour (Tremblay et al., 2011). Plus précisément, les enfants devraient pratiquer des activités vigoureuses, y compris des activités de renforcement, au moins trois fois par semaine (Tremblay et al., 2011).

Malgré les avantages connus de l'activité physique sur une base régulière et l'existence de recommandations,

les recherches ont démontré que les enfants canadiens ne participent toujours pas à suffisamment d'activité physique sur une base quotidienne pour arriver à un état de santé optimal. Selon l'Étude sur l'activité physique des jeunes au Canada (ÉAPJC), qui mesure les niveaux d'activité physique des enfants et des adolescents à l'aide de pedomètres, en 2007-09, seuls 15 % des enfants âgés de 5 à 10 ans cumulaient assez de pas pour en retirer des avantages (Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie [ICRCM], 2009). Par ailleurs, les résultats de cette étude révèlent que les niveaux d'activité physique varient selon le sexe, l'âge, et le revenu du ménage (ICRCM, 2009). Pareillement, l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS), qui utilise des accéléromètres pour recueillir des données chronologiques sur les comportements à l'égard de l'activité physique, montre qu'à peine 7 % des enfants et des adolescents cumulent 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse par jour (Colley et al., 2011). Les faibles taux d'activité physique jumelés aux taux croissants d'obésité chez les enfants canadiens, particulièrement chez les enfants des Premières Nations, sont préoccupants étant donné qu'il a été démontré que les comportements à l'égard de l'activité physique durant l'enfance persistent à l'âge adulte. Ainsi, le fait d'encourager une activité physique régulière au cours de l'enfance contribue à augmenter la probabilité qu'un mode de vie actif soit maintenu au cours de l'âge adulte, et à grandement réduire le risque de développer certaines maladies chroniques.

Un régime alimentaire et une nutrition adéquats sont des facteurs importants à prendre en considération. Bien que les données sur la nutrition des enfants des Premières soient assez limitées, une étude sur les habitudes alimentaires s'est penchée sur la nutrition des enfants au Canada (Garriguet, 2006). Cette étude a révélé que sept enfants sur 10 ne consomment pas le nombre minimal de cinq portions de fruits et de légumes par jour; plus d'un tiers des enfants ne consomment pas les portions minimales quotidiennes recommandées de produits laitiers; un quart des enfants ne consomment pas les portions minimales quotidiennes recommandées de produits céréaliers; et environ un quart des enfants avaient mangé dans un établissement de restauration rapide le jour précédent l'Enquête (Garriguet, 2006).

Ce chapitre présente l'activité physique et la nutrition chez les enfants des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations. Ces volets sont aussi examinés dans un cadre culturel élargi qui comprend le bien-être spirituel, affectif, psychologique et physique individuel; les liens avec la famille; les liens

avec la communauté; la relation à l'environnement; et les croyances, valeurs et pratiques culturelles.

Un tel cadre est similaire à une approche multidimensionnelle de la santé de la population ou écologique, laquelle est utilisée couramment pour les enjeux de santé. Cette approche tient compte de facteurs individuels (par ex., les attitudes et les croyances), de facteurs sociaux (par ex., le soutien social), de facteurs environnementaux (par ex., l'environnement physique et la géographie), de facteurs sociétaux (par ex., la culture et la communauté), et de facteurs relatifs aux politiques (par ex., le Conseil de bande et le gouvernement). Ensemble, ces facteurs ont une incidence sur les comportements. Finalement, ce chapitre présente des recommandations qui peuvent guider les décideurs dans les communautés des Premières Nations et ceux qui élaborent les politiques, ainsi que contribuer aux stratégies nationales pour un mode de vie sain.

MÉTHODOLOGIE

Les mesures calculées ou produites aux fins du présent chapitre sont résumées ci-après.

Activité physique. Le niveau d'activité physique est fondé sur la dépense énergétique (DE) totale calculée selon la formule suivante :

$$DE = \sum(N_i * D_i * MET_i / 365 \text{ jours})$$

N_i = nombre d'occasions de l'activité i dans une année,

D_i = durée moyenne en heures de l'activité i , et

MET_i = une valeur constante du coût énergétique métabolique de l'activité i .

La fréquence et la durée de l'activité physique sont rapportées pour les 12 mois précédant l'Enquête, et la valeur de l'équivalent métabolique (valeur MET) de chaque activité a été établie de façon distincte (Ainsworth et al., 2000). Dans le cadre de la présente analyse, les enfants des Premières Nations dont la dépense énergétique est inférieure à 1,5 kcal/kg/jour sont considérés comme inactifs; ceux dont la dépense énergétique se situe entre 1,51 kcal/kg/jour et 2,9 kcal/kg/jour sont considérés comme modérément actifs; et ceux dont la dépense énergétique est équivalente ou supérieure à 3 kcal/kg/jour sont considérés comme actifs.

Note : Les scores d'activité physique sont calculés uniquement pour les enfants âgés de 6 ans et plus ($n = 3065$). Toute association entre l'activité physique et une autre variable n'est donc valide

que pour les enfants âgés de 6 ans et plus.

Nutrition. Les parents ou les tuteurs ont été invités à indiquer à quelle fréquence les enfants ont un régime alimentaire nutritif et équilibré. Les réponses possibles étaient : « presque toujours ou toujours », « parfois », et « rarement ou jamais ».

Covariables

Le revenu du ménage a été divisé en 4 catégories : « perte de revenu/pas de revenu/revenu annuel inférieur à 15 000 \$ », « 15 000 \$ à 24 999 \$ », « 25 000 \$ à 49 999 \$ », et « 50 000 \$ et plus ».

Le plus haut niveau de scolarité des parents a été divisé en 3 catégories : « études secondaires non terminées », « diplôme d'études secondaires », et « études postsecondaires ».

Les comportements sédentaires ont été évalués en demandant aux parents/tuteurs combien de temps par jour en moyenne leur enfant passe à regarder la télévision, à travailler à l'ordinateur, et à jouer aux jeux vidéo (moins de 0,5 heure, 0,5 à 1,0 heure, 1,0 à 1,5 heure, et plus de 1,5 heure). La moyenne du temps consacré aux activités a été calculée puis divisée en quartiles.

L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé selon la formule suivante :

$$IMC = \frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m)}^2}$$

IMC = $\frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m)}^2}$

Aux fins de la présente analyse, l'IMC a été classé selon des normes internationales précises relatives à l'âge et au sexe des enfants dans les catégories en surpoids et obèse. Les enfants de 2 ans et plus ont été classés en 3 groupes : « normal à insuffisance pondérale », « en surpoids », « obèse ».

Les parents/tuteurs ont été invités à indiquer à quelle fréquence leur enfant a consommé différents aliments traditionnels [mammifères terrestres (orignal, caribou, ours, cerf, bison, etc.), poisson d'eau douce, poisson de mer, autres produits de la mer ou d'eau douce (coquillages, anguilles, palourdes, algues, etc.), mammifères marins (baleine, phoque, etc.), gibier à plumes (oie, canard, etc.), petit gibier (lièvre, rat musqué), baies ou autres végétaux sauvages, bannique/pain frit, riz sauvage, soupe de maïs) au cours des 12 mois précédents. Les réponses possibles étaient : « jamais », « parfois », « souvent ». De plus, les parents/tuteurs devaient indiquer à quelle fréquence, au cours des 12 mois précédents, quelqu'un avait partagé des aliments traditionnels

avec les membres du ménage de l'enfant. Les réponses possibles étaient : « souvent », « parfois », « jamais ».

Les parents/tuteurs étaient invités à indiquer à quelle fréquence leur enfant consomme différents aliments et boissons [lait et produits laitiers (par ex., yogourt, fromage), protéines (bœuf, poulet, porc, poisson, œufs, fèves, tofu), légumes, fruits (à l'exception du jus de fruits), pain/pâtes/riz/autres produits céréaliers, eau, jus, boissons gazeuses, repas-minute (par ex., hamburgers, pizza, hot-dogs, frites), sucreries (par ex., bonbons, biscuits, gâteau). Les réponses possibles étaient : « plusieurs fois par jour », « une fois par jour », « quelques fois par semaine », « environ une fois par semaine », et « jamais ou presque ».

Les parents/tuteurs devaient indiquer à quelle fréquence leur enfant participe à différentes activités (sports d'équipe ou cours, cours ou groupe de musique, et groupes ou cours de chant, tambour ou danse traditionnels). Les réponses possibles étaient : « 4 fois par semaine ou plus », « 1 à 3 fois par semaine », « moins d'une fois par semaine », et « jamais ».

Les différences entre les résultats ont été testées pour leur signification statistique, laquelle a été établie à $p < 0,05$.

RÉSULTATS

Indice de masse corporelle. Dans l'ERS 2008-10, 37,5 % des enfants des Premières Nations (âgés de 2 à 11 ans) sont rapportés comme ayant un poids normal ou une insuffisance pondérale, 20,3 % comme étant en surpoids, et 42,2 % comme étant obèses. En comparaison, dans l'ERS 2002-03, 41,5 % des enfants des Premières Nations (âgés de 2 à 11 ans) étaient rapportés comme ayant un poids normal ou une insuffisance pondérale, 22,3 % étaient en surpoids, et 36,2 % étaient obèses. La prévalence de l'obésité ne varie pas selon le sexe, mais décroît à mesure que l'âge augmente.

Étant donné la prévalence élevée de l'obésité chez les enfants des Premières Nations, il est important de recueillir des données sur les facteurs modifiables et potentiellement protecteurs, dont l'activité physique et le régime alimentaire.

Activité physique. Moins d'un cinquième (17,9 %) des enfants des Premières Nations (âgés de 6 à 11 ans) sont inactifs, tandis que 20,2 % sont modérément actifs, et 61,9 % sont actifs. On n'observe aucune variation des niveaux d'activité selon le sexe. Les résultats révèlent qu'un pourcentage plus élevé d'enfants plus âgés sont actifs (9 à 11 ans ; 65,9 %) comparativement aux enfants plus jeunes (6 à 8 ans; 57,5 %).

On n'observe aucune association significative entre l'activité physique et le revenu du ménage ou entre l'activité physique et le niveau de scolarité des parents.

Type d'activité physique. La marche est l'activité physique la plus fréquemment rapportée (81,4 %). Elle est suivie par la natation (54,9 %); la course à pied ou jogging (51,6 %); la bicyclette ou vélo de montagne (48,3 %); la cueillette de baies ou d'autres aliments (31,5 %); la danse, notamment aérobique, traditionnelle et moderne (28,7 %); et le patinage (25,6 %). Moins d'un quart des enfants des Premières Nations rapportent avoir pratiqué des sports d'équipe ou de compétition tels que le hockey, le basket-ball, le baseball, la crosse, et le tennis (23,2 %); la pêche (21,3 %); ou le jardinage et autres travaux extérieurs (17,8 %) au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Moins d'un enfant des Premières Nations sur huit a pratiqué les quilles (11,8 %), la randonnée (11,6 %), la chasse ou le piégeage (8,9 %), le ski ou la planche à neige (7,2 %), le golf (6,8 %), les poids et haltères ou les appareils de conditionnement physique (4,7 %), le canot ou le kayak (3,4 %), les cours d'aérobic ou de conditionnement physique (3,2 %), la raquette (2,6 %), ou les arts martiaux (2,4 %) au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Sauf quelques exceptions (i.e., la raquette, le golf, les quilles, et le ski ou la planche à neige), moins d'enfants des Premières Nations semblent pratiquer des activités comparativement à ce que révèlent les résultats de l'ERS 2002-03 (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005).

Le Tableau 32.1 présente la différence entre les sexes lorsqu'il s'agit de la pratique de certaines activités physiques et sportives. Dans l'ERS 2008-10, davantage de garçons que de filles sont rapportés comme ayant pratiqué des sports d'équipe ou de compétition, tels que le hockey, le basket-ball, le baseball, la crosse, et le tennis; la pêche; la chasse ou le piégeage; ou le golf. En revanche, davantage de filles que de garçons sont rapportées comme ayant pratiqué la natation, la cueillette de baies et d'autres aliments, la danse ou des cours d'aérobic ou de conditionnement physique. En ce qui concerne les variations selon l'âge, davantage d'enfants plus âgés des Premières Nations ont pratiqué le patinage, des sports d'équipe ou de compétition, le ski ou la planche à neige, le golf, les poids et haltères ou les appareils de conditionnement physique, le canot ou le kayak, et la raquette, comparativement aux enfants plus jeunes des Premières Nations.

Tableau 32.1. Pourcentage d'enfants des Premières Nations qui pratiquent des activités physiques, selon le sexe et le groupe d'âge

Activité	Sexe		Âge	
	Garçons %	Filles %	6–8 %	9–11 %
Marche	80,4	82,5	88,2	88,5
Natation	51,6	58,3*	67,2	72,2
Course à pied ou jogging	51,8	51,4	59,8	61,5
Bicyclette ou vélo de montagne	48,3	48,4	65,1	68,7
Cueillette de baies ou d'autres aliments	26,5	36,8*	40,9	40,5
Danse (aérobique, traditionnelle, moderne, etc.)	19,1	38,8*	33,4	30,8
Patinage	25,9	25,3	36,8	43,1*
Sports d'équipe ou de compétition (par ex., hockey, basket-ball, baseball, crosse, etc.)	27,0*	19,1	30,2	45,4*
Pêche	24,7*	17,6	29,3	30,9
Jardinage et autres travaux extérieurs	16,7	19,0	22,0	24,2
Quilles	10,1	13,5	16,6	19,7
Randonnée	11,9	11,3	13,6	17,5
Chasse ou piégeage	12,4*	5,3	10,6	14,4
Ski ou planche à neige	7,6	6,8	7,6	17,4*
Golf	9,3*	4,1	6,8	10,8*
Poids et haltères et appareils de conditionnement physique	5,2	4,3	5,6	10,0*
Canot ou kayak	3,8	2,9	3,9	6,8*
Cours d'aérobic ou de conditionnement physique	1,8	4,7*	3,6	6,4
Raquette	2,3	3,0	2,9	6,7*
Arts martiaux	2,4	2,3	3,9	4,3

Note. * Indique une proportion significativement plus élevée

Activités sédentaires. Les résultats de l'ERS 2008-10 indiquent que 37 % des enfants des Premières Nations passent en moyenne plus de 1,5 heure à regarder la télévision chaque jour, 24,6 % y consacrent entre 1,0 et 1,5 heure, 23,6 % y consacrent entre 0,5 et 1,0 heure, et 14,7 % y consacrent moins de 0,5 heure.

Le temps passé à l'ordinateur a également été évalué : 8,3 % des enfants des Premières Nations y consacrent plus de 1,5 heure, 11,4 % y consacrent entre 1,0 et 1,5 heure, 24,5 % y consacrent entre 0,5 et 1,0 heure, et 55,8 % y consacrent moins de 0,5 heure.

Finalement, le temps passé à jouer à des jeux vidéo a aussi été évalué : 20,6 % des enfants des Premières Nations passent plus de 1,5 heure par jour à jouer à des jeux vidéo, 14,2 % y consacrent entre 1,0 et 1,5 heure, 20,7 % y consacrent entre 0,5 et 1,0 heure, et 44,5 % y consacrent moins de 0,5 heure.

En ce qui concerne les variations selon le groupe d'âge, la proportion d'enfants des Premières Nations

qui passent 1,5 heure par jour ou plus à l'ordinateur ou à jouer à des jeux vidéo augmente avec l'âge.

Régime alimentaire équilibré. Plus de la moitié (58,6 %) des enfants des Premières Nations sont rapportés comme ayant « toujours » ou « presque toujours » eu un régime alimentaire nutritif et équilibré au cours des 12 mois précédant l'Enquête, tandis que cela a « parfois » été le cas pour 36,4 % des enfants. Très peu d'enfants ont « rarement » (3,8 %) ou « jamais » (1,2 %) eu un régime alimentaire nutritif et équilibré. Ces résultats sont très similaires à ceux générés par l'ERS 2002-03.

Tableau 32.2. Consommation d'aliments précis

	Plusieurs fois par jour %	Une fois par jour %	Quelques fois par semaine %	Une fois par semaine %	Jamais ou presque %
Lait et produits laitiers (p. ex., yogourt, fromage)	60,0	25,2	10,6	1,7	2,5
Protéines (p. ex., bœuf, poulet, porc, poisson, œufs, fèves, tofu, etc.)	37,5	41,4	15,5	2,4	3,2
Légumes	34,7	32,8	20,7	5,2	6,6
Fruits (à l'exception du jus de fruits)	48,9	27,3	19,1	2,3	2,3
Pain, pâtes, riz, et autres produits céréaliers	51,4	31,8	12,7	1,6	2,5
Eau	70,5	17,6	7,4	1,5	3,0
Jus	57,9	21,5	12,2	3,0	5,4
Boissons gazeuses	9,5	12,8	27,0	16,0	34,7
Repas minute (p. ex., hamburgers, pizza, hot-dogs, frites)	4,4	5,7	28,7	37,0	24,3
Sucreries (p. ex., bonbons, biscuits)	7,8	13,3	32,9	22,5	23,4

Types d'aliments consommés. Le Tableau 32.2 présente la fréquence de consommation de différents aliments. On n'observe aucune variation selon le sexe des proportions d'enfants des Premières Nations qui consomment des boissons gazeuses ou des repas minute (par ex., hamburgers, pizza, hot-dogs, ou frites) ou des sucreries (par ex., bonbons ou biscuits). En ce qui a trait aux variations selon le groupe d'âge, la consommation régulière (i.e., plusieurs fois par jour) de repas minute et de boissons gazeuses augmente avec l'âge.

Partage d'aliments traditionnels. Quelqu'un a « souvent » partagé des aliments traditionnels avec le ménage d'un peu

moins du tiers (30,0 %) des enfants des Premières Nations au cours des 12 mois précédant l'Enquête, pour 55,1 % des enfants cela a « parfois » été le cas, et pour 14,9 % des enfants cela n'a « jamais » été le cas. Comparativement à l'ERS 2002-03, on observe une légère hausse de la proportion qui rapporte que quelqu'un a « souvent » partagé des aliments traditionnels avec leur ménage.

Types d'aliments traditionnels consommés. En comparaison avec l'ERS 2002-03, on observe une légère diminution uniquement de la proportion d'enfants qui consomment « souvent » des baies et autres végétaux sauvages

Tableau 32.3. Fréquence de consommation d'aliments traditionnels

	Jamais %	Parfois %	Souvent %
Mammifères terrestres (p. ex., orignal, caribou, ours, cerf, bison, etc.)	31,9	49,4	18,7
Petit gibier (p.ex., lièvre, rat musqué, etc.)	76,2	20,8	3,1
Poisson d'eau douce	44,7	42,6	12,7
Poisson de mer	84,3	12,6	3,1
Autres produits de la mer ou d'eau douce (p. ex., coquillages, anguilles, etc.)	89,0	8,9	2,1
Mammifères marins	99,0	0,8	0,2 ^E
Gibier à plumes (p. ex., oie, canard, etc.)	67,4	28,4	4,1
Baies et autres végétaux sauvages	29,3	53,9	16,7
Bannique/pain frit	15,2	49,4	35,5
Riz sauvage	73,6	21,1	5,3
Soupe de maïs	83,6	12,6	3,9

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage. Utiliser les données avec prudence.

L'activité physique et la nutrition selon la perspective d'un cadre culturel

Cette section du chapitre examine les associations entre l'activité physique et la nutrition et certains aspects du cadre culturel élargi, notamment le concept du bien-être spirituel, affectif, psychologique et physique d'un individu et son lien avec sa famille.

Activité physique

Selon les données recueillies au cours de cette enquête, la proportion d'enfants (6 à 11 ans) qui sont actifs est plus grande chez ceux qui :

- ont souvent consommé des baies et autres végétaux sauvages au cours des 12 mois précédant l'Enquête (72,9 % sont actifs); comparativement à ceux qui consomment ces aliments seulement quelques fois (61,5 %) ou jamais (55,9 %);
- ont souvent quelqu'un qui partage des aliments traditionnels avec leur ménage (70,4 % sont actifs), comparativement à ceux pour qui c'est parfois (58,4 %) ou rarement (59,8 %) le cas;
- pratiquent des sports d'équipe ou suivent des cours de sports en dehors de l'école sur une base régulière (au moins une fois par semaine), comparativement à ceux pour qui c'est le cas moins souvent. Par exemple, parmi ceux qui pratiquent un sport d'équipe 4 fois par semaine ou plus, 71,2 % sont considérés comme actifs, comparativement à 60,8 % qui pratiquent un sport d'équipe moins d'une fois par semaine;
- pratiquent le chant, le tambour ou la danse traditionnels sur une base régulière (une à trois fois par semaine), comparativement à ceux pour qui ce n'est pas le cas. Par exemple, parmi ceux qui pratiquent ces activités 4 fois ou plus par semaine, 75,7 % sont considérés comme actifs, comparativement à 57,4 % qui ne pratiquent « jamais » ces activités;
- ont davantage de difficultés à s'entendre avec le reste de la famille. Par exemple, parmi les jeunes qui ont beaucoup de difficultés à s'entendre avec leur famille, 67,5 % sont actifs, comparativement à 60,1 % de ceux qui n'ont pas de difficultés.

Nutrition

Tel que mentionné précédemment, 58,6 % des enfants des Premières Nations rapportent « toujours » ou « presque toujours » avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, tandis que 36,4 % rapportent avoir une saine alimentation seulement « parfois ». En ce qui a trait aux facteurs associés à l'état de santé, la proportion d'enfants qui ont

« toujours » ou « presque toujours » un régime alimentaire nutritif et équilibré est plus grande chez ceux qui :

- sont en excellente santé, comparativement à ceux qui ont un état de santé passable à mauvais;
- pratiquent des sports d'équipe ou suivent des cours de sports en dehors de l'école une à trois fois par semaine, comparativement à ceux pour qui ce n'est pas le cas;
- pratiquent le tambour, le chant ou la danse traditionnels quatre fois par semaine, comparativement à ceux pour qui c'est le cas moins souvent ou jamais;
- ont souvent quelqu'un qui partage des aliments traditionnels avec eux, comparativement à ceux pour qui ce n'est jamais le cas;
- ne consomment pas fréquemment (moins d'une fois par semaine) des boissons gazeuses ou des repas minute, comparativement à ceux pour qui c'est fréquemment le cas (plusieurs fois par jour);
- ne consomment jamais de sucreries, comparativement à ceux qui en consomment;
- consomment des légumes et des fruits plusieurs fois par jour, comparativement à ceux qui en consomment moins de portions; et
- consomment souvent des aliments protéinés traditionnels tels que du petit et du gros gibier, de la volaille, et du poisson, des baies et autres végétaux sauvages, et d'autres aliments traditionnels tels que la bannique, la soupe de maïs, ou du riz sauvage, comparativement à ceux qui en consomment rarement ou jamais.

Le Tableau 32.4 présente l'activité physique et la nutrition en fonction des variables du cadre culturel.

Tableau 32.4. Relations entre les indicateurs clés et l'activité physique et la nutrition

	Activité physique	Régime alimentaire
Facteurs individuels		
Âge	✓	✓
Sexe	x	x
Revenu	x	x
Niveau de scolarité des parents	x	x
Facteurs liés à la santé		
État de santé général	x	✓
Comportement sédentaire	x	x
Activité physique	n/a	x
IMC	x	x
Régime alimentaire nutritif et équilibré	x	n/a
Facteurs sociaux et liés à la santé mentale		
Bonne entente avec la famille	a(-)	✓
Pratique de sports d'équipe en dehors de l'école	✓	✓
Pratique de tambour, chant, danse traditionnels	✓	✓

Note. a= Association significative à $p = 0,05$; x = Aucune association observée; n/a = Non applicable. (-) association négative.

En ce qui a trait aux facteurs liés au bien-être mental, la proportion d'enfants qui ont « toujours » ou « presque toujours » un régime alimentaire nutritif et équilibré est plus grande chez ceux qui :

- s'entendent bien avec leur famille, comparative-ment à ceux pour qui c'est le cas seulement parfois ou difficilement; et,
- n'ont pas doublé une année.

DISCUSSION

L'obésité infantile a grimpé en flèche au Canada au fil du temps (Shields, 2006; Tremblay & Willms, 2000), et cette tendance est particulièrement préoccupante lorsque l'on pense à ses incidences sur la santé (Ball & McCargar, 2003), dont le risque accru de nombreuses maladies telles que le diabète, l'asthme, le développement de calculs biliaires, l'hépatite, l'apnée du sommeil obstructive, les anomalies menstruelles, et les troubles neurologiques (Must & Strauss, 1999). À long terme, les incidences peuvent souvent mener à la morbidité et à la mortalité (Must & Strauss, 1999). Les résultats de la plus récente ECMS indiquent que les niveaux de condition physique des enfants et des adolescents ont décliné entre 1981 et 2007–09 (Tremblay et al., 2010). Au cours de cette période, les scores de souplesse et de force musculaires

ont également décliné, tandis que la moyenne d'IMC, le tour de taille, et le nombre de plis cutanés ont augmenté.

L'activité physique contribue à une saine croissance et au bon développement, à une meilleure santé mentale, à une plus grande estime de soi et à une bonification des compétences physiques chez les enfants et les adolescents (Janssen & LeBlanc, 2010). Pour favoriser la santé, les lignes directrices révisées du Canada recommandent que les enfants et les adolescents de 5 à 17 ans cumulent 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse par jour (Tremblay et al., 2011) et pratiquent une activité physique vigoureuse au moins trois fois par semaine.

Bien que l'on observe de faibles taux d'activité physique chez tous les enfants (CFLRI, 2009; Colley et al., 2011), des taux relativement inférieurs sont observés chez certains groupes, dont les filles et les adolescents plus âgés (CFLRI, 2009). En outre, certains types d'activités sont plus populaires chez certains groupes de la population. En effet, les résultats de l'ERS 2008-10 indiquent que certaines activités sont plus populaires auprès d'un sexe que de l'autre : ainsi, davantage de garçons des Premières Nations que de filles pratiquent des sports d'équipe, la pêche, la chasse ou le piégeage, et le golf, tandis que davantage de filles pratiquent la natation, la cueillette de baies et d'autres aliments, la danse, et les cours d'aérobic et de conditionnement physique. Des différences dans les types d'activités selon l'âge ont également été observées: les enfants des Premières Nations âgés de 9 à 11 ans rapportent plus fréquemment avoir pratiqué le patinage, les sports d'équipe ou de compétition, le ski ou la planche à neige, le golf, les poids et haltères et les appareils de conditionnement physique, le canot ou le kayak, et la raquette au cours de l'année précédant l'Enquête que les enfants âgés de 6 à 8 ans. La compréhension des préférences en ce qui concerne les types et l'intensité des activités des différents groupes est importante pour l'élaboration de stratégies favorisant l'activité physique.

Par ailleurs, il est également important de reconnaître la valeur de toutes les sortes d'activités physiques, y compris les activités organisées ou spontanées, les activités de plein air, et les déplacements actifs. L'ÉAPJC a examiné le temps dévolu à différentes activités physiques entre la fin des classes et le repas du soir. Au cours de cette période, les enfants et les adolescents qui jouent dehors font environ 2 000 pas de plus par jour, ce qui équivaut à environ 20 minutes additionnelles d'activité, comparativement aux enfants qui jouent à l'intérieur. Par ailleurs, les enfants qui participent à des activités organisées ou spontanées au cours de cette période font également plus de pas que ceux pour qui ce n'est pas le

cas (ICRAPMV, 2008a). D'autres études ont montré que le temps passé à l'extérieur est associé de façon positive aux niveaux d'activité physique des enfants, et qu'il est un des principaux facteurs qui font une différence entre les enfants qui sont suffisamment actifs et ceux qui ne le sont pas (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2000).

Un comportement sédentaire est associé à l'obésité et aux maladies métaboliques, indépendamment d'une activité modérée à vigoureuse (Andersen, Crespo, Bartlett, Cheskin, & Pratt, 1998; Crespo et al., 2001; Janssen, Katzmarzyk, Boyce, King, & Pickett, 2004), et son rôle devrait être pris en compte dans l'élaboration de stratégies pour un mode de vie sain. À l'aide d'accéléromètres, l'ECMS a mesuré le temps sédentaire chez les jeunes et a trouvé que le temps sédentaire quotidien chez les enfants et les adolescents canadiens est de 8,6 heures en moyenne — soit 62 % du temps éveillé — et ce temps augmente avec l'âge (Colley et al., 2011). Les données de l'ERS 2008-10 indiquent que le temps passé à l'ordinateur, à regarder la télévision et à jouer aux jeux vidéo varie selon le sexe et augmente avec l'âge. Le contrôle du temps consacré à ces activités pourrait s'avérer une composante importante d'une stratégie visant un mode de vie sain.

Le régime alimentaire est également un composant cruciale de l'équation de l'équilibre énergétique. Les résultats de l'ERS 2008-10 révèlent que près de trois cinquièmes des enfants des Premières Nations rapportent toujours ou presque toujours avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré. Toutefois, la majorité des enfants des Premières Nations consomment des boissons gazeuses et des repas minute sur une base assez régulière (au moins hebdomadaire), et la consommation régulière (plusieurs fois par jour) de boissons gazeuses et de repas minute croît avec l'âge. La majorité des enfants des Premières Nations ont eu quelqu'un qui a partagé des aliments traditionnels avec leur ménage au moins parfois, et les données de l'ERS indiquent que la consommation de certains aliments traditionnels est associée au fait d'être actif et d'avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré. La recherche doit fournir davantage d'information sur les nutriments dans le régime alimentaire, la quantité absorbée, et l'accès à des choix nutritifs afin de bien comprendre les enjeux liés à l'atteinte de l'équation de l'équilibre énergétique chez les enfants des Premières Nations.

Un des principaux buts de ce chapitre était de comprendre les comportements en matière d'activité physique et d'alimentation chez les enfants des Premières Nations dans le contexte d'un cadre culturel. Un cadre écologique ou culturel peut comprendre des facteurs physiologiques tels que la croissance et le développement, des facteurs

psychologiques tels que la motivation, la confiance et l'auto-efficacité; des facteurs socioculturels tels que le rôle de la famille et le statut socioéconomique; et des facteurs écologiques tels que la présence d'occasions d'être actifs et d'avoir accès à des aliments nutritifs, la géographie et le climat. Un tel cadre pour la collecte de données est particulièrement utile pour l'élaboration d'interventions ciblant des populations spécifiques (OMS, n.d.b.). La connaissance des obstacles à un mode de vie sain, des motivations pour un mode de vie sain, et de la définition culturelle d'un mode de vie sain est importante lors de l'élaboration et de la promotion de ces stratégies (Thompson et al., 2001).

Ce chapitre a examiné un éventail de facteurs qui peuvent influencer le comportement. Les résultats ont démontré que l'activité physique et un régime alimentaire nutritif et équilibré sont associés au fait de partager des aliments traditionnels et à la consommation de certains aliments traditionnels, ainsi qu'à la pratique régulière d'activités physiques en dehors de l'école, et la pratique du tambour, du chant et de la danse traditionnels. De plus, le fait d'avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré est associé au fait d'être en excellente santé, de bien s'entendre avec sa famille, et de ne pas doubler une année.

CONCLUSIONS

Dans ce chapitre, les résultats issus de l'ERS 2008-10 offrent un portrait de la situation actuelle de l'activité physique et de la nutrition chez les enfants des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques. Le chapitre fournit de l'information et des éléments probants pour guider les stratégies sur ces importants enjeux de santé publique. Des recherches additionnelles permettraient de compléter ces données autodéclarées en recueillant des données sur l'apport alimentaire et la qualité du régime alimentaire, y compris une mesure objective de l'apport énergétique. De même, la surveillance des niveaux d'activité physique sur une base régulière est importante et devrait être élargie afin d'inclure l'activité physique totale et la mesure objective de l'activité, y compris la collecte de données par l'entremise de pedomètres et d'accéléromètres. Des mesures anthropométriques, notamment la taille, le poids et le tour de taille, pour cette population pourraient également s'avérer utiles afin de les comparer aux données nationales disponibles. Ces données permettraient d'identifier et d'évaluer le succès des politiques, des stratégies et des programmes qui doivent contribuer à la santé future des enfants des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations.

RÉFÉRENCES

- Andersen, R. E., Crespo, C. J., Bartlett, S. J., Cheskin, L. J., & Pratt, M. (1998). Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of the American Medical Association*, 279, 938–42.
- Ball, G. D. C., & McCargar, L. J. (2003). Childhood obesity in Canada: A review of prevalence estimates and risk factors for cardiovascular diseases and type 2 diabetes. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 28, 117–40.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000). *Promoting better health for young people through physical activity and sports: A report to the President from the Secretary of Health and Human Services and the Secretary of Education* [en ligne]. Consulté à partir de <http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/presphysactrpt>.
- Colley, R. C., Garriguet, D., Janssen, I., Craig, C. L., Clarke, J., & Tremblay, M. S. (2011). Physical activity of Canadian children and youth: Accelerometer results from the 2007-2009 Canadian Health Measures Survey. Statistics Canada, *Health Reports*, 22(1).
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). First Nations Regional Longitudinal Health Survey (ERS) 2002–03: Results for adults, youth and children living in First Nations communities. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Crespo, C. J., Smit, E., Troiano, R. P., Bartlett, S. J., Macera, C. A., & Andersen, R. E. (2001). Television watching, energy intake, and obesity in US children: Results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 155, 360–5.
- Garriguet, D. (2006). Overview of Canadians' eating habits. Nutrition: Findings from the Canadian Community Health Survey. Statistics Canada, *Health Reports*, 2 (Catalogue No. 82-620-MIE).
- Hanley, A. G., Harris, S. B., Gittelsohn, J., Wolever, T. M. S., Saksvig, B., & Zinman, B. (2000). Overweight among children and adolescents in a Native Canadian Community: Prevalence and associated factors. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 693–700.
- Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. (2008a). Active pursuits after school and steps taken. Kids CANPLAY – 2008 series, Bulletin 3. Ottawa, ON: Author.
- Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. (2008b). Preferences for Types of Activities. Kids CANPLAY – 2008 series, Bulletin 4. Ottawa, ON: Author.
- Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. (2009). *CANPLAY—Activity levels of Canadian Children and Youth*. Bulletin 1. Consulté à partir de http://www.cfri.ca/eng/programs/canplay/documents/CANPLAY2009_Bulletin01_PA_levelsEN.pdf
- Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(40).
- Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Boyce, W. F., King, M. A., & Pickett, W. (2004). Overweight and obesity in Canadian adolescents and their associations with dietary habits and physical activity patterns. *Journal of Adolescent Health*, 35, 360–67.
- Jeunes en forme Canada. (2010). Healthy Habits start earlier than you think—The active healthy kids Canada report card on physical activity for children and youth.
- Must, A., & Strauss, R. S. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity*, 23(Suppl. 2), S2–S11.
- Organisation mondiale de la santé. 6 (n.d.a). Obesity and overweight. [en ligne] Consulté à partir de http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf_obesity.pdf
- Organisation mondiale de la santé. 26 (n.d.b). Press release: WHO World Health Assembly adopts global strategy on diet, physical activity and health. [en ligne]. Consulté à partir de <http://www.who.int/mediacentre/releases/2004/wha3/en/>
- Shields, M. (2004). Nutrition: Findings from the Canadian Community Health Survey—Overweight Canadian children and adolescents. Issue No. 1. Ottawa, ON: Statistics Canada. Consulté à partir de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/article/child-enfant/8061-eng.htm>
- Shields, M. (2006). Overweight and obesity among children and youth. Statistics Canada, *Health Reports*, 17(3), 27–42.
- Thompson, J. L., Davis, S. M., Gittelsohn, J., Going, S., Becenti, A., Metcalfe, L., Stone, E., Harnack, L., Ring, K. (2001). Patterns of physical activity among American Indian children: An assessment of barriers and support. *Journal of Community Health*, 26(6), 423–45.
- Tjepkema, M. (2002). The health of off-reserve aboriginal population. Statistics Canada, *Health Reports*, (Catalogue 82-003), 13, suppl.
- Tremblay, M. S., Colley, R. C., Saunders, T. J., Healy, G. N., & Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 35, 725–40.
- Tremblay, M. S., Shields, M., Laviolette, M., Craig, C. L., Janssen, I., & Gorber, S. C. (2010). Fitness of Canadian children and youth: Results from the 2007-2009 Canadian Health Measures Survey. Statistics Canada, *Health Reports*, 21(1), 7–20.
- Tremblay, M. S., Warburton, D. E. R., Janssen, I., Paterson, D. H., Latimer, A. E., Rhodes, R. E., et al. (2011). New Canadian physical activity guidelines. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 36, 36–46.
- Tremblay, M. S., & Willms, J. D. (2000). Secular trends in body mass index of Canadian children. *Canadian Medical Association Journal*, 163, 1429–33; erratum (2001), 164(7), 970.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1996). *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.

Chapitre 33

Maladies chroniques et état de santé

SOMMAIRE

Ce chapitre porte sur la santé des enfants des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques, et plus particulièrement sur la prévalence des maladies, leur traitement, les obstacles aux traitements, et l'association entre les maladies et des déterminants de la santé communément évoqués. L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 révèle que la majorité des parents ou tuteurs d'enfants des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations évaluent l'état de santé de leur enfant comme « très bon » ou « excellent ». Environ un tiers (35,6 %) des enfants des Premières Nations ont reçu un diagnostic de maladie par un professionnel de la santé. Les filles des Premières Nations sont moins susceptibles que les garçons des Premières Nations de recevoir un diagnostic de maladie. Les maladies les plus souvent diagnostiquées sont les allergies (11,4 %), l'asthme (10,1 %), les dermatites ou l'eczéma atopique (7,5 %), et les otites ou problèmes aux oreilles chroniques (5,9 %). La prévalence de ces maladies est comparable ou inférieure à celle observée chez les enfants dans l'ensemble de la population canadienne. On observe des améliorations à la prévalence de l'asthme et des otites et problèmes aux oreilles chroniques comparativement aux résultats de l'ERS 2002-03. Par ailleurs, plus de la moitié des enfants des Premières Nations atteints des maladies les plus souvent diagnostiquées (i.e., allergies, asthme, dermatites/eczéma atopique, et otites/problèmes aux oreilles chroniques) sont traités actuellement. Les parents et tuteurs d'enfants des Premières Nations qui ont une maladie indiquent être confrontés à différents obstacles lorsqu'ils tentent d'obtenir un traitement pour leur enfant (par ex., « liste d'attente trop longue », « impression que les soins dispensés ne répondaient pas à mes besoins », « pas de médecin ni d'infirmière dans ma région », et « service non disponible dans ma région »). Finalement, les associations entre différents déterminants de la santé et les maladies sont également examinées.

PRINCIPAUX CONSTATS

- La majorité des parents/tuteurs d'enfants des Premières Nations qui ont un problème de santé perçoivent l'état de santé de leur enfant comme « bon », « très bon », ou « excellent ».
- Un tiers (35,6 %, 95 % IC [33,7, 37,5]) des enfants des Premières Nations se sont fait dire par un professionnel de la santé qu'ils ont au moins un problème de santé.
- Les filles des Premières Nations sont moins susceptibles que les garçons des Premières Nations d'avoir reçu un diagnostic d'au moins un problème de santé (31,6 % vs 39,3 %) et d'avoir deux problèmes de santé ou plus (11,0 % vs 15,9 %).
- Les problèmes de santé les plus souvent diagnostiqués sont les allergies (11,4 %), l'asthme (10,1 %), la dermatite ou eczéma atopique (7,5 %), et les otites chroniques (5,9 %).
- Environ 7 % des enfants des Premières Nations ont reçu un diagnostic de maladie susceptible d'avoir une incidence négative sur leur capacité d'apprentissage, tel qu'un trouble cognitif ou mental, un trouble de l'apprentissage, un TDA/TDAH, ou un trouble du langage. La proportion de ces maladies est plus grande chez les garçons que chez les filles (10,0 % vs 4,6 %).
- On n'observe aucun changement à la prévalence des allergies depuis l'ERS 2002-03; toutefois, une plus grande proportion d'enfants des Premières Nations ayant des allergies sont traités dans l'ERS 2008-10, comparativement à l'ERS 2002-03 (42,5 % vs 29,5 %).
- La prévalence de l'asthme a chuté (14,6 % vs 10,1 %), et le nombre d'enfants traités pour l'asthme a augmenté (57,2 % to 69,2 %) entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10.
- La prévalence des otites chroniques a diminué entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 (9,2 % à 5,9 %).
- Une plus faible proportion d'enfants des Premières Nations qui vivent dans un environnement sans fumée ont reçu un diagnostic de bronchite chronique, comparativement à ceux qui vivent dans un foyer où une personne fume (0,8 % vs 2,1 %).
- De nombreux parents/tuteurs d'enfants des Premières Nations qui ont au moins un problème de santé indiquent avoir été confrontés à des obstacles dans l'accès aux traitements. Les obstacles les plus souvent rapportés sont : « Liste d'attente trop longue » (34,2 %), « Sentiment que les services offerts n'étaient pas adéquats » (19,3 %), « Pas de médecin ni d'infirmière dans ma région » (19,2 %), et « Service non disponible dans ma région » (17,1 %).

INTRODUCTION

De façon générale, les enfants des Premières Nations semblent être en bonne santé. Des recherches précédentes ont révélé que la majorité des parents/tuteurs d'enfants des Premières Nations évaluent l'état de santé de leur enfant de bon à excellent (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005). De plus, lorsque des maladies sont diagnostiquées, la majorité d'entre elles peuvent être contrôlées avec un traitement (CGIPN, 2005). Finalement, la prévalence des maladies les plus fréquentes chez les enfants des Premières Nations (allergies, asthme, et dermatite/eczéma atopique) n'est pas plus élevée que celle observée chez les enfants dans l'ensemble de la population canadienne (CGIPN, 2005). Mais en dépit de ces résultats, les enfants des Premières Nations sont tout de même plus à risque de développer ultérieurement des maladies plus graves, dont le diabète, l'hépatite, les maladies cardiaques, et les déficiences cognitives ou mentales, que ne le sont les enfants dans l'ensemble de la population canadienne (Kirmayer, Simpson & Cargo, 2003; Waldram, Herring & Young, 2006).

Il y a différentes façons de réduire les risques de développer des problèmes de santé ultérieurement, comme encourager l'adoption précoce de saines habitudes (avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré et faire de l'exercice), assurer aux enfants un milieu de vie sécuritaire et sain (exempt de pauvreté, de surpeuplement, etc.), et accroître l'accès aux soins de santé autant préventifs que curatifs (Li, Mattes, Stanley, McMurray, & Hertzman, 2009). Bien qu'il semble facile de remédier à certains de ces éléments (par ex., encourager une saine alimentation), il arrive souvent que les communautés et les familles des Premières Nations n'aient pas accès aux mêmes ressources (qu'elles soient économiques, sociales ou scolaires) que celles dans l'ensemble de la population canadienne. Dans l'examen de la prévalence des maladies chez les enfants des Premières Nations, il est donc essentiel d'évaluer également l'existence de ces ressources et déterminants de la santé. Cette information peut aider à identifier les domaines dans lesquels des changements, qu'ils soient petits ou grands, peuvent mener à des améliorations.

Le but de ce chapitre est de rendre compte de la prévalence et du traitement d'un certain nombre de maladies, ainsi que du lien entre différents déterminants de la santé des enfants (par ex., la scolarité des parents, le revenu des parents, le régime alimentaire) et la présence de maladies chez les enfants des Premières Nations de la naissance à 11 ans, qui vivent dans les communautés des Premières Nations.

MÉTHODOLOGIE

Les analyses sont fondées sur les données fournies par les parents et les tuteurs des enfants des Premières Nations de la naissance à 11 ans. Les parents/tuteurs des enfants des Premières Nations ont été invités à indiquer si leur enfant est atteint de l'une des maladies suivantes : allergies, anémie chronique, anxiété ou dépression, asthme, trouble déficitaire de l'attention/trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/TDAH), autisme, cécité ou troubles graves de la vue qui ne peuvent être corrigés avec des lunettes, cancer, bronchite chronique, trouble cognitif ou mental, dermatite ou eczéma atopique, diabète, ensemble des troubles causés par l'alcoolisme fœtal (ETCAF), déficience auditive, cardiopathie, hépatite, trouble rénal, trouble de l'apprentissage, trouble du langage, tuberculose, ou otite/problème aux oreilles chronique.

Les réponses des parents/tuteurs aux questions sur les variables des maladies ont été codées en variable dichotomique : « au moins une maladie » vs « aucune maladie ». Pour évaluer la comorbidité des maladies (le fait d'en avoir deux ou plus), les participants ont été classés comme n'ayant aucune maladie, en ayant une, deux ou davantage.

L'ERS 2008-10 comporte également des questions sur les covariables habituelles des maladies : sexe, troubles affectifs ou comportementaux, tabagisme de la mère au cours de la grossesse, faible poids à la naissance (moins de 2,5 kilogrammes), allaitement, nutrition, tabagisme dans le foyer, scolarité des parents/tuteurs, et revenu des parents/tuteurs.

RÉSULTATS

L'ERS 2008-10 révèle qu'environ un tiers (35,6 %, 95 % IC [33,7, 37,5]) des enfants des Premières Nations de 0 à 11 ans ont reçu un diagnostic d'au moins une maladie par un professionnel de la santé. La comorbidité des maladies n'est pas fréquente (13,5 %, 95 % IC [12,4, 14,8]).

Une plus faible proportion de filles des Premières Nations que de garçons a reçu un diagnostic d'au moins une maladie chronique (31,6 % vs 39,3 %). La comorbidité des maladies chroniques est également plus faible chez les filles (i.e., deux maladies ou plus, 11,0 % vs 15,9 %).

Les maladies les plus fréquemment diagnostiquées chez les enfants des Premières Nations sont les allergies, l'asthme, la dermatite ou l'eczéma atopique, les otites ou problèmes aux oreilles chroniques, et les troubles du langage (voir Tableau 33.1).

Prévalence et traitement de maladies chroniques données

Allergies

Les allergies sont la maladie la plus fréquemment diagnostiquée chez les enfants des Premières Nations (11,4 %, 95 % IC [10,4, 12,6]). On n'observe aucun changement à leur prévalence entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 (voir Tableau 33.1). Les enfants des Premières Nations ayant une allergie sont diagnostiqués vers l'âge de 3,3 ans en moyenne.

Près de la moitié (42,5 %) des enfants des Premières Nations ayant une allergie sont rapportés comme étant traités pour les allergies actuellement, soit une hausse par rapport à l'ERS 2002-03 lorsque 29,5 % étaient traités (voir Tableau 33.1). Une minorité (10,3 %) d'enfants des Premières Nations ayant une allergie sont rapportés comme prenant des antihistaminiques, dont un quart (24,5 %) qui prennent des antihistaminiques au moins une fois par jour (95 % IC [15,7, 36,1], [37,9, 47,3], [24,5, 35,1], et [8,1, 13,0], respectivement).

On n'observe aucun écart de prévalence, de traitement ou d'âge lors du diagnostic en ce qui concerne les allergies.

Asthme

L'asthme est la deuxième maladie la plus fréquemment diagnostiquée chez les enfants des Premières Nations (10,1 %, 95 % IC [9,1, 11,1]). La prévalence de l'asthme chez les enfants des Premières Nations est comparable à celle chez les enfants dans l'ensemble de la population canadienne (13,4 %; Garner & Kohen, 2008).

La prévalence de l'asthme chez les enfants des Premières Nations a chuté de 14,6 % dans l'ERS 2002-03 à 10,1 % dans l'ERS 2008-10 (95 % IC [13,0, 16,4] et [9,1, 11,1]). Ce résultat contraste avec ce que l'on observe chez les enfants dans l'ensemble de la population canadienne où la prévalence de l'asthme affiche une tendance à la hausse (Agence de santé publique du Canada, 1999 [entre 0 et 14 ans]; Garner & Kohen, 2008 [entre 0 et 11 ans]).

Chez les enfants des Premières Nations, l'asthme est diagnostiqué par un professionnel de la santé vers l'âge de 2,3 ans en moyenne (aucune différence selon le sexe). Le taux de traitement de cette maladie s'est amélioré; en effet, une plus grande proportion d'enfants des Premières Nations qui souffrent d'asthme sont traités actuellement, comparativement à ce que l'on observait dans l'ERS 2002-03 (69,2 % vs 57,2 % (95 % IC [64,4, 73,6] et [51,0, 63,2], respectivement). L'ERS 2008-10

révèle que la majorité (79,2 %) des enfants des Premières Nations souffrant d'asthme ont pris une médication (p. ex., Ventalin) pour leur asthme à un certain moment. Parmi ces enfants des Premières Nations, environ la moitié prennent une médication pour l'asthme au moins une fois par semaine (44,3 %), dont 23,4 % qui prennent une médication pour l'asthme au moins une fois par jour.

Une plus faible proportion de filles des Premières Nations que de garçons ont reçu un diagnostic d'asthme (6,8 % vs 13,2 %). On n'observe aucun écart entre les filles et les garçons des Premières Nations en ce qui a trait à la proportion d'entre eux qui ont cherché ou qui cherchent actuellement à obtenir un traitement ou qui prennent une médication pour l'asthme.

Dermatite ou eczéma atopique

Une dermatite ou de l'eczéma atopique ont été diagnostiqués chez 7,5 % (95 % IC [6,6, 8,5]) des enfants des Premières Nations. Les enfants des Premières Nations qui ont une dermatite ou de l'eczéma atopique ont reçu le diagnostic vers l'âge de 2,2 ans en moyenne. Au moment de l'enquête, la majorité des enfants des Premières Nations ayant une dermatite ou de l'eczéma atopique étaient traités ou prenaient une médication pour leur problème de santé (70,8 %, 95 % IC [64,6, 76,3]). On n'observe aucun écart entre les sexes en ce qui a trait à la prévalence du traitement de cette maladie.

Otites chroniques

Dans l'ERS 2008-10, environ 6 % des enfants des Premières Nations ont eu un diagnostic d'otite chronique, une baisse comparativement au taux observé dans l'ERS 2002-03 (5,9 % vs 9,2 %, 95 % IC [5,1, 6,8] et [8,1, 10,4], respectivement). De nombreux enfants des Premières Nations ayant reçu un diagnostic d'otite chronique rapportent avoir eu deux otites ou plus au cours des 12 mois précédant l'Enquête (41,1 %, 95 % IC [34,9, 47,6]). On n'observe aucun écart entre les sexes en ce qui a trait à la prévalence ou à la fréquence des otites chroniques.

Tableau 33.1. Maladies chroniques chez les enfants des Premières Nations dans l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10

Maladie	ERS 2002-03 %	ERS 2008-10 %
TDA/TDAH	2,6	2,0
Allergies	12,2	11,4
Anémie (chronique)	n/d	0,6 ^E
Anxiété ou dépression	n/d	0,7
Asthme	14,6	10,1
Autisme	n/d	0,5 ^E
Cécité ou troubles graves de la vue qui ne peuvent être corrigés avec des lunettes	1,1	0,9
Cancer	n/d	F
Bronchite chronique	3,6	1,0
Otite chronique	n/d	5,9
Trouble cognitif ou mental	F	0,4 ^E
Dermatite ou eczéma atopique	n/d	7,5
Diabète	0,2	F
ETCAF	1,8	0,9
Déficiences auditives	n/d	1,0
Cardiopathie	2,1	1,6
Hépatite	n/d	F
Trouble rénal	F	0,3 ^E
Trouble d'apprentissage	2,9	2,6
Trouble du langage	n/d	4,7
Tuberculose	0,5	0,6 ^E

Note : La prévalence de l'hépatite, de l'anémie chronique, des troubles du langage, de l'autisme, de l'anxiété et de la dépression, de la dermatite ou de l'eczéma atopique, et du cancer n'ont pas été évalués dans l'ERS 2002-03; n/d = non disponible parce que cela ne faisait pas partie de l'enquête. F = Donnée non fournie en raison de la petite taille de l'échantillon ($n < 5$) ou de la variabilité extrême de l'échantillonnage; E = variabilité élevée de l'échantillonnage – interpréter les données avec prudence.

Tableau 33.1. Pourcentage d'enfants des Premières Nations ayant une maladie chronique ayant cherché à obtenir un traitement, ERS 2002-03 et ERS 2008-10

Maladie	ERS 2002-03 %	ERS 2008-10 %
TDA/TDAH	37,6	57,6
Allergies	29,5	42,58
Anémie (chronique)	n/d	30,0
Anxiété ou dépression	n/d	21,6
Asthme	57,2	69,2
Autisme	n/d	29,6
Cécité ou troubles graves de la vue qui ne peuvent être corrigés avec des lunettes	32,5	54,6
Cancer	n/d	F
Bronchite chronique	24,0	52,7*
Otite chronique	27,4	n/a
Trouble cognitif ou mental	66,9	46,9
Dermatite ou eczéma atopique	n/d	70,8
Diabète	50,7	35,2
ETCAF	9,8	24,4
Déficiences auditives	27,2	54,5
Cardiopathie	13,4	31,9
Hépatite	n/d	F
Trouble rénal	65,0	62,1
Trouble d'apprentissage	36,8	58,3*
Trouble du langage	n/d	57,9
Tuberculose	22,5	F

Note. F = Donnée non fournie en raison de la petite taille de l'échantillon ($n < 5$); n/d = non disponible parce que cela ne faisait pas partie de l'enquête.

* Écart statistiquement significatif à $p < 0,05$ (intervalle bilatéral)

Maladies associées aux troubles d'apprentissage

Environ 7 % (7,4 %, 95 % IC [6,5, 8,3]) des enfants des Premières Nations ont reçu un diagnostic de maladie susceptible d'avoir une incidence négative sur leur capacité d'apprentissage, telle qu'un trouble cognitif ou mental, un trouble d'apprentissage, un TDA/TDAH, ou un trouble du langage. Une plus faible proportion de filles des Premières Nations que de garçons ont reçu un diagnostic d'une de ces maladies (4,6 % vs 10,0 %).

Autres maladies chroniques

Moins de 5 % des enfants des Premières Nations rapportent avoir reçu un diagnostic de l'une des autres maladies évaluées. Bien que la prévalence soit faible, on observe tout de même des améliorations entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 en ce qui a trait aux bronchites chroniques et à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisme fœtal (voir Tableau 33.1).

Santé générale et affective

État de santé général

Une grande majorité (87,5 %) d'enfants des Premières Nations sont considérés par leurs parents/tuteurs comme ayant un « très bon » ou « excellent » état de santé; toutefois, ce résultat est pondéré par le fait que l'enfant a reçu ou non un diagnostic de maladie. D'une part, une plus faible proportion d'enfants des Premières Nations ayant au moins une maladie chronique sont évalués par leurs parents/tuteurs comme ayant un « très bon » ou « excellent » état de santé, comparativement aux enfants n'ayant pas de maladie chronique (77,2 % vs 92,5 %). D'autre part, une plus grande proportion d'enfants ayant une maladie chronique sont évalués par leurs parents/tuteurs comme ayant un « bon » état de santé (17,0 % vs 6,8 %) ou un état de santé « passable/mauvais » (0,7 % vs 5,8 %), comparativement aux enfants sans maladie.

Troubles affectifs et comportementaux

Une plus grande proportion d'enfants ayant une

maladie chronique sont perçus par leurs parents/tuteurs comme ayant davantage de problèmes affectifs ou comportementaux que les autres garçons et filles du même âge (comparativement aux enfants qui n'ont pas de maladie, 19,1 % vs 8,2 %). Par exemple, une plus grande proportion d'enfants ayant un TDA/TDAH, un trouble du langage ou un trouble d'apprentissage sont perçus comme ayant davantage de problèmes affectifs ou comportementaux (comparativement aux enfants n'ayant pas ces maladies).

Facteurs de risque et de protection pour les maladies chroniques

Tabagisme de la mère au cours de la grossesse

Une proportion légèrement plus grande d'enfants des Premières Nations dont la mère a fumé au cours de la grossesse ont reçu un diagnostic de maladie chronique (comparativement à ceux dont la mère n'a pas fumé au cours de la grossesse; 37,7 % vs 33,1 %, 95 % IC [34,9, 40,7] et [30,7, 35,5]).

Faible poids à la naissance

Un faible poids à la naissance est un important indicateur de la santé parce que des preuves démontrent son association à un vaste éventail de maladies tout au long de la vie d'un individu (Rapheal, 2010). Une proportion légèrement plus grande d'enfants des Premières Nations qui avaient un faible poids à la naissance (moins de 2,5 kilogrammes) ont reçu un diagnostic de maladie chronique (39,3 %) comparativement à ceux qui avaient un poids normal (35,0 %) ou élevé à la naissance (36,5 %).

Allaitement

Les recherches épidémiologiques ont démontré que le lait maternel et l'allaitement favorisent l'état de santé général, la croissance et le développement des enfants, et réduit significativement les risques de développer de nombreuses maladies aiguës et chroniques (Statistique Canada, 2009). Dans l'ERS 2008-10, on n'observe aucun écart entre ceux ayant été allaités (35,0 %) ou non (35,6 %) en ce qui a trait à la prévalence de maladies chroniques. Il se peut que ce soit parce que de nombreux avantages de l'allaitement ne soient apparents que plus tard dans la vie.

Milieu de vie sans fumée

La bronchite chronique est la seule maladie dont la prévalence varie selon la présence ou non de tabagisme dans le milieu de vie; une plus faible proportion d'enfants des Premières Nations qui vivent dans un milieu domestique sans fumée ont reçu un diagnostic de bronchite

chronique comparativement aux enfants qui vivent dans un milieu domestique où quelqu'un fume (0,8 % vs 2,1 %).

Scolarité et revenu des parents/tuteurs

On n'observe aucune association claire entre la prévalence des maladies et la scolarité parentale.

Indicateurs de la santé

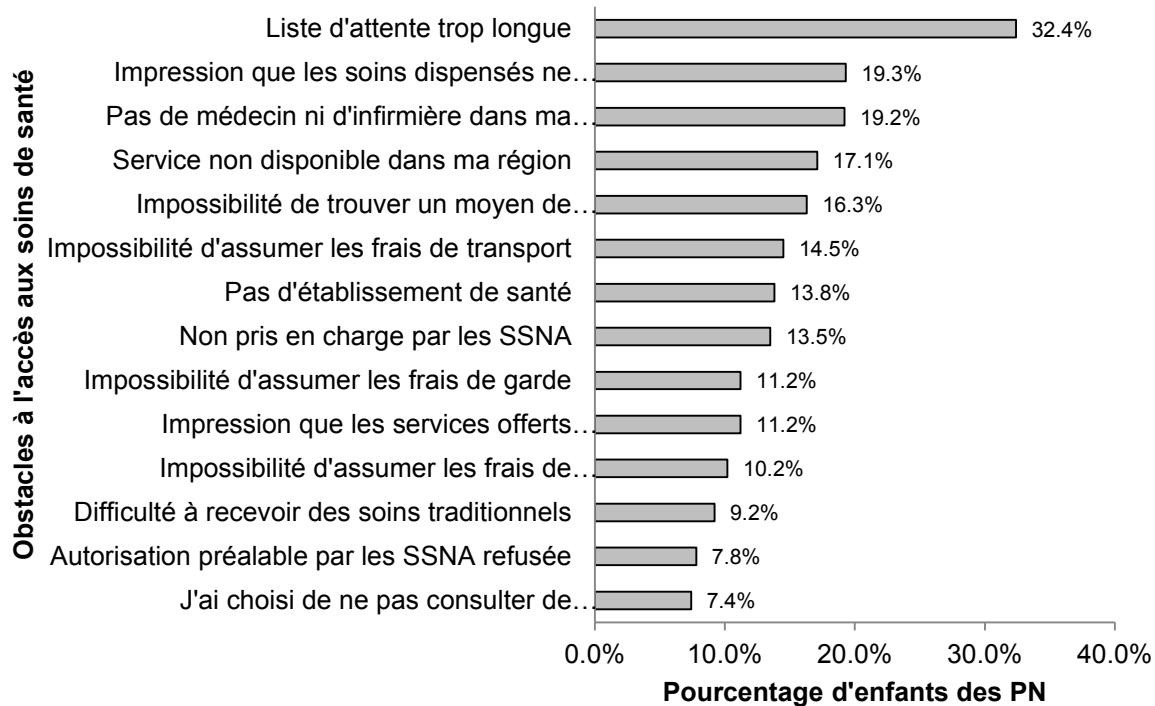
Nutrition

On n'observe aucun écart entre les enfants qui ont ou non une maladie en ce qui a trait à la fréquence d'un régime alimentaire nutritif et équilibré toujours/ presque toujours (56,1 % vs 59,8 %), parfois (39,3 % vs 35,1 %), et rarement/jamais (4,6 % vs 5,2 %).

Obstacles à l'obtention de soins de santé

Les parents/tuteurs ont été invités à indiquer s'ils ont été confrontés à l'un des 14 obstacles à l'obtention de soins de santé pour leur enfant au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10. Environ la moitié (49,3 %, 95 % IC [47,3, 51,4]) des parents/tuteurs rapportent avoir été confrontés à au moins un obstacle à l'obtention de soins de santé [en moyenne, les parents/tuteurs ont été confrontés à 1,5 obstacle (SE = 0,47)]. Les obstacles les plus souvent rencontrés par les parents/tuteurs d'un enfant ayant une maladie sont : « liste d'attente trop longue », « impression que les soins dispensés ne répondaient pas à mes besoins », « pas de médecin ni d'infirmière dans ma région », et « service non disponible dans ma région » (voir Figure 33.2).

Figure 33.2. Obstacles à l'accès aux soins de santé tels que rapportés par les parents et tuteurs d'enfants des Premières Nations ayant une maladie chronique



Note. n/d = non disponible. SSNA = Services de santé non assurés, le programme de Santé Canada qui offre du soutien pour couvrir les coûts des soins de santé, y compris les médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue et les fournitures et équipements médicaux.

DISCUSSION

L'ERS 2008-10 révèle un certain nombre de résultats positifs en ce qui concerne la santé des enfants des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations. La majorité des enfants des Premières Nations qui ont reçu un diagnostic de maladie sont perçus par leurs parents ou tuteurs comme ayant un « très bon » ou « excellent » état de santé. Cette évaluation positive de la santé est vraisemblablement due en partie au fait que la plupart des maladies dont les enfants des Premières Nations sont atteints (i.e., asthme, allergies, dermatite ou eczéma atopique, et otites ou problèmes aux oreilles chroniques) sont celles qui peuvent habituellement être contrôlées par un traitement ou en évitant des déclencheurs dans l'environnement (p. ex., irritants, polluants, allergènes, moisissure, fumée à l'intérieur; Santé Canada, 2006). Les maladies pouvant être considérées comme plus graves, telles que les cardiopathies, la tuberculose, le diabète, et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisme fœtal, ont été diagnostiquées chez moins de 1 % des enfants des Premières Nations. Les garçons des Premières Nations semblent être davantage susceptibles d'avoir un diagnostic de cardiopathie (voir Butler, 2004).

Les améliorations entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 sont particulièrement évidentes en ce qui a trait à la prévalence et à la recherche de traitement de l'asthme. Bien que le taux d'asthme infantile dans l'ensemble de la population canadienne soit en hausse, la prévalence de l'asthme chez les enfants des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations a chuté. En outre, moins d'enfants des Premières Nations ayant reçu un diagnostic d'asthme ont eu une crise d'asthme au cours des 12 mois précédant l'Enquête, comparativement aux enfants dans l'ensemble de la population canadienne. De plus, la proportion d'enfants des Premières Nations qui sont traités pour l'asthme a augmenté entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10.

En moyenne, 7 % des enfants des Premières Nations ont reçu un diagnostic de TDA/TDAH, de trouble cognitif ou mental, ou de trouble du langage. Ces problèmes de santé risquent d'avoir une incidence négative sur la scolarité et, ultérieurement peut-être, sur les perspectives d'emploi et le niveau de revenu.

Pour la plupart des maladies évaluées, au moins la moitié des enfants des Premières Nations diagnostiqués

reçoivent une forme de traitement ou une autre. Ce résultat donne à penser que plusieurs enfants des Premières Nations ne sont pas en mesure de recevoir un traitement en raison des obstacles à l'obtention de soins de santé. Pour certains enfants des Premières Nations, cependant, un traitement n'était peut-être pas nécessaire au moment de l'Enquête. Par exemple, certains enfants des Premières Nations ont peut-être eu un traitement antérieur réussi ou réussissent à contrôler leur maladie d'une autre façon. Les prochaines enquêtes devront examiner plus attentivement pour quelles raisons ces enfants des Premières Nations ne sont pas traités.

Une minorité de parents/tuteurs dont l'enfant a reçu un diagnostic de maladie (20 %) rapportent avoir été confrontés à des obstacles à l'obtention de soins de santé (p. ex., liste d'attente trop longue), suggérant ainsi qu'il reste du travail à faire pour faciliter le traitement des maladies chez les enfants des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations.

Finalement, les résultats de l'ERS 2008-10 révèlent des prédicteurs potentiels d'un mauvais état de santé chez les enfants des Premières Nations. La prévalence de certaines maladies est plus élevée chez les enfants des Premières Nations dont la mère a fumé au cours de la grossesse, chez les enfants des Premières Nations qui avaient un faible poids à la naissance, et chez les enfants des Premières Nations élevés dans un foyer où une personne fume. La présente recherche n'a pas tenu compte des covariables, et il est impossible de déterminer la direction des corrélations identifiées en raison de la nature transversale de l'enquête. Bien que d'autres déterminants de la santé fréquemment cités, tels que la nutrition, la scolarité et le revenu des parents/tuteurs, ne soient pas associés à des taux plus élevés de maladie chez les enfants des Premières Nations, cela ne signifie pas qu'ils n'ont aucune incidence sur la santé. Il est tout de même fort possible que ces variables augmentent le risque de développer des maladies *ultérieurement*.

CONCLUSIONS

Pour résumer, les enfants des Premières Nations semblent être en bonne santé de façon générale. Les maladies les plus fréquemment rapportées sont celles qu'il est habituellement possible de contrôler avec un traitement adéquat. De plus, on observe de nombreuses améliorations entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 en ce qui a trait à la prévalence et au traitement des maladies. Toutefois, en dépit des améliorations au traitement de certaines maladies, une minorité significative de parents/tuteurs d'enfants ayant reçu un diagnostic de maladie rapportent

avoir été confrontés à des obstacles à l'obtention de soins de santé. Bien que les enfants des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques semblent être en bonne santé, ils sont tout de même davantage à risque de développer des maladies ultérieurement, telles que le diabète, comparativement aux enfants dans l'ensemble de la population canadienne. Il est donc important d'encourager les parents/tuteurs des Premières Nations à éviter les comportements qui peuvent avoir une incidence négative sur la santé de leur enfant, comme le fait de fumer au cours de la grossesse et de fumer dans le milieu domestique, et à encourager leur enfant à développer des comportements sains afin de réduire les risques de maladies futures.

REFERENCES

- Agence de santé publique du Canada. (1999). *Asthma Prevalence: Measuring up – A health surveillance update on Canadian Children and Youth*. Consulté à partir de http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/meas-haut/mu_r-eng.php.
- Butler, D. (2004). Adults with learning disabilities. In B.Y.L. Wong (eds). *Learning About Learning Disabilities*. San Diego: Elsevier Academic Press.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, youth and children living in First Nations communities*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Garner, R., Kohen, D. (2008). Health Reports: Changes in the prevalence of asthma among Canadian children. Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-X.
- Kirmayer, L., Simpson, C., Cargo, M. (2003). Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry*, 11, S15–S23.
- Li, J., Mattes, E., Stanley, F., McMurray, A., & Hertzman, C. (2009). Social determinants of child health and well-being. *Health Sociology Review*, 18(1), 3–11.
- Rapheal, D. (2010). The health of Canada's children: Part I – Canadian children's health in comparative perspective. *Pediatric Child Health*, 15(1), 23–29.
- Santé Canada (2006). Health Living: Asthma. Consulté à partir de <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/asthm-eng.php>.
- Statistique Canada. (2009). Health fact sheet: Breastfeeding. Consulté à partir de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010002/article/11269-eng.htm>.
- Waldram, J. B., Herring, D. A., Young, T. K. (2006). *Aboriginal health in Canada: Historical, cultural, and epidemiological perspectives*. 2nd Ed. Toronto: University of Toronto Press.

Chapitre 34

Utilisation des soins dentaires, carie du biberon et besoins en traitements

SOMMAIRE

Ce chapitre explore les taux d'utilisation des soins dentaires, la prévalence et les déterminants de la carie du biberon et les besoins en traitements des enfants des Premières Nations de la naissance à 11 ans par l'entremise des réponses données par les principaux dispensateurs de soins ayant participé à l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10. Chez les parents et les tuteurs des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques, 69,2 % indiquent que leur enfant a eu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10. Les prévalences les plus élevées d'utilisation des soins dentaires au cours de l'année précédant l'Enquête sont observées chez les enfants âgés de 9 à 11 ans (87,6 %), puis chez les enfants âgés de 6 à 8 ans (79,6 %) et chez les enfants âgés de 3 à 5 ans (74,3 %), tandis que les plus faibles prévalences sont observées chez les enfants de la naissance à 2 ans (28,7 %). Comparativement à l'ERS 2002-03, l'utilisation a augmenté de 8,2 % chez les enfants âgés de 3 à 5 ans, mais a chuté de 6,0 % chez ceux âgés de 6 à 8 ans. Dans l'ERS actuelle, la proportion d'enfants âgés de 6 à 11 ans qui ont reçu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête (83,8 %) est plus faible que chez les enfants du même âge dans l'ensemble de la population canadienne (91,3 %) et chez les enfants autochtones qui vivent hors réserve (92,2 %).

La prévalence de la carie du biberon est élevée chez les enfants des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations. En effet, 18,7 % des nourrissons de la naissance à 2 ans et 30,9 % des enfants d'âge préscolaire de 3 à 5 ans sont affectés par la carie du biberon, comparativement à 11,9 % et à 29,4 %, respectivement, dans l'ERS 2002-03. Bien que l'on rapporte une hausse de la carie du biberon chez les nourrissons, la prévalence du traitement pour cette condition a également augmenté pour tous les groupes d'âge depuis la dernière ERS. Plus précisément, 40,6 % des nourrissons affectés par la carie du biberon ont été traités pour cette condition, comparativement à 27,4 % dans l'ERS 2002-03, et un peu plus de trois quarts des enfants d'âge préscolaire (77,1 %) ont été traités pour la carie du biberon, comparativement à 67,4 % dans l'ERS 2002-03. La proportion d'enfants ayant la carie du biberon est plus faible chez ceux qui ont été nourris au lait maternel dans leur biberon (23,5 %) que chez ceux qui n'ont jamais été nourris au lait maternel dans leur biberon (30,2 %). On constate une tendance entre la durée de l'allaitement et la prévalence de la carie du biberon; en effet, 0,7 % des enfants ayant été allaités pendant plus de six mois ont eu la carie du biberon, comparativement à 28,8 % des enfants ayant été allaités pendant moins de 12 semaines. Parmi les enfants qui ont eu des boissons gazeuses dans leur biberon, la proportion de ceux touchés par la carie du biberon est presque deux fois plus élevée que la proportion d'enfants touchés par la carie du biberon n'ayant pas eu de boissons gazeuse dans leur biberon (51,3 % vs 27,6 %). De même, les enfants ayant eu du Kool-Aid et autres boissons en poudre dans leur biberon sont également touchés par la carie du biberon deux fois plus souvent que les enfants n'ayant pas eu de boissons en poudre dans leur biberon (47,7 % vs 24,4 %).

Une plus grande proportion d'enfants obèses (33,4 %) ont eu la carie du biberon que d'enfants en surpoids (24,1 %) ou en insuffisance pondérale ou de poids normal (22,9 %). Par ailleurs, les enfants qui vivent dans un logement surpeuplé sont plus susceptibles d'avoir la carie du biberon (30,3 %) que les enfants vivant dans un logement moins peuplé (23,1 %).

Les besoins en traitements dentaires, tels que rapportés par les parents et les dispensateurs de soins, ont augmenté de façon radicale depuis l'ERS 2002-03. Un peu plus d'un cinquième des enfants (21,7 %) de moins de 1 an nécessitent des traitements dentaires, et les pourcentages augmentent avec l'âge : 49,8 % des enfants âgés de 1 à 2 ans, 71,2 % de ceux âgés de 3 à 5 ans, 76,9 % de ceux âgés de 6 à 8 ans, et 74,2 % des

enfants âgés de 9 à 11 ans nécessitent des soins. Une grande proportion d'enfants âgés de 9 à 11 ans ont besoin de restaurations (41,9 %) et d'entretien (71,9 %), et 14,3 % nécessitent des soins orthodontiques. Chez les enfants âgés de 1 à 2 ans, 14,8 % nécessitent une extraction, et 23,4 % nécessitent des soins de restauration.

Les résultats indiquent qu'une majorité d'enfants des Premières Nations ont reçu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête, mais les niveaux de carie du biberon et leurs besoins en traitement ont augmenté de façon significative depuis l'ERS 2002-03. Les besoins en traitement dentaires sont peut-être dus à un manque de contrôle individuel sur de nombreux déterminants de la santé dans les communautés des Premières Nations qui perpétuent la présence d'inégalités en matière de santé buccodentaire entre les enfants des Premières Nations et les enfants dans l'ensemble de la population canadienne.

PRINCIPAUX CONSTATS

- 69,2 % des parents et dispensateurs de soins interviewés indiquent que leur enfant (0 à 11 ans) a reçu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête; 68,3 % des garçons et 70,2 % des filles.
- Les plus grandes proportions de recours à des soins dentaires au cours de l'année précédente sont observés chez les enfants de 9 à 11 ans (87,6 %), suivis des enfants âgés de 6 à 8 ans (79,6 %), et de ceux âgés de 3 à 5 ans (74,3 %), tandis que les moins élevés sont observés chez les enfants de 0 à 2 ans (28,7 %).
- 83,8 % des enfants des Premières Nations âgés de 6 à 11 ans ont reçu des soins dentaires au cours de l'année précédente. Chez les non-Autochtones, ce résultat est de 91,3 %, et chez les Autochtones qui vivent hors réserve, il est de 92,2 %.
- La prévalence de la carie du biberon a augmenté chez les enfants des Premières Nations: 18,7 % des nourrissons ont eu la carie du biberon comparativement à 11,9 % dans l'ERS 2002-03; 30,9 % des enfants âgés de 3 à 5 ans ont eu la carie du biberon comparativement à 29,4 % dans l'ERS 2002-03.
- Parmi les enfants ayant eu la carie du biberon, 40,6 % ont été traités pour ce problème, comparativement à 27,4 % dans l'ERS 2002-03, tandis que plus de trois quarts des enfants d'âge préscolaire (77,1 %) ont également été traités pour la carie du biberon, comparativement à 67,4 % dans l'ERS 2002-03.
- Chez les enfants âgés de 6 à 11 ans, 26,9 % ont des antécédents de carie du biberon, mais la vaste majorité (90,4 %) ont été traités pour ce problème.
- La proportion d'enfants avec la carie du biberon est moins grande chez ceux qui ont été nourris au lait maternel dans leur biberon (23,5 %) que chez ceux qui n'ont pas été nourris au lait maternel dans leur biberon (30,2 %).
- On observe une tendance entre la durée de l'allaitement et la prévalence de la carie du biberon; 20,7 % des enfants qui ont été allaités pendant plus de six mois ont eu la carie du biberon, comparativement à 28,8 % de ceux qui ont été allaités pendant moins de 12 semaines.
- Chez les enfants qui ont consommé des boissons gazeuses dans leur biberon, la proportion de ceux qui ont eu la carie du biberon est près de deux fois plus grande que la proportion de ceux qui ont eu la carie du biberon qui n'ont pas consommé de boissons gazeuses (51,3 % vs 27,6 %).
- Chez les enfants à qui on a servi du Kool-Aid et d'autres boissons en poudre dans leur biberon, la proportion de ceux qui ont eu la carie du biberon est deux fois plus grande que chez ceux à qui on n'a pas servi de boissons sucrées en poudre (47,7 % vs 24,4 %).
- Une plus grande proportion d'enfants obèses (33,4 %) que d'enfants en surpoids (24,1 %) et qui ont une insuffisance pondérale ou un poids normal (22,9 %) ont eu la carie du biberon.
- Les enfants qui vivent dans un logement surpeuplé sont plus susceptibles d'avoir eu la carie du biberon que ceux qui vivent dans un logement moins peuplé (30,3 % vs 23,1 %).
- 21,7 % des enfants des Premières Nations ont nécessité des soins avant leur premier anniversaire selon les principaux dispensateurs de soins. Les proportions de besoins en soins dentaires ont augmenté à 49,8 % chez les enfants âgés de 1 à 2 ans, 71,2 % chez ceux âgés de 3 à 5 ans, 76,9 % chez ceux âgés de 6 à 8 ans, et 74,2 % chez les enfants âgés de 9 à 11 ans.
- Chez les enfants âgés de 0 à 2 ans, 21,4 % nécessitent un traitement de restauration, 23,3 % nécessitent un traitement au fluor, et 13,3 % nécessitent une extraction en raison d'une carie.
- 36,2 % des enfants âgés de 3 à 5 ans et 41,9 % des enfants âgés de 6 à 11 ans nécessitent une obturation dans l'ERS 2008-10, comparativement à 28,4 % et 35,4 % dans l'ERS 2002-03, respectivement.

- 71,1 % des enfants des Premières Nations âgés de 9 à 11 ans nécessitent un examen dentaire et des soins préventifs, et 14,3 % nécessitent des soins orthodontiques, tel que le rapportent leurs parents et dispensateurs de soins.

INTRODUCTION

Les caries dentaires sont la maladie chronique la plus courante chez les enfants des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations au Canada; une situation résultant de l'accès réduit aux soins de prévention primaires, secondaires et tertiaires (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2005). Malgré des soins de santé et dentaires financés publiquement, l'accès des enfants des Premières Nations à ces soins continue d'accuser un retard comparativement à celui de la population canadienne en général. Dans l'ERS 2002-03, 69,1 % des enfants des Premières Nations de la naissance à 11 ans avaient reçu des soins dentaires au cours de l'année précédant l'Enquête, avec des taux de soins un peu plus élevés que 85 % chez ceux âgés de 6 à 11 ans (CGIPN, 2005). Malgré une utilisation apparemment élevée des services dentaires par les enfants des Premières Nations qui vivent dans des communautés éloignées dans le Nord du Canada observée dans l'ERS précédente, les taux de besoins en traitements dentaires perçus par les parents et les dispensateurs de soins étaient également élevés, ce qui donne à penser que les obstacles aux soins demeurent un problème pour de nombreuses familles. Le besoin pour des obturations dentaires dans les communautés éloignées et isolées est rapporté par 57,0 % des dispensateurs de soins des enfants âgés de 3 à 5 ans, par 60,8 % de ceux âgés de 6 à 8 ans et par 63,0 % de ceux âgés de 9 à 11 ans (CGIPN, 2005). Les taux alarmants de caries dentaires chez les très jeunes enfants des Premières Nations sont particulièrement préoccupants. L'ERS 2002-03 révélait que près d'un enfant des Premières Nations âgés de 3 à 5 ans sur trois (29,4 %) au Canada avait eu des caries dentaires, selon les parents et les dispensateurs de soins, et parmi ceux-ci, 67,4 % avaient reçu un traitement (CGIPN, 2005).

La carie du biberon est une maladie caractérisée par des attaques de caries importantes chez les nourrissons, les jeunes enfants et les enfants d'âge préscolaire qui sont majoritairement associées à une exposition régulière au sucre, souvent dans des boissons sucrées servies aux enfants dans un biberon. Mais les professionnels de la santé utilisent l'expression « caries de la petite enfance », ou CPE, car les enfants qui sont exposés à des pratiques d'alimentation inappropriées, telles que l'alimentation au biberon prolongée et à volonté ainsi qu'au moment de la sieste, ne développent pas tous la carie du biberon. L'association de ces pratiques avec la carie du biberon n'est pas constante, et la force de l'association varie grandement, tandis que l'association de la carie du

biberon à la pauvreté pendant l'enfance, l'ethnicité et le statut d'immigrant des parents, la scolarité maternelle limitée, et une taille plus grande de la famille est plus forte et plus constante (Al-Jewair & Leake, 2010; Schroth & Cheba, 2007; Schroth & Moffatt, 2005; Tiberia et al., 2007; Werneck, Lawrence, Kulkarni, & Locker, 2008). Une carie du biberon grave peut également être un marqueur du risque de maltraitance et de malnutrition des enfants, telle que l'anémie causée par une déficience en fer (Clarke et al., 2006; Moffatt, 1989, 1995; Valencia-Rojas, Lawrence, & Goodman, 2008).

L'allaitement au-delà de l'âge d'un an ainsi que la nuit après l'apparition des dents de lait peut également être associé à la carie du biberon (Valaitis, Hesch, Passarelli, Sheehan, & Sinton, 2000). Inversement, l'allaitement exclusif pendant une période d'au moins quatre à six mois peut réduire le risque de carie du biberon chez les nourrissons. Les taux d'allaitement chez les mères des Premières Nations restent systématiquement inférieurs à ceux dans l'ensemble de la population canadienne, bien que les données indiquent également que les mères des Premières Nations qui allaitent le font pendant une plus longue période de temps (CGIPN, 2005). Dans l'ERS 2002-03, 62,5 % des enfants étaient allaités comparativement à 79,9 % dans l'ensemble de la population canadienne (CGIPN, 2005). Parmi les enfants allaités, 43,3 % l'avaient été pendant plus de six mois. En revanche, chez les nourrissons dans l'ensemble de la population canadienne, 34,0 % avaient été allaités pendant plus de six mois (CGIPN, 2005). Les études visant à déterminer si l'allaitement est susceptible de réduire la carie du biberon se sont révélées non concluantes, en partie parce qu'il y a trop peu d'enfants nourris exclusivement au sein, ce qui est un obstacle à la réalisation d'une étude adéquate de l'allaitement comme facteur de prévention pour la carie du biberon.

La carie du biberon est particulièrement prévalente chez les enfants des Premières Nations en partie en raison des mauvaises conditions socioéconomiques, de l'insécurité alimentaire, de la malnutrition, et du manque de fluoruration de l'eau dans les communautés des Premières Nations. Des études épidémiologiques menées au cours de la dernière décennie ont révélé que les enfants autochtones âgés de 3 à 5 ans ont trois à cinq fois plus de caries dentaires que les autres enfants d'âge similaire au Canada (Albert, Cantin, Cross, & Castaldi, 1988; *Department of Community Dentistry, Faculty of Dentistry, University of Toronto* et *École nationale de dentothérapie*, 1992; Harrison & Davis, 1993; Houde, Gagnon, & St-Germain, 1991; Lawrence et al., 2004; Lawrence et al., 2009; Leake, Jozzy, & Uswak, 2008;

Pacey, Nancarrow, & Egeland, 2010; Peressini, Leake, Mayhall, Maar, & Trudeau, 2004a, 2004b; *Saskatchewan Indian Federated College*, École nationale de dentothérapie, 2000; Schroth, Harrison, Lawrence, & Peressini, 2008; Schroth, Moore, & Brothwell, 2005; Schroth, Smith, Whalen, Lekic, & Moffatt, 2005;). La carie du biberon a des effets néfastes sur la qualité de vie des enfants affectés, leur famille et leur communauté. Cette maladie chronique entraîne de graves douleurs et interfère avec la capacité de l'enfant de manger, de jouer, d'apprendre et de dormir, et peut être associée à d'autres maladies chroniques infantiles telles que l'otite moyenne (Casamassimo, Thikkurissy, Edelstein, & Maiorini, 2009; Schroth, Harrison, & Moffatt, 2009). Par ailleurs, un faible poids à la naissance et l'asthme sont également associés à un risque accru de carie du biberon chez les enfants des Premières Nations (**Abi-Nahed, Binguis, & Lawrence, 2006**; Burt & Pai, 2001). Plus récemment, l'obésité infantile a été liée à des taux élevés de caries dentaires (Marshall, Eichenberger-Gilmore, Broffitt, Warren, & Levy, 2007). **À son tour, l'obésité est liée à un vaste éventail de comorbidités, dont le diabète de type 2, dont la prévalence est observée chez les enfants et les adultes des Premières Nations.**

Par ailleurs, les conséquences économiques de la carie du biberon et de son traitement sont importantes (Casamassimo et al., 2009). Étant donné que les très jeunes enfants ne peuvent tolérer de multiples extractions dentaires et couronnes dans un environnement de bureau habituel avec un anesthésiant local, il est nécessaire de leur administrer un anesthésiant général dans un environnement hospitalier. Les procédures d'anesthésie générale pour les enfants de 12 ans et moins sont couvertes par le programme de Soins de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada, mais les coûts financiers de ces soins sont élevés (Lemchuk-Favel, 2010; Milnes, Rubin, Karpa, & Tate, 1993). De façon générale, on estime qu'un enfant des Premières Nations ou Inuit sur cinq de la naissance à 4 ans (19,9 %) qui a reçu des services SSNA en 2008–09 a dû avoir une anesthésie générale pour traiter un cas de carie du biberon (Lemchuk-Favel, 2010). Les dépenses des SSNA liées aux services d'anesthésie générale s'élevaient à 8,48 M\$ en 2008–09, et c'est sans compter les coûts du transport médical pour aller dans les communautés éloignées et en revenir (Lemchuk-Favel, 2010). En 2008–09, le coût du transport fédéral pour des raisons dentaires s'élevait à 2,5 M\$ (Lemchuk-Favel, 2010).

Ce chapitre présente de l'information sur les taux et les déterminants de l'utilisation des soins dentaires chez les enfants des Premières Nations de 11 ans et moins, de la

prévalence de la carie du biberon et son association à l'allaitement ou aux pratiques d'alimentation au biberon, et de besoins en traitements dentaires de cette cohorte tels que rapportés par les parents ou les dispensateurs de soins ayant participé à l'ERS 2008-10. Les résultats sont souvent comparés aux résultats de l'ERS 2002-03 afin d'examiner les tendances en matière d'accès aux soins dentaires, de carie du biberon et de besoins en traitements dentaires.

MÉTHODOLOGIE

Le contenu relatif à la santé buccodentaire de l'ERS 2008-10 provient de l'ERS précédente et visait à recueillir de l'information sur l'accès aux soins dentaires, la perception des principaux dispensateurs de soins relativement aux besoins en traitements dentaires de l'enfant, et la carie du biberon. Les parents et dispensateurs de soins répondants étaient invités à indiquer si les dents de leur enfant avaient déjà été affectées par la carie du biberon et, le cas échéant, si l'enfant avait été traité pour cette maladie. De nouvelles questions ont également été ajoutées à l'ERS 2008-10 afin d'investiguer la pratique et la durée de l'allaitement et les pratiques de l'alimentation au biberon. Les parents ou les principaux dispensateurs de soins étaient invités à décrire le contenu du biberon de leur enfant (tout ce qui avait déjà été donné à l'enfant avec le biberon). De plus, les données sur les blessures dentaires ont été extraites de la section du questionnaire portant sur les blessures physiques afin de fournir un aperçu de la prévalence des traumatismes aux dents de lait ou permanentes chez les enfants de 11 ans et moins, tels que rapportés par les dispensateurs de soins.

Ces mesures du statut de santé buccodentaire des enfants et de leur accès aux soins ont été examinées en fonction de déterminants de la santé et de facteurs de risque reconnus à l'aide d'un cadre holistique des Premières Nations fourni par le Cadre culturel de l'ERS (Dumont, 2005). Les éléments du cadre comprennent le niveau de scolarité, le statut d'emploi et le lien du dispensateur avec l'enfant; le peuplement du logement; la langue et la culture; l'âge, le sexe, la scolarité, les résultats scolaires et le bien-être personnel de l'enfant; les antécédents médicaux et de vaccination de l'enfant; les antécédents dentaires en matière de carie de la petite enfance; le régime alimentaire et la nutrition; le poids à la naissance et l'obésité.

Analyses statistiques

Des analyses descriptives et bivariées ont été réalisées. Les différences statistiques entre les proportions ou l'association entre les variables ont été évaluées en utilisant des intervalles de confiance (IC) de 95 %. Les

pourcentages rapportés sont fondés sur les données pondérées pour représenter la population des enfants des Premières Nations. De façon générale, tous les résultats et toutes les associations rapportés sont significatifs à $p < 0,05$ à moins d'être identifiés comme tendance. La taille de l'échantillon non pondéré est également fournie dans les tableaux et les figures.

Comparaisons avec d'autres ensembles de données

Les résultats sont comparés aux résultats de l'ERS 2002-03 pour tous les enfants de la naissance à 11 ans. Lors de l'examen des inégalités en matière d'accès aux soins dentaires entre les enfants des Premières Nations et les autres enfants au Canada, des comparaisons sont faites avec l'ensemble de la population canadienne en utilisant les données du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé

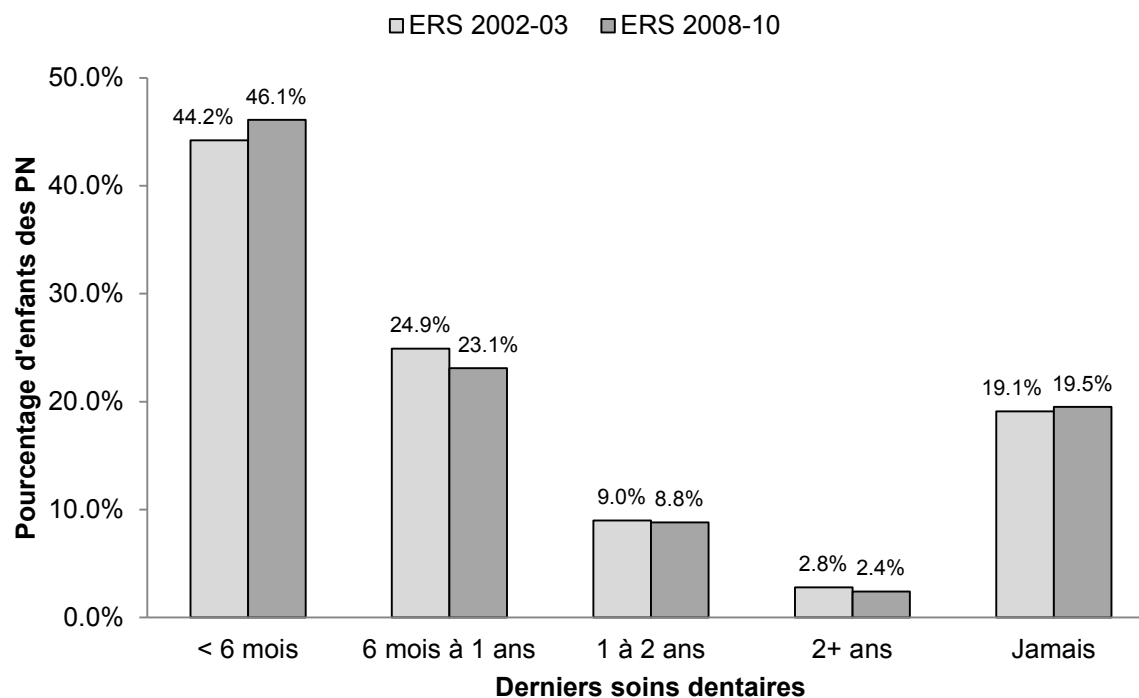
(ECMS) 2007-09 pour le groupe des 6 à 11 ans, étant donné que l'ECMS ne recueillait pas de données pour les enfants de moins de 6 ans (Santé Canada, 2010).

RÉSULTATS

Accès aux soins dentaires

En tout, 69,2 % des enfants des Premières Nations âgés de moins de 12 ans ont eu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête, et on n'observe aucun écart significatif entre les sexes (68,3 % de garçons et 70,2 % de filles). On n'observe également aucune différence significative entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10 en ce qui a trait à la répartition relative des enfants des Premières Nations selon la dernière fois où ils ont eu des soins dentaires (voir Figure 34.1).

Figure 34.1. Répartition en pourcentage des enfants des Premières Nations de la naissance à 11 ans, selon la dernière fois où ils ont eu des soins dentaires, dans l'ERS 2002-03 ($n = 6\ 268$) et l'ERS 2008-10 ($n = 5\ 706$)

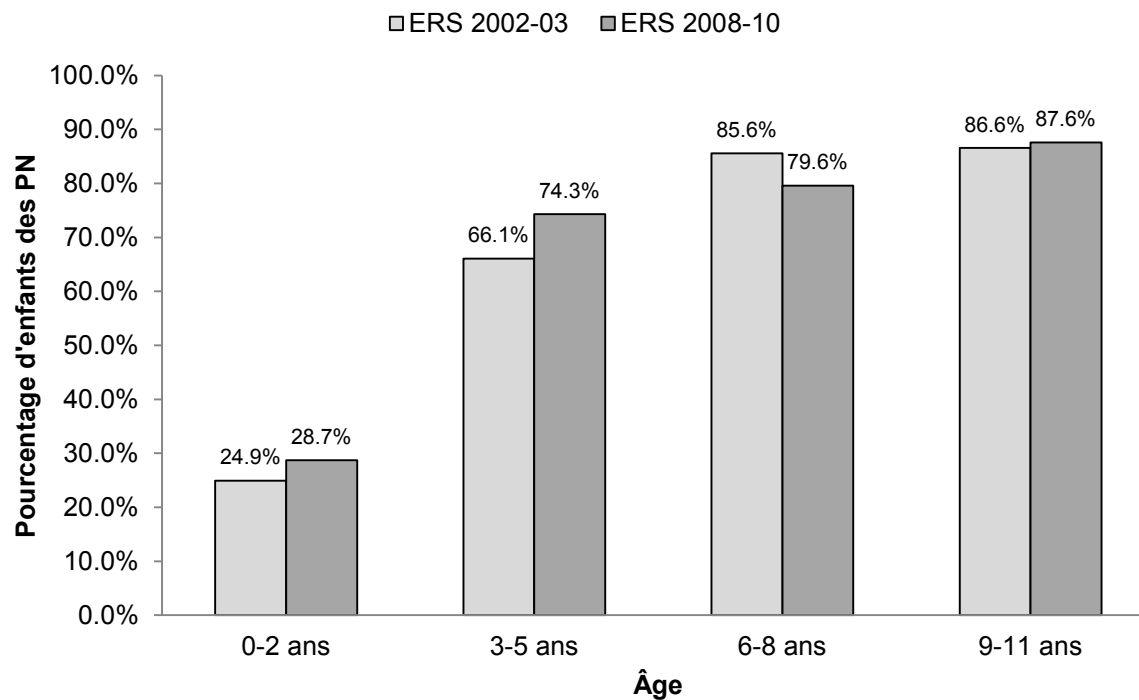


On observe des différences d'âge en ce qui a trait à l'accès aux soins dentaires : une plus grande proportion d'enfants âgés de 9 à 11 ans (87,6 %) ont eu des soins dentaires au cours de l'année précédant l'Enquête que les enfants âgés de 6 à 8 ans (79,6 %), suivis des enfants d'âge préscolaire (3 à 5 ans; 74,3 %) et des nourrissons (0 à 2 ans; 28,7 %; voir Figure 34.2). On observe des résultats similaires selon le groupe d'âge dans l'ERS 2002-03; à l'exception de légères

différences dans certains groupes d'âge, avec des taux d'accès aux soins dentaires qui augmentent chez les enfants de moins de 6 ans, mais qui chutent chez les enfants âgés de 6 à 8 ans entre les deux enquêtes (CGIPN, 2005). Par exemple, 66,1 % des enfants âgés de 3 à 5 ans dans l'ERS 2002-03 ont eu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête comparativement à 74,3 % dans l'ERS 2008-10

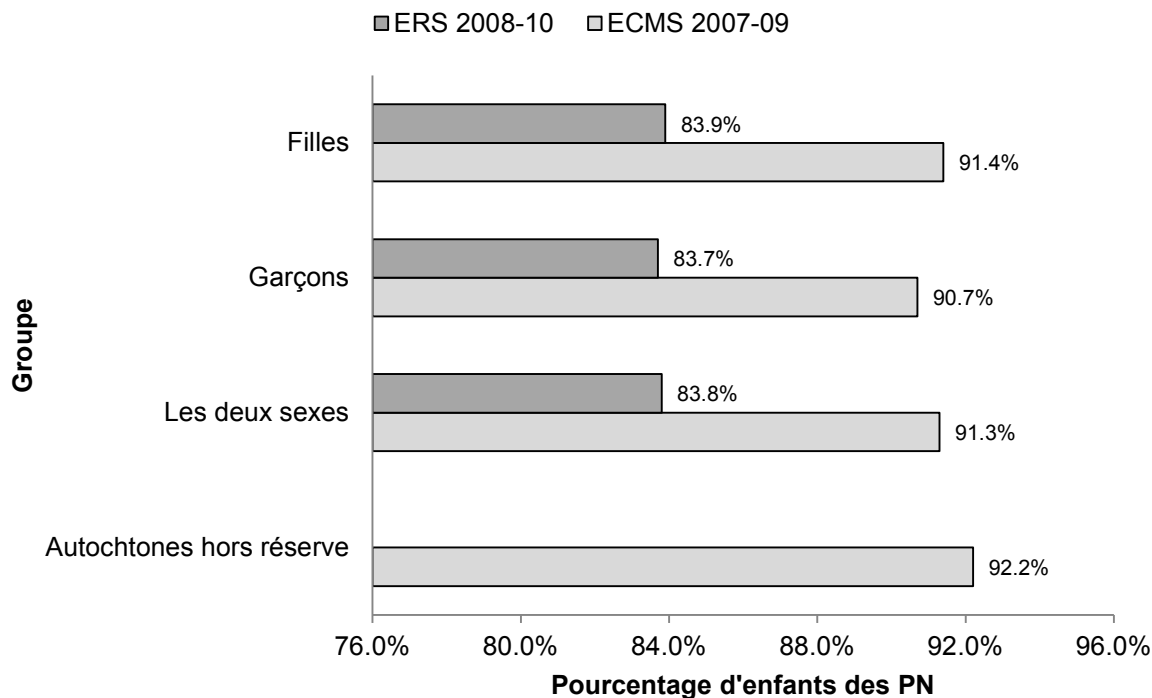
(CGIPN, 2005).

Figure 34.2. Pourcentage d'enfants des Premières Nations qui ont eu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête, selon le groupe d'âge, dans l'ERS 2002-03 (n = 6 268) et l'ERS 2008-10 (n = 5 699)



Chez les enfants des Premières Nations âgés de 6 à 11 ans, 83,8 % ont eu des soins dentaires au cours de l'année précédant l'Enquête, et on n'observe aucune différence entre les garçons et les filles (voir Figure 34.3). Ce pourcentage est plus faible que les résultats équivalents chez les pairs non autochtones et chez les enfants autochtones qui vivent hors réserve (91,3 % et 92,2 %, respectivement; [Santé Canada, 2010]).

Figure 34.3. Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 11 ans qui ont eu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête dans l'ECMS 2007-09 (non pondéré $n = 1\ 070$; pondéré $n = 2\ 160,4$) et l'ERS 2008-10 (non pondéré $n = 3\ 098$)



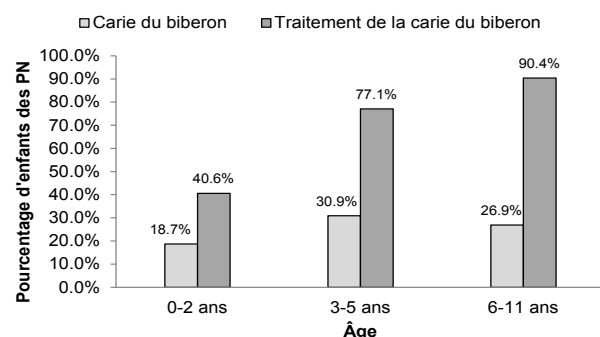
*Canadiens non autochtones âgés de 6 à 11 ans (ECMS 2007-09; non pondéré $n = 1\ 033$; pondéré $n = 2\ 062,4$)

L'exploration des prédicteurs de l'utilisation des soins dentaires (voir Tableau 34.A1 en annexe) a permis de constater de plus grandes proportions d'utilisation chez les enfants de familles dont la scolarité parentale est plus élevée; ceux dont la mère ou la tutrice a une activité rémunérée actuellement; les enfants qui comprennent ou parlent une langue des Premières Nations, qui ont fréquenté un programme d'aide préscolaire aux Autochtones, ou qui ont doublé une année; ceux qui souffrent d'asthme, de diabète, de cardiopathie ou d'otite; et ceux ayant eu la carie du biberon. Parmi les autres facteurs socioculturels et relatifs au mode de vie associés à des pourcentages plus élevés d'utilisation des soins dentaires, on retrouve le partage d'aliments traditionnels avec les autres membres du ménage, le fait d'avoir un trouble affectif ou comportemental, ou le fait d'avoir une mère qui n'a pas fumé au cours de la grossesse. On observe de plus faibles pourcentages d'utilisation des soins dentaires chez les enfants dont le principal dispensateur de soins est un beau-parent (47,8 %), ceux qui n'ont jamais un régime alimentaire nutritif et équilibré (23,7 %) mais qui ne consomment jamais ou presque jamais de boissons gazeuses (57,8 %) ou de sucreries (54,9 %). On observe de faibles pourcentages similaires chez ceux qui ne reçoivent pas les vaccins de routine (42,7 %).

Carie du biberon

La prévalence de la carie du biberon est élevée chez les enfants des Premières Nations (voir Figure 34.4). Chez les nourrissons de la naissance à 2 ans, 18,7 % d'entre eux ont la carie du biberon, comparativement à 11,9 % dans l'ERS 2002-03; toutefois, on n'observe aucun écart relatif à la prévalence de la carie du biberon chez les enfants âgés de 3 à 5 ans depuis la dernière ERS (30,9 % dans l'ERS 2008-10 vs 29,4 % dans l'ERS 2002-03 [CGIPN, 2005]). Chez les enfants âgés de 6 à 11 ans, 26,9 % ont des antécédents de carie du biberon, mais la vaste majorité (90,4 %) a reçu un traitement pour cette condition. Les données sur la prévalence de la carie du biberon chez les enfants âgés de 6 à 11 ans n'ont pas été recueillies dans l'ERS 2002-03. Parmi les nourrissons ayant la carie du biberon, 40,6 % ont été traités, comparativement à 27,4 % dans l'ERS 2002-03, tandis que plus de trois quarts des enfants d'âge préscolaire (77,1 %) ont également été traités pour la carie du biberon, comparativement à 67,4 % dans l'ERS 2002-03 (CGIPN, 2005).

Figure 34.4. Proportion d'enfants des Premières Nations touchés par la carie du biberon et traités, telle que rapportée par les principaux dispensateurs de soins, selon le groupe d'âge (non pondéré $n = 5\ 667$)



La proportion d'enfants ayant la carie du biberon est plus faible chez ceux qui ont été nourris au lait maternel dans leur biberon que chez ceux n'ayant pas été nourris au lait maternel dans leur biberon (voir Tableau 34.1). En revanche, le fait de donner des jus de fruits à 100 %, du lait en conserve, du lait maternisé enrichi de fer, du thé (possiblement sucré), des boissons gazeuses, ou des boissons en poudre dans le biberon est associé à une plus grande prévalence de la carie du biberon (voir Tableau 34.1). Par exemple, la proportion d'enfants ayant la carie du biberon est presque deux fois plus élevée chez ceux ayant eu des boissons gazeuses dans leur biberon que chez ceux n'ayant pas eu de boissons gazeuses dans leur biberon (51,3 % vs 27,6 %). Pareillement, la proportion d'enfants ayant la carie du biberon est deux fois plus élevée chez ceux nourris au Kool-Aid et autres boissons en poudre dans leur biberon que chez ceux pour qui cela n'a pas été le cas (47,7 % vs 24,4 %).

Tableau 34.1. Contenu du biberon tel que rapporté par le principal dispensateur de soins et risque de carie du biberon chez les enfants des Premières Nations ($n = 4\ 903$)

Contenu	% ayant la carie du biberon chez ceux ayant été nourris [95 % IC]	% ayant la carie du biberon chez ceux n'ayant pas été nourris [95 % IC]
Lait maternel	23,5 [19,3, 28,2]	30,2 [28,1, 32,5]
Lait en poudre	24,1 [18,5, 30,7]	28,8 [26,6, 31,0]
Lait maternisé	26,8 [24,0, 29,8]	29,9 [27,4, 32,6]
Eau	27,1 [24,4, 29,9]	30,0 [27,1, 33,2]
Lait	27,5 [24,9, 30,2]	29,6 [26,7, 32,7]
Lait de soya	28,4 [21,5, 36,5]	28,5 [26,3, 30,8]
Jus de fruits 100 %	33,0 [29,6, 36,6]	25,9 [23,6, 28,3]
Lait en conserve	37,0 [31,7, 42,7]	27,5 [25,3, 29,9]
Lait maternisé enrichi de fer	32,2 [29,5, 35,0]	23,8 [21,0, 26,9]
Thé	45,0 [37,3, 53,0]	27,5 [25,4, 29,6]
Boissons gazeuses	51,3 [42,0, 60,5]	27,6 [25,4, 29,9]
Kool-Aid et autres boissons en poudre	47,7 [42,0, 53,5]	24,4 [22,5, 26,4]

*Significatif à $p < 0,05$

En moyenne, les enfants des Premières Nations sont allaités pendant 9,2 mois (95 % IC [8,7, 9,8]). L'allaitement est associé à une réduction de la prévalence de la carie du biberon, bien que le résultat ne soit pas significatif du point de vue statistique (voir Tableau 34.2). De plus, on observe une association entre la durée de l'allaitement et la prévalence de la carie du biberon; chez les enfants allaités pendant plus de six mois, 20,7 % ont la carie du biberon, comparativement à 28,8 % chez ceux ayant été allaités pendant moins de 12 semaines (voir Tableau 34.2). L'alimentation au biberon, de son côté, est associée de façon significative à une incidence accrue de carie du biberon; la proportion d'enfants nourris au biberon ayant la carie du biberon est 2,7 fois plus grande que la proportion d'enfants ayant la carie du biberon qui n'ont pas été nourris au biberon. De même, une proportion considérablement plus grande d'enfants obèses (33,7 %) que d'enfants en surpoids (24,9 %) ou d'enfants en insuffisance pondérale ou ayant un poids normal (23,2 %) ont eu la carie du biberon. Finalement, on observe que

le peuplement du logement est un déterminant de la santé important pour la carie du biberon; en effet, les enfants qui vivent dans un logement surpeuplé sont plus susceptibles d'être touchés par la carie du biberon que ceux vivant dans un logement non surpeuplé (30,3 % vs 23,1 %). On n'observe, par ailleurs, aucune association entre le sexe et le poids à la naissance de l'enfant et la carie du biberon.

Blessures dentaires

Il n'y pas réellement de prévalence des traumatismes dentaires chez cette population d'enfants; en effet,

seuls 2,7 %^E (95 % IC [1,7, 4,3]) des enfants de moins de 12 ans (3,0 %^E des enfants âgés de 6 à 11 ans, 95 % IC [1,7, 5,5]) ont subi un traumatisme à la région buccale au cours des 12 mois précédant l'Enquête, un résultat inchangé depuis l'ERS 2002-03 (CGIPN, 2005).

Tableau 34.2. Risque de carie du biberon tel que rapporté par les principaux dispensateurs de soins, chez les enfants des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations, selon un certain nombre de déterminants de la santé

Déterminant de la santé (non pondéré <i>n</i>)	Carie du biberon	
	Pondéré %	95 % IC
Total (5 674)	26,1	[24,2, 28,1]
Filles (2 850)	26,7	[24,1, 29,4]
Garçons (2 821)	25,6	[23,4, 27,9]
Allaités		
Non (2 432)	28,9	[26,5, 31,5]
Oui (3 158)	24,3	[21,8, 27,1]
Durée de l'allaitement		
Moins de 12 semaines (667)	28,8	[23,1, 35,3]
3 à 6 mois (1 094)	26,6	[22,9, 30,6]
Plus de 6 mois (1 361)	20,7	[17,2, 24,8]
Nourris au biberon		
Non (726)	10,7	[8,0, 14,2]
Oui (4 907)	28,5	[26,4, 30,7]
Poids à la naissance (PN)		
Faible PN (261)	27,3	[21,6, 33,9]
PN normal (4 035)	26,7	[24,5, 29,1]
PN élevé (1 054)	25,3	[20,9, 30,2]
Indice de masse corporelle (IMC)		
Obésité (1 876)	33,4	[29,3, 37,8]
Surpoids (902)	24,1	[21,2, 27,3]
Normal/Insuffisance pondérale (1 720)	22,9	[20,0, 25,9]
Peuplement du logement		
Non surpeuplé [\leq 1 personne/pièce] (3 811)	23,1	[20,9, 25,4]
Surpeuplé [$>$ 1 personne/pièce] (1 807)	30,3	[27,5, 33,3]

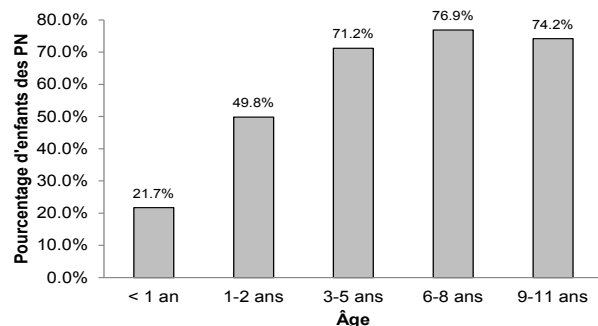
*Significatif à $p < 0,05$

Perceptions des dispensateurs de soins relativement aux besoins en traitements dentaires de leur enfant

Les besoins en soins dentaires varient selon l'âge, mais 21,7 % des enfants des Premières Nations ont nécessité une forme ou une autre de soins avant leur premier anniversaire (voir Figure 34.5). Le pourcentage de besoins en soins dentaires s'élève à

49,8 % chez les enfants âgés de 1 à 2 ans, 71,2 % chez ceux âgés de 3 à 5 ans, 76,9 % chez ceux âgés de 6 à 8 ans, et 74,2 % chez les enfants âgés de 9 à 11 ans.

Figure 34.5. Répartition des enfants des Premières Nations qui nécessitent des soins dentaires selon la perception des principaux dispensateurs de soins, selon le groupe d'âge (n = 5 866)



En outre, depuis l'ERS 2002-03, les besoins en traitements dentaires ont augmenté chez les enfants des Premières Nations pour des obturations; des examens de routine; des soins préventifs, tels que le traitement au fluor; et les interventions chirurgicales, comme les extractions dentaires (voir Tableau 34.3). Près de 65,0 % des enfants nécessitent un entretien régulier, et 37,3 % nécessitent des obturations, comparativement à 42,7 % et à 26,9 %, respectivement, dans l'ERS 2002-03 (CGIPN, 2005). En tout, 23,2% et 10,5% des enfants nécessitent un traitement au fluor et une extraction dentaire dans l'ERS 2008-10. Plus particulièrement, les proportions sont plus grandes que dans l'ERS 2002-03 en ce qui a trait à la perception des besoins en traitement au fluor et en extractions (12,4 % et 7,0 %, respectivement [CGIPN, 2005]).

Tableau 34.3. Proportion d'enfants des Premières Nations de la naissance à 11 ans ayant des besoins en traitements dentaires selon la perception des principaux dispensateurs de soins dans l'ERS 2002-03 (n = 6 286) et l'ERS 2008-10 (n = 3 927)

Type de traitement dentaire requis*	ERS 2002-03 %	ERS 2008-10 % [95 % IC]
Restauration (p.ex., obturations, couronnes, ponts)	26,9	37,3 [35,1, 39,6]
Entretien (p.ex., examen de routine ou nettoyage)	42,7	64,9 [62,6, 67,0]
Extraction	7,0	10,5 [9,2, 11,9]
Traitement au fluor	12,4	23,2 [21,2, 25,4]
Parodontie (soins des gencives)	---****	0,6 ^E [0,4, 0,9]
Prostodontie (p.ex., prothèses, y compris réparation et entretien)	---****	0,5 ^E [0,3, 0,8]
Orthodontie (p.ex., broches)	5,2	5,1 [4,2, 6,3]
Soins d'urgence (problème dentaire nécessitant une intervention immédiate)	2,0	2,5 [1,8, 3,4]

*Traitements multiples acceptés

****Information non disponible dans le rapport de l'ERS 2002-03

^E Interpréter avec prudence (variabilité élevée de l'échantillonnage; coefficient de variation 16,6 % à 33,3 %)

On n'observe aucun écart significatif entre les sexes pour quel que type de traitement que ce soit lorsque les résultats pour les différents types de traitements dentaires sont répartis selon le groupe d'âge et le sexe, sauf dans le cas des besoins en orthodontie. À cet égard, une plus grande proportion de filles que de garçons nécessitent des broches (6,6 % vs 3,6 %, 95 % IC [5,0, 8,6] et [2,7, 4,8], respectivement). De plus, étant donné qu'un traitement orthodontique commence habituellement vers l'âge de 11 ou 12 ans, ce sont les filles âgées de 9 à 11 ans qui nécessitent le plus des soins en orthodontie (17,7 %), comparativement à 10,5 % des garçons du même âge (95 % IC [13,3, 23,1] et [8,0, 13,8], respectivement).

Le Tableau 34.4 présente les résultats par groupe d'âge et ERS. Le tableau montre d'abord que les besoins en soins buccodentaires ont augmenté de façon notable entre les deux enquêtes, quel que soit le groupe d'âge. Puis, deux résultats sont mis en évidence : les grandes proportions d'enfants âgés de 6 à 11 ans qui nécessitent des soins de restauration et d'entretien, et, chez les très jeunes enfants âgés de 1 à 2 ans, les 13,3 % qui nécessitent une extraction et les 21,4 % qui nécessitent un traitement de restauration.

Finalement, un peu moins du quart des principaux dispensateurs de soins rapportent que leur enfant nécessite un traitement au fluor, quel que soit l'âge de l'enfant.

De plus, seuls 24,5 % (95 % IC [22,2, 26,9]) des enfants âgés de 6 à 11 ans dans l'ERS 2008-10 n'ont

aucun besoin en traitement, comparativement à 75,9 % des enfants du même groupe d'âge dans l'ECMS 2007-09, quoique ce dernier résultat reflète les besoins dentaires évalués en clinique (Santé Canada, 2010).

Tableau 34.4. Proportion d'enfants des Premières Nations ayant des besoins en traitements dentaires selon la perception des principaux dispensateurs de soins dans l'ERS 2002-03 (n = 6 286) et l'ERS 2008-10 (n = 3 927), selon le groupe d'âge

Type de traitement dentaire requis*	Groupe d'âge			
	0–2 ans	3–5 ans	6–8 ans	9–11 ans
	% [95 % IC]	% [95 % IC]	% [95 % IC]	% [95 % IC]
Restauration (p.ex., obturations) ERS 2002-03 ERS 2008-10	9,5 21,4 [17,0, 26,5]	28,4 36,2 [31,8, 40,8]	35,4 41,9 [38,4, 45,6]	29,6 41,9 [38,2, 45,6]
Entretien (p.ex., examen de routine ou nettoyage) ERS 2002-03 ERS 2008-10	30,4 51,7 [46,4, 56,8]	45,9 60,0 [55,2, 64,6]	41,7 70,1 [67,0, 73,0]	52,1 71,1 [67,1, 74,8]
Extraction ERS 2002-03 ERS 2008-10	3,9 13,3 [10,3, 17,1]	8,0 12,8 [9,8, 16,5]	9,6 10,1 [8,3, 12,3]	5,6 7,5 [6,0, 9,3]
Traitement au fluor ERS 2002-03 ERS 2008-10	5,3 23,3 [18,4, 28,9]	11,2 22,7 [18,6, 27,5]	16,8 24,7 [21,6, 28,1]	14,6 21,6 [18,5, 25,0]
Orthodontie (p.ex., broches) ERS 2002-03 ERS 2008-10	F 0	F F	3,8 2,7 ^E [1,7, 4,5]	13,9 14,3 [11,6, 17,4]
Soins d'urgence ERS 2002-03 ERS 2008-10	F 2,2 ^E [1,2, 4,0]	3,2 3,9 ^E [2,0, 7,4]	F 1,7 ^E [1,1, 2,7]	F 2,1 ^E [1,4, 3,4]

*Traitements multiples acceptés

IC = Intervalle de confiance (non disponible dans le rapport de l'ERS 2002-03)

F = Données supprimées en raison de la taille insuffisante de l'échantillon ou de l'extrême variabilité de l'échantillonnage

^E Interpréter avec prudence (variabilité élevée de l'échantillonnage; coefficient de variation 16,6 % à 33,3 %)

DISCUSSION

Les résultats de l'Enquête révèlent que 69,2 % des enfants des Premières Nations de la naissance à 11 ans ont eu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10. C'est chez les enfants âgés de 9 à 11 ans que l'on observe le plus haut taux (87,6 %), suivis de 79,6 % des enfants âgés de 6 à 8 ans, 74,3 % de ceux âgés de 3 à 5 ans, et 28,6 % des enfants âgés de 2 ans et moins. Comparativement aux résultats de l'ERS 2002-03, les taux d'utilisation ont augmenté chez les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire, mais ont légèrement diminué ou sont demeurés inchangés dans les autres groupes d'âge. Néanmoins, les taux plus faibles d'utilisation des soins buccodentaires chez les enfants d'âge préscolaire et les nourrissons sont préoccupants et devraient devenir une priorité des politiques à court terme. Il est possible

que de nombreux parents et dispensateurs de soins des Premières Nations ne perçoivent pas l'importance de préserver la santé des dents de leur bébé parce qu'elles « tombent de toute façon » (Schroth, Smith, et al., 2005). Cette perception peut retarder la première visite chez le dentiste, et ainsi entraîner en bout de ligne une chirurgie dentaire lorsque la carie du biberon, ainsi que la douleur et l'angoisse connexes, est diagnostiquée. De nombreux nourrissons et enfants d'âge préscolaire nécessitent une anesthésie générale ou plus pour la chirurgie dentaire, ce qui peut contribuer à une attente prolongée pour la chirurgie dentaire pédiatrique d'un bout à l'autre du Canada (Schroth & Smith, 2007; Wright & Menaker, 2011).

Bien que le système de soins buccodentaires pour les Premières Nations au Canada vise à répondre aux besoins dentaires de ses clients, les résultats de cette enquête

démontrent que des disparités importantes subsistent toujours. Les comparaisons avec les résultats de l'ECMS 2007-09 révèlent que tandis que 83,8 % des enfants des Premières Nations âgés de 6 à 11 ans ont eu des soins dentaires au cours de l'année précédant l'ERS 2008-10, 91,3 % de leurs pairs dans l'ensemble de la population canadienne et 92,2 % des enfants autochtones qui vivent hors réserve ont eu des soins dentaires au cours de l'année précédant l'ECMS (Santé Canada, 2010). Les enfants des Premières Nations semblent avoir davantage de besoins en traitements dentaires que les enfants dans l'ensemble de la population canadienne. Trois quarts des enfants des Premières Nations âgés de 6 à 11 ans ont des besoins en traitements dentaires comparativement à un enfant sur quatre du même âge ayant subi un examen buccodentaire dans le cadre de l'ECMS 2007-09 (Santé Canada, 2010). Bien que l'ERS ne recueille pas de données cliniques, car elle se fie au rapport des parents et des dispensateurs de soins pour la mesure des besoins dentaires, elle fournit de l'information culturellement appropriée et scientifiquement valide sur les enfants de moins de 12 ans qui vivent dans les communautés des Premières Nations qui peuvent être suivis sur plusieurs enquêtes consécutives. Depuis l'ERS 2002-03, les besoins en traitements dentaires ont augmenté chez les enfants des Premières Nations pour les obturations, les examens de routine, et les soins préventifs, tels que les traitements au fluor, ainsi que pour les interventions chirurgicales, telles que les extractions dentaires. Sur une note plus grave, 21,4 % des enfants âgés de 1 à 2 ans nécessitent des traitements de restauration, 23,3 % nécessitent un traitement au fluor, et 13,3 % ont déjà eu des extractions de dents en raison de caries. Ces taux sont beaucoup plus élevés que ceux rapportés dans l'ERS 2002-03 (voir Tableau 34.4).

Une des conséquences des problèmes d'accès aux soins des jeunes enfants des Premières Nations est la nécessité d'extraire des dents primaires de façon prématurée. Les dents deviennent à risque de carie dentaire dès qu'elles font leur apparition dans la bouche. Les dents primaires, également appelées dents de bébé ou dents de lait, commencent à apparaître autour de l'âge de 6 mois. Entre les âges de 6 et 11 ans, les enfants perdent leurs dents primaires et acquièrent leurs dents permanentes. Une mauvaise santé buccodentaire et très peu d'accès aux soins dentaires chez les jeunes enfants des Premières Nations sont associées à des taux accrus de traitements dentaires sous anesthésie générale et à des risques plus élevés de malocclusion (chevauchements ou occlusions croisées) dans la dentition permanente (Harrison & Davis, 1996). Les dents primaires servent de guide pour le positionnement des dents permanentes à l'adolescence

(Harrison & Davis, 1996). La carie et l'extraction prématurée des dents primaires explique peut-être pourquoi 14,3 % des enfants des Premières Nations âgés de 9 à 11 ans – une plus grande proportion que chez les enfants du même âge dans l'ensemble de la population canadienne – nécessitent des soins orthodontiques selon leurs principaux dispensateurs de soins dans l'ERS 2008-10.

Pour répondre aux pressants besoins en santé buccodentaire des enfants des Premières Nations et Inuit, Santé Canada a mis sur pied l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE) en 2004 (Lawrence, 2010; Lemchuk-Favel, 2010). L'initiative comprend un dépistage dentaire réalisé par des fournisseurs en soins buccodentaires, des recommandations d'activités pour les maladies buccodentaires chez les nourrissons et les jeunes enfants, l'application de vernis au fluorure chez les jeunes enfants, et un traitement pour contrer les maladies déjà présentes. Les communautés des Premières Nations et inuites administrent le programme elles-mêmes par l'entremise d'accords de contribution avec le gouvernement fédéral. Les services sont principalement offerts par des assistants communautaires de l'ISBE qui sont supervisés par des hygiénistes et des thérapeutes dentaires. La création de l'ISBE pour compléter les fournisseurs en soins dentaires des soins de santé primaires et de la santé publique dans les communautés des Premières Nations a permis d'accroître l'accès à l'hygiène dentaire, à la promotion de la santé buccodentaire, et aux services de soins pour les enfants. L'accès accru aux soins rendu possible grâce à l'ISBE explique peut-être les proportions plus grandes de parents et de dispensateurs de soins qui rapportent des soins dentaires pour leurs enfants de moins de 6 ans dans l'ERS 2008-10 que dans l'ERS 2002-03. L'accès aux services de l'ISBE pourrait également expliquer les taux plus élevés de traitement de la carie du biberon dans ces mêmes groupes d'âge comparativement aux résultats précédents de l'ERS. Bien que l'ISBE ait pu accroître l'accès aux soins dentaires dans certaines régions du pays pour les enfants de la naissance à 4 ans et les enfants d'âge scolaire âgés entre 5 et 7 ans, la prévalence des besoins demeure élevée, avec 30,9 % des enfants des Premières Nations âgés de 3 à 5 ans et 18,7 % de ceux âgés de 2 ans et moins qui sont affectés par la carie du biberon dans l'ERS 2008-10, comparativement à 29,4 % et à 11,9 %, respectivement, dans l'ERS 2002-03.

Les membres des communautés, les chercheurs et ceux qui élaborent les politiques sont particulièrement préoccupés par la prévalence croissante de la carie du biberon chez les enfants autochtones au Canada (Schroth et al., 2008). La carie du biberon est une maladie multifactorielle qui nécessite des moyens

novateurs de prévention et de traitement. Il est espéré que de nouvelles interventions préventives en santé buccodentaire spécifiques aux Autochtones réussissent à alléger le fardeau que représente la carie du biberon dans les communautés des Premières Nations. À ce jour, quelques études dans des communautés autochtones ont donné des résultats encourageants en réussissant, par exemple, à réduire les taux de caries et à améliorer la connaissance qu'ont les dispensateurs de soins de la carie du biberon et des moyens de la prévenir. Au nombre des interventions : des programmes communautaires de promotion de la santé buccodentaire ciblant les femmes enceintes et celles qui allaitent qui tentent de réduire l'acceptabilité sociale d'une alimentation au biberon prolongée en adaptant les interventions aux croyances culturelles de la communauté afin que les gens soient davantage réceptifs aux changements de comportement (Harrison, MacNab, Duffy, & Benton, 2006; Harrison & White, 1997; Lawrence et al., 2004). Certains de ces programmes sont intégrés aux services en santé existants, tels que les soins pédiatriques ou les programmes de nutrition prénataux (Harrison et al., 2006; Lawrence et al., 2004). Les essais communautaires relatifs au vernis au fluorure qui ont eu lieu au Canada et en Australie ont démontré qu'une application topique du vernis aux dents de lait, qui requiert une formation minimale, représente une solution sécuritaire, simple et à faible coût au problème de la carie du biberon chez les peuples autochtones des deux pays (Lawrence et al., 2008; Slade et al., 2011). Plus récemment, un essai visant à prévenir les caries dans des communautés criées éloignées du Québec a conclu que du counseling préventif utilisant une approche d'interview motivationnelle entreprise pendant la grossesse peut aider à contrôler les caries au cours de la petite enfance chez les enfants criés (Harrison, Veronneau, & Leroux, 2010; Veronneau & Harrison, 2011).

Nos résultats mettent de l'avant des mesures qui peuvent réduire le risque de carie du biberon, telles que la promotion de l'allaitement pendant six mois ou plus et la réduction de l'alimentation au biberon avec des boissons sucrées, les pires étant les boissons gazeuses et les mélanges de boissons en poudre. Des interventions simples visant la disponibilité des boissons sucrées ont permis de réduire les tendances élevées de caries et se sont révélées à la fois faisables et acceptables par les communautés amérindiennes de la Côte Nord-Ouest des É.-U. (Maupomé et al., 2010). Ces mesures simples permettraient non seulement de réduire la carie du biberon mais également de prévenir l'obésité infantile car ce sont toutes deux des maladies liées au régime alimentaire (Sheiham & Watt, 2000). Dans la présente ERS, les

enfants obèses sont beaucoup plus susceptibles d'être à risque pour la carie du biberon que les enfants en surpoids, de poids normal ou en insuffisance pondérale. En outre, le personnel médical qui traite les patients des Premières Nations doit discuter de la santé buccodentaire avec les nouvelles mères et les éduquer par rapport à l'importance du rôle qu'elles jouent lorsqu'elles maintiennent les dents de leur bébé en santé. Malheureusement, la recherche a démontré que bien que la majorité des pédiatres et des médecins de famille au Canada intègrent certains aspects de la santé buccodentaire lors des examens pédiatriques, ces professionnels de la santé rapportent également un manque de connaissance et de formation en ce qui a trait aux dents (Prakash et al., 2006). Cette lacune au plan de la formation constitue une barrière de plus aux soins et empêche certains médecins de jouer un rôle plus actif dans la promotion de la santé buccodentaire de leurs jeunes patients (Prakash et al., 2006). Pour contrer ce problème, l'Association dentaire canadienne recommande que les enfants consultent le dentiste dans les six mois suivant l'apparition de la première dent ou au plus tard à l'âge d'un an (Association dentaire canadienne, 2005). Bien que la consultation à l'âge d'un an ait le potentiel d'améliorer la santé buccodentaire des plus jeunes et des plus vulnérables de notre société, la recherche a également démontré que de nombreux dentistes canadiens ignorent cette recommandation et ne voient pas d'enfants avant l'âge de trois ans (Stijacic, Schroth, & Lawrence, 2008).

Néanmoins, il sera difficile de modifier de façon radicale les obstacles aux soins et les besoins élevés en traitements des enfants des Premières Nations sans également améliorer les conditions économiques et les conditions de vie dans les communautés des Premières Nations. Le surpeuplement des logements, un problème présent dans les communautés des Premières Nations d'un bout à l'autre du Canada, compte parmi les facteurs de risque potentiels pour la carie du biberon dans la présente enquête. De plus, le niveau de scolarité et le statut d'emploi des dispensateurs de soins, la capacité de l'enfant de comprendre ou de parler une langue des Premières Nations, et le niveau de scolarité, les résultats scolaires, le bien-être personnel et les expériences en début de vie des enfants, ainsi que leurs maladies et leurs antécédents de vaccination, leurs antécédents dentaires relativement aux caries de la petite enfance, leurs habitudes alimentaires et leur nutrition sont tous des corrélats de l'utilisation des soins dentaires au cours de l'année précédant l'Enquête. Un piètre régime alimentaire, constitué d'aliments occidentaux riches en sucres et en féculents, et raffinés, plutôt qu'un régime alimentaire constitué d'aliments traditionnels communs

aux Premières Nations, indiquait un besoin en soins dentaires dans cette enquête. La sécurité alimentaire dans les communautés des Premières Nations, c'est-à-dire la disponibilité d'un choix d'aliments sains tels que des fruits, des légumes, et des pains complets multigrains à des prix abordables, contribuerait grandement à réduire les maladies buccodentaires et les besoins en traitements dentaires. Il doit donc y avoir une volonté politique et des incitatifs économiques pour rendre un régime alimentaire équilibré accessible à tout le monde dans les communautés des Premières Nations. Nos résultats pointent tous vers l'importance de stratégies adaptées aux déterminants sociaux de la santé car « changer les comportements des gens exige d'abord que l'on change leur environnement » (Sheiham et al., 2011).

CONCLUSIONS

Cette enquête a révélé des différences dans l'accès aux soins dentaires au cours de l'année précédente entre les enfants des Premières Nations âgés de 6 à 11 ans et leurs pairs dans l'ensemble de la population canadienne. L'accès aux soins dentaires a augmenté pour les enfants âgés de 5 ou moins, mais ceux-ci sont davantage touchés par la carie du biberon que la cohorte précédente ayant participé à l'ERS 2002-03. Les besoins en traitements dentaires rapportés par les parents ou les dispensateurs de soins ont également augmenté de façon significative depuis l'ERS 2002-03 pour les enfants plus âgés, et comme le suggèrent les résultats de ce chapitre, les habitudes alimentaires des enfants des Premières Nations continuent de les mettre à risque plus élevé de carie dentaire et d'obésité. Le succès apparent de l'Initiative de santé buccodentaire pour les enfants et d'autres programmes en santé buccodentaire peut contribuer à accroître la sensibilisation générale à l'égard de la santé buccodentaire chez les parents et les dispensateurs de soins, et, plus particulièrement, attirer l'attention sur les besoins dentaires de leurs jeunes enfants. Dans le futur, cette sensibilisation risque bien de se traduire par davantage de signalements de besoins en soins dentaires, mais il est également à espérer que cela s'accompagnera d'une réduction des caries dentaires chez les enfants des Premières Nations. Bien que le succès des programmes de prévention spécifiques pour réduire la carie dentaire chez les enfants des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques soit encourageant, ceux qui élaborent les politiques et les programmes devraient être davantage proactifs dans le traitement des besoins des jeunes des Premières Nations. Les approches actuelles pour réduire les maladies buccodentaires et les inégalités en matière de santé buccodentaire doivent cibler les déterminants de maladies chroniques, qu'ils soient

de nature comportementale, sociale ou économique.

RÉFÉRENCES

- Abi-Nahed, J., Binguis, D., & Lawrence, H. P. (2006). The association between asthma and dental caries in Canadian Aboriginal preschool children. Oral presentation at the 2006 Canadian Association of Public Health Dentistry Scientific Conference and Annual General Meeting, St. John's, Newfoundland, August 25 & 26, 2006.
- Albert, R. J., Cantin, R. Y., Cross, H. G., & Castaldi, C. R. (1988). Nursing caries in the Inuit children of the Keewatin. *Journal of the Canadian Dental Association*, 54(10), 751–58.
- Al-Jewair, T. S., & Leake, J. L. (2010). The prevalence and risks of early childhood caries (ECC) in Toronto, Canada. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 11(5), 001–8.
- Association dentaire canadienne. (2005). CDA position on first visit to the dentist. Consulté à partir de www.cda-adc.ca/_files/position_statements/first_visit.pdf
- Burt, B. A., & Pai, S. (2001). Does low birth weight increase the risk of caries? A systematic review. *Journal of Dental Education*, 65(10), 1024–27.
- Casamassimo, P. S., Thikkurissy, S., Edelstein, B. L., & Maiorini, E. (2009). Beyond the dmft: The human and economic cost of early childhood caries. *The Journal of the American Dental Association*, 140(6), 650–57.
- Clarke, M., Locker, D., Berall, G., Pencharz, P., Kenny, D. J., & Judd, P. (2006). Malnourishment in a population of young children with severe early childhood caries. *Pediatric Dentistry*, 28(3), 254–59.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, youth and children qui vivent dans les communautés des Premières Nations*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Department of Community Dentistry, Faculty of Dentistry, University of Toronto and National School of Dental Therapy. (1992). *Report on the oral health survey of Canada's enfants autochtones aged 6 and 12*. J. L. Leake (co-ordinator). Toronto: Faculty of Dentistry, University of Toronto, p. 23 plus appendices.
- Dumont, J. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) Cultural Framework*. Ottawa: First Nations Information Governance Committee, Assembly of First Nations.
- Harrison, R. L., & Davis, D. W. (1993). Caries experience of Native children of British Columbia, Canada, 1980-1988. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 21(2), 102–7.
- Harrison, R. L., & Davis, D. W. (1996). Dental malocclusion in native children of British Columbia, Canada. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24(3), 217–21.
- Harrison, R. L., MacNab, A. J., Duffy, D. J., & Benton, D. H. (2006). Brighter smiles: Service learning, inter-professional collaboration and health promotion in a First Nations community. *Canadian Journal of Public Health*, 97(3), 237–

40. Harrison, R. L., Veronneau, J., & Leroux, B. (2010). Design and implementation of a dental caries prevention trial in remote Canadian Aboriginal communities. *Trials*, *11*, 54.
- Harrison, R. L., & White, L. (1997). A community-based approach to infant and child oral health promotion in a British Columbia First Nations community. *Canadian Journal of Community Dentistry*, *12*, 7–14.
- Houde, G., Gagnon, P. F., & St-Germain, M. (1991). A descriptive study of early caries and oral health habits of Inuit preschoolers: Preliminary results. *Arctic Medical Research*, Suppl, 683–84.
- Lawrence, H. P. (2010). Oral health interventions among indigenous populations in Canada. *International Dental Journal*, *60*(3 Suppl 2), 229–34.
- Lawrence, H. P., Binguis, D., Douglas, J., McKeown, L., Switzer, B., Figueiredo, R., & Laporte, A. (2008). A 2-year community-randomized controlled trial of fluoride varnish to prevent early childhood caries in enfants autochtones. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *36*(6), 503–16.
- Lawrence, H. P., Binguis, D., Douglas, J., McKeown, L., Switzer, B., Figueiredo, R., & Reade, M. (2009). Oral health inequalities between young Aboriginal and non-enfants autochtones qui vivent dans Ontario, Canada. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *37*(6), 495–508.
- Lawrence, H. P., Romanetz, M., Rutherford, L., Cappel, L., Binguis, D., & Rogers, J. B. (2004). Effects of a community-based prenatal nutrition program on the oral health of Aboriginal preschool children in Northern Ontario. *Probe*, *38*(4), 172–90. Consulté à partir de caphd.ca/sites/default/files/Aboriginal_Preschool.pdf
- Leake, J., Jozzy, S., & Uswak, G. (2008). Severe dental caries, impacts and determinants among children 2–6 years of age in Inuvik Region, Northwest Territories, Canada. *Journal of the Canadian Dental Association*, *74*(6), 519.
- Lemchuk-Favel, L. (2010). *Teeth for Life. The First Nations Oral Health Strategy*. Prepared for the First Nations NIHB Caucus, Assembly of First Nations. Consulté à partir de oralhealth.circumpolarhealth.org/files/2009/07/FNOHS-Teeth-for-Life-15-Oct-10.pdf
- Marshall, T. A., Eichenberger-Gilmore, J. M., Broffitt, B. A., Warren, J. J., & Levy, S. M. (2007). Dental caries and childhood obesity: Roles of diet and socioeconomic status. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *35*(6), 449–58.
- Maupomé, G., Karanja, N., Ritenbaugh, C., Lutz, T., Aickin, M., & Becker, T. (2010). Dental caries in American Indian toddlers after a community-based beverage intervention. *Ethnicity & Disease*, *20*(4), 444–50.
- Milnes, A. R., Rubin, C. W., Karpa, M., & Tate, R. (1993) A retrospective analysis of the costs associated with the treatment of nursing caries in a remote Canadian Aboriginal preschool population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *21*(5), 253–60.
- Moffatt, M. E. (1989). Nutritional problems of native Canadian mothers and children. *Canadian Family Physician*, *35*, 377–
82. Moffatt, M. E. (1995). Current status of nutritional deficiencies in Canadian aboriginal people. *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology*, *73*(6), 754–58.
- Pacey, A., Nancarrow, T., & Egeland, G. M. (2010). Prevalence and risk factors for parental-reported oral health of Inuit preschoolers: Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007-2008. *Rural and Remote Health*, *10*(2), 1368.
- Peressini, S., Leake, J. L., Mayhall, J. T., Maar, M., & Trudeau, R. (2004a). Prevalence of dental caries among 7- and 13-year-old enfants des Premières Nations, District of Manitoulin, Ontario. *Journal of the Canadian Dental Association*, *70*(6), 382.
- Peressini, S., Leake, J. L., Mayhall, J. T., Maar, M., & Trudeau, R. (2004b). Prevalence of early childhood caries among enfants des Premières Nations, District of Manitoulin, Ontario. *International Journal of Paediatric Dentistry*, *14*(2), 101–10.
- Prakash, P., Lawrence, H. P., Harvey, B. J., McIsaac, W. J., Limeback, H., & Leake, J. L. (2006). Early childhood caries and infant oral health: Paediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. *Paediatrics & Child Health*, *11*(3), 151–57.
- Santé Canada. (2010). *Report on the findings of the oral health component of the Canadian Health Measures Survey 2007–2009*. Ottawa: Office of the Chief Dental Officer, Santé Canada. Consulté à partir de www.fptdwc.ca/English/e-documents.html
- Saskatchewan Indian Federated College, National School of Dental Therapy. (2000). *Report on the 1996–1997 oral health survey of First Nation and Inuit children in Canada aged 6 and 12*. Ottawa: Santé Canada, p. 28 plus appendices.
- Schroth, R. J., & Cheba, V. (2007). Determining the prevalence and risk factors for early childhood caries in a community dental health clinic. *Pediatric Dentistry*, *29*(5), 387–96.
- Schroth, R. J., Harrison, R., Lawrence, H. P., & Peressini, S. (2008). Oral health and the Aboriginal child: A forum for community members, researchers and policy-makers. *Journal of the Canadian Dental Association*, *74*(5), 429–32.
- Schroth, R. J., Harrison, R. L., & Moffatt, M. E. (2009). Oral health of indigenous children and the influence of early childhood caries on childhood health and well-being. *Pediatric Clinics of North America*, *56*(6), 1481–99.
- Schroth, R. J., & Moffatt, M. E. (2005). Determinants of early childhood caries (ECC) in a rural Manitoba community: a pilot study. *Pediatric Dentistry*, *27*(2), 114–20.
- Schroth, R. J., Moore, P., & Brothwell, D. J. (2005). Prevalence of early childhood caries in 4 Manitoba communities. *Journal of the Canadian Dental Association*, *71*(8), 567.
- Schroth, R. J., & Smith, W. F. (2007). A review of repeat general anesthesia for pediatric dental surgery in Alberta, Canada. *Pediatric Dentistry*, *29*(6), 480–87.
- Schroth, R. J., Smith, P. J., Whalen, J. C., Lekic, C., & Moffatt, M. E. (2005). Prevalence of caries among preschool-aged children in a northern Manitoba community. *Journal of the Canadian Dental Association*, *71*(1), 27.

- Sheiham, A., Alexander, D., Cohen, L., Marinho, V., Moysés, S., Petersen, P. E., Spencer, J., Watt, R. G., Weyant, R. (2011). Global oral health inequalities: Task group — implementation and delivery of oral health strategies. *Advances in Dental Research*, 23(2), 259–67.
- Sheiham, A., & Watt, R. G. (2000). The common risk factor approach: A rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28(6), 399–406.
- Slade, G. D., Bailie, R. S., Roberts-Thomson, K., Leach, A. J., Raye, I., Endean, C., Simmons, B., Morris, P. (2011). Effect of health promotion and fluoride varnish on dental caries among Australian enfants autochtones: results from a community-randomized controlled trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39(1), 29–43.
- Stijacic, T., Schroth, R. J., & Lawrence, H. P. (2008). Are Manitoba dentists aware of the recommendation for a first visit to the dentist by age 1 year? *Journal of the Canadian Dental Association*, 74(10), 903.
- Tiberia, M. J., Milnes, A. R., Feigal, R. J., Morley, K. R., Richardson, D. S., Croft, W. G., & Cheung, W. S. (2007). Risk factors for early childhood caries in Canadian preschool children seeking care. *Pediatric Dentistry*, 29(3), 201–8.
- Valaitis, R., Hesch, R., Passarelli, C., Sheehan, D., & Sinton, J. (2000). A systematic review of the relationship between breastfeeding and early childhood caries. *Canadian Journal of Public Health*, 91(6), 411–17.
- Valencia-Rojas, N., Lawrence, H. P., & Goodman, D. (2008). Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. *Journal of Public Health Dentistry*, 68(2), 94–101.
- Veronneau, J., & Harrison, R. (2011). Caries status of children in a randomized prevention trial. Oral presentation at the 89th General Session & Exhibition of the IADR (March 16–19, 2011) held in San Diego, California. Abstract no. 352.
- Werneck, R. I., Lawrence, H. P., Kulkarni, G. V., & Locker, D. (2008). Early childhood caries and access to dental care among children of Portuguese-speaking immigrants in the city of Toronto. *Journal of the Canadian Dental Association*, 74(9), 805.
- Wright, J. G., & Menaker, R. J. (2011). Waiting for children's surgery in Canada: The Canadian Paediatric Surgical Wait Times project. *CMAJ*, May 16. DOI: 10,1503. [Epub ahead of print].

ANNEXE

Tableau 34.A1. Pourcentage d'enfants des Premières Nations de la naissance à 11 ans ayant reçu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10, selon certains déterminants de la santé

Déterminant de la santé (non pondéré <i>n</i>)	Soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête	
	Pondéré %	95 % IC
Total (5 706)	69,2	[67,2, 71,1]
Relation du répondant à l'enfant		
Parent biologique (5 103)	69,3	[67,2, 71,3]
Beau-parent, y compris beau-parent en union de fait (33)	47,8 E	[31,9, 64,1]
Parent adoptif (68)	74,7	[62,4, 84,1]
Parent de famille d'accueil (55)	82,2	[65,5, 91,8]
Grand-parent (307)	67,0	[59,7, 73,5]
Sœur ou frère (24)	86,1	[52,1, 97,2]
Autre (82)	74,3	[61,1, 84,2]
Plus haut niveau de scolarité formelle de la mère (ou tutrice)		
Non applicable autodéclaré (141)	68,9	[60,2, 76,5]
Scolarité primaire (127)	60,4	[50,4, 69,6]
Études primaires (153)	54,4	[44,1, 64,4]
Scolarité secondaire (2 318)	63,7	[60,6, 66,7]
Diplôme d'études secondaires (1 423)	72,5	[68,6, 76,1]
Diplôme ou certificat école professionnelle ou de métiers (286)	74,7	[63,6, 83,3]
Collège communautaire/diplôme ou technique de CEGEP (824)	77,6	[74,3, 80,6]
Diplôme universitaire (259)	80,1	[73,6, 85,3]
Maitrise (28)	80,9	[65,4, 90,5]
Doctorat (PhD)	F	
Diplôme professionnel (48)	82,0	[57,6, 93,9]
Plus haut niveau de scolarité formelle du père (ou tuteur)		
Non applicable autodéclaré (593)	72,1	[67,8, 76,1]
Scolarité primaire (145)	64,3	[52,9, 74,2]
Études primaires (184)	60,5	[51,1, 69,2]
Scolarité secondaire (2 287)	64,4	[61,0, 67,7]
Diplôme d'études secondaires (1 049)	71,2	[67,5, 74,6]
Diplôme ou certificat école professionnelle ou de métiers (411)	80,8	[75,3, 85,3]
Collège communautaire/diplôme ou technique de CEGEP (378)	73,3	[65,8, 79,6]
Diplôme universitaire (118)	64,7	[51,8, 75,7]
Maitrise (12)	81,8	[58,8, 93,4]
Doctorat (PhD)	F	
Diplôme professionnel (36)	85,7	[61,7, 95,7]
Mère (ou tutrice) a une activité rémunérée actuellement		
Non (2 873)	63,2	[60,4, 65,9]
Oui (2 445)	77,0	[74,6, 79,2]
Non applicable autodéclaré (166)	70,8	[63,0, 77,6]
Enfant parle ou comprend une langue des Premières Nations		
Non (2 828)	64,9	[62,0, 67,7]
Oui (2 706)	74,1	[71,7, 76,3]
Enfant n'a pas fréquenté un Programme d'aide préscolaire pour les Autochtones (3 311)	62,8	[60,4, 65,1]
Enfant a fréquenté un Programme d'aide préscolaire pour les Autochtones (2 224)	79,7	[77,0, 82,2]
Enfant n'a jamais doublé une année (5 199)	68,9	[66,7, 70,9]
Enfant a doublé une année (372)	78,1	[73,1, 82,3]

Déterminant de la santé (non pondéré <i>n</i>)	Soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête	
	Pondéré %	95 % IC
Mère a fumé au cours de la grossesse		
Non, n'a pas fumé du tout (3001)	71,5	[69,2, 73,8]
Oui, tout au long de la grossesse (1 774)	64,8	[61,2, 69,1]
Oui, mais a cessé au 1 ^{er} trimestre (422)	67,3	[59,6, 74,2]
Oui, mais a cessé au 2 ^e trimestre (170)	68,1	[59,1, 75,9]
Oui, mais a cessé au 3 ^e trimestre (82)	70,3	[54,8, 82,2]
Maladies de l'enfant :		
Asthme		
Non (5 053)	68,0	[65,9, 70,1]
Oui (566)	78,1	[73,2, 82,3]
Prise de médicaments contre l'asthme		
Non (5 165)	68,4	[66,3, 70,5]
Oui (541)	75,8	[70,5, 80,4]
Diabète		
Non (5 399)	69,1	[67,0, 71,0]
Oui (9)	98,4	[92,1, 99,7]
Cardiopathie		
Non (5 290)	68,9	[67,0, 70,8]
Oui (83)	82,7	[71,7, 90,0]
Otite		
Non (5 207)	64,4	[61,5, 67,2]
Oui (362)	72,3	[69,4, 75,0]
Vaccination		
Non (139)	40,2	[31,6, 49,5]
Oui (5 514)	69,9	[67,9, 71,9]
Carie du biberon		
Non (4 368)	66,7	[64,5, 68,8]
Oui (1 176)	75,6	[72,0, 79,0]
Régime alimentaire nutritif et équilibré		
Toujours/presque toujours (3 437)	70,0	[67,5, 72,4]
Parfois (1 983)	72,0	[69,4, 74,4]
Rarement (188)	55,9	[47,1, 64,4]
Jamais (50)	23,7 E	[14,4, 36,4]
Fréquence de consommation de boissons gazeuses		
Plusieurs fois par jour (494)	74,0	[69,0, 78,5]
Une fois par jour (703)	74,8	[70,4, 78,7]
Quelques fois par semaine (1 406)	78,0	[74,5, 81,1]
Environ une fois par semaine (941)	74,4	[70,8, 77,7]
Jamais/presque jamais (2 058)	57,8	[54,4, 61,0]
Fréquence de consommation de sucreries (p. ex. bonbons, biscuits, gâteau)		
Plusieurs fois par jour (381)	76,2	[70,2, 81,3]
Une fois par jour (780)	73,9	[69,4, 78,0]
Quelques fois par semaine (1 840)	76,1	[72,9, 79,0]
Environ une fois par semaine (1 282)	70,6	[67,1, 73,9]
Jamais/presque jamais (1 305)	54,9	[50,6, 59,2]

Déterminant de la santé (non pondéré <i>n</i>)	Soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête	
	Pondéré %	95 % IC
Fréquence des aliments traditionnels dans le ménage au cours des 12 mois précédents		
Souvent (1 682)	71,4	[67,8, 74,7]
Parfois (2 997)	69,4	[66,7, 71,9]
Jamais (828)	63,3	[59,1, 67,4]
Trouble affectif ou comportemental au cours des 6 mois précédents		
Non (4 742)	69,2	[67,2, 71,0]
Oui (684)	78,4	[75,0, 81,5]

IC = Intervalle de confiance

E = Interpréter avec prudence (variabilité élevée de l'échantillonnage; coefficient de variation 16,6 % à 33,3 %)

F = Données supprimées en raison de la taille insuffisante de l'échantillon ou de l'extrême variabilité de l'échantillonnage

Chapitre 35

Blessures

SOMMAIRE

Les blessures subies pendant l'enfance représentent un lourd fardeau pour les familles partout dans le monde. En 2004 seulement, environ 950 000 enfants et adolescents de 0 à 17 ans sont décédés des suites de leurs blessures à l'échelle mondiale. Trouvant leur cause parmi une longue liste d'incidents physiques, les blessures sont la première cause de décès et la deuxième cause d'années potentielles de vie perdues chez les enfants dans l'ensemble de la population canadienne. Comparativement aux 6 % de décès dans l'ensemble de la population canadienne, plus d'un quart (26 %) des décès chez les Premières Nations sont dus aux blessures. Tout comme pour la population canadienne en général, les blessures sont la première cause de décès chez les enfants des Premières Nations. L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 a sondé les principaux dispensateurs de soins des enfants des Premières Nations âgés de 0 à 11 ans qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques des Premières Nations pour savoir si leur enfant avait subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête. De plus, une série de questions ont été posées sur les caractéristiques des blessures des enfants. Parmi les enfants des Premières Nations, 12,2 % (95 % IC [10,9, 13,6]) sont rapportés comme ayant subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Les types de blessures les plus courants sont les coupures, éraflures et contusions mineures; les fractures; et les entorses et foulures. On observe une association significative entre l'occurrence de blessures et le niveau d'activité physique d'un enfant, l'entente ou non de l'enfant avec le reste de sa famille, et la présence plus importante ou non de troubles affectifs ou comportementaux comparativement aux autres enfants du même âge.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Dans l'ERS 2008-10, 12,2 % (95 % IC [10,9, 13,6]) des enfants des Premières Nations ont été rapportés comme ayant subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête.
- Les trois types de blessure les plus courants sont les coupures, éraflures et contusions mineures; les fractures; et les entorses ou foulures majeures.
- Les parties du corps rapportées comme celles où les enfants des Premières Nations se sont le plus souvent blessés sont la tête, les jambes et les genoux.
- Les endroits rapportés comme ceux où les enfants des Premières Nations se sont le plus souvent blessés sont la maison; l'école; et la rue, l'autoroute ou le trottoir.
- Les causes de blessure les plus courantes rapportées par les principaux pourvoyeurs de soins des enfants des Premières Nations sont une chute, un contact accidentel avec une autre personne ou un animal, et un accident de bicyclette.
- Parmi les enfants des Premières Nations qui sont rapportés comme ayant subi une blessure, le traitement médical pour leur blessure a le plus souvent été reçu à l'urgence d'un hôpital, à la maison, ou au centre de santé communautaire.
- Une plus grande proportion d'enfants des Premières Nations ayant subi une blessure :
 - sont actifs;
 - ont une entente avec le reste de leur famille évaluée comme « pas très bonne, beaucoup de difficultés » au cours des six mois précédant l'Enquête;
 - ont davantage de troubles affectifs ou comportementaux que les autres enfants du même âge au cours des six mois précédant l'Enquête.

INTRODUCTION

Les blessures subies pendant l'enfance représentent un lourd fardeau pour les familles partout dans le monde. En 2004 seulement, environ 950 000 enfants et adolescents de 0 à 17 ans sont décédés des suites de leurs blessures (Organisation mondiale de la santé [OMS] & UNICEF, 2008). Parmi ces cas, environ 90 % étaient dus à des blessures non intentionnelles, dont des accidents de la circulation, des noyades, des intoxications, des brûlures et des chutes (OMS, 2008). Les accidents de la circulation et les noyades sont les deux principales causes de décès dus à des blessures et sont parmi les 10 principales causes de décès chez les enfants âgés de 1 à 14 ans en 2004. En fait, les accidents de la circulation étaient la deuxième cause de décès chez les enfants de 5 à 14 ans, tout juste derrière les infections respiratoires (OMS, 2008). De plus, les enfants/adolescents âgés de 19 ans et moins qui vivent dans un pays à faible revenu ou revenu moyen ont un taux de blessures beaucoup plus élevé que ceux qui vivent dans un pays à revenu élevé (41,7 sur 100 000 personnes vs 12,2 sur 100 000 personnes).

L'hospitalisation est souvent nécessaire chez les enfants qui survivent à leur blessure. Des dizaines de millions d'enfants sont hospitalisés chaque année en raison de leur blessure, et certains en conservent des séquelles permanentes (OMS & UNICEF, 2008). Les blessures résultant d'un accident de la circulation sont le type de blessure le plus courant chez les enfants âgés de 1 à 14 ans et sont parmi les 10 principales causes d'années de vie corrigées de l'incapacité en 2004 (OMS, 2008).

En 2005–06, les Canadiens âgés de 19 ans et moins ont été hospitalisés près de 30 000 fois en raison d'une blessure (Agence de santé publique du Canada [ASPC], 2009). Les blessures sont la principale cause de décès et la deuxième cause d'années potentielles de vie perdues chez les enfants dans l'ensemble de la population canadienne. En 2005, 720 Canadiens âgés de 19 ans et moins sont décédés suite à une (ASPC, 2009). Les blessures résultent plus souvent d'un accident de circulation, à un taux plus de six fois plus élevé que tout autre type de blessures, tandis que les causes secondaires comprennent les noyades, les incendies ou le contact avec un objet ou un liquide chaud (p. ex., incendie du domicile, se brûler sur une cuisinière ou avec un liquide chaud); la suffocation; les intoxications; et les chutes (ASPC, 2009). Dans l'ensemble de la population canadienne, les enfants de 9 ans et moins représentent moins d'un quart de toutes les blessures (23 %), tandis que les enfants de 10 à 14 ans représentent 13 % (ASPC, 2009). Les nourrissons de moins d'un an, qui représentent 4 %

de toutes les blessures, ont connu le deuxième plus haut taux de décès résultant d'une blessure non intentionnelle avec 8,5 décès sur 100 000 personnes, tout juste derrière les adolescents âgés de 15 à 19 ans, dont le taux est de 21,0 décès sur 100 000 personnes (ASPC, 2009).

Plus d'un quart (26 %) des décès chez les Premières Nations sont dus à des blessures, comparativement à seulement 6 % des décès dans l'ensemble de la population canadienne (Santé Canada, 2008). À l'instar de la situation dans l'ensemble de la population canadienne, les blessures sont la principale cause de décès chez les enfants des Premières Nations (*First Nations and Inuit Children and Youth Injury Indicators Working Group*, 2010).

S'appuyant sur les données recueillies dans le cadre de l'ERS 2008-10, ce chapitre se penche sur les taux de blessure chez les enfants des Premières Nations âgés de 0 à 11 ans qui vivent dans les communautés des Premières Nations. De plus, le chapitre examine les types de blessures qui surviennent, à quel endroit elles surviennent, ce que les enfants des Premières Nations faisaient au moment de se blesser, la cause des blessures, à quel endroit un traitement médical a été prodigué, et si l'activité physique et le bien-être personnel sont associés à l'occurrence des blessures.

MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de l'ERS 2008-10, les principaux dispensateurs de soins des enfants des Premières Nations âgés de 0 à 11 ans qui vivent dans les communautés des Premières Nations devaient indiquer si leur enfant avait subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête. De plus, une série de questions était posée sur les caractéristiques de la blessure :

- Quel type de blessure l'enfant a-t-il eue?
- Quelle partie du corps de l'enfant a été blessée?
- À quel endroit la blessure est-elle survenue?
- Qu'est-ce que l'enfant faisait au moment de se blesser?
- Quelle est la cause de la blessure?
- À quel endroit des soins médicaux ont-ils été prodigués?

Le chapitre se penche également sur l'association entre les variables relatives aux blessures et d'autres variables pertinentes comprises dans l'ERS 2008-10 (niveau d'activité physique, qualité de la relation avec les membres de la famille, et présence de troubles affectifs ou comportementaux).

Le niveau d'activité physique est fondé sur la dépense énergétique (DE) totale calculée selon la formule suivante :

$$DE = \sum(N_i * D_i * MET_i / 365 \text{ jours})$$

N_i = nombre d'occasions de l'activité i dans une année,

D_i = durée moyenne en heures de l'activité i , et

MET_i = une valeur constante du coût énergétique métabolique de l'activité i .

La fréquence et la durée de l'activité physique sont rapportées pour les 12 mois précédant l'Enquête, et la valeur de l'équivalent métabolique (valeur MET) de chaque activité a été établie de façon distincte (Ainsworth et al., 2000). Dans le cadre de la présente analyse, les enfants des Premières Nations dont la dépense énergétique est inférieure à 1,5 kcal/kg/jour sont considérés comme *inactifs*; ceux dont la dépense énergétique se situe entre 1,51 kcal/kg/jour et 2,9 kcal/kg/jour sont considérés comme modérément actifs; et ceux dont la dépense énergétique est équivalente ou supérieure à 3 kcal/kg/jour sont considérés comme *actifs*. *Note*: Les scores d'activité physique sont calculés uniquement pour les enfants âgés de 6 ans et plus ($n = 3184$). Toute association entre l'activité physique et une autre variable n'est donc valide que pour les enfants âgés de 6 ans et plus.

La *qualité* de la relation avec les membres de la famille a été évaluée en demandant aux parents/tuteurs « au cours des 6 derniers mois, comment l'enfant s'est-il/elle entendu(e) avec le reste de la famille? » Les réponses possibles étaient : « Très bien, aucun problème », « Assez bien, presque aucun problème », « Pas très bien, beaucoup de problèmes », et « Pas bien du tout, toujours des problèmes ». *Note* : Ces données sont calculées uniquement pour les enfants âgés de 3 ans et plus ($n = 4639$). Toute association entre la relation avec les membres de la famille et d'autres variables n'est donc valide que pour les enfants âgés de 3 ans et plus.

Les *troubles affectifs et comportementaux* ont été évalués en demandant aux parents/tuteurs « au cours des 6 derniers mois, selon vous, l'enfant a-t-il/elle eu davantage de troubles affectifs ou comportementaux que les autres enfants de son âge? » (réponses possibles : oui/non). *Note*: Ces données sont calculées uniquement pour les enfants âgés de 3 ans et plus ($n = 4639$). Toute association entre des troubles affectifs ou comportementaux et d'autres variables n'est donc valide que pour les enfants âgés de 3 ans et plus.

RÉSULTATS

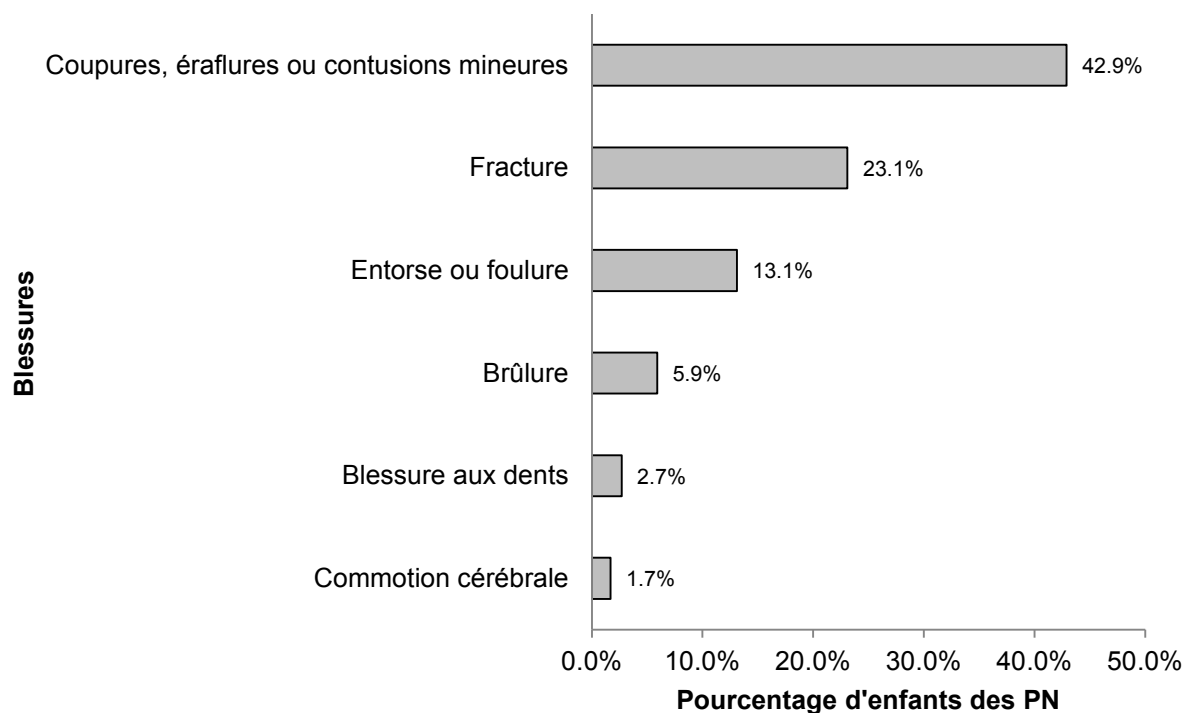
Dans l'ERS 2008-10, 12,2 % (95 % IC [10,9, 13,6]) des enfants des Premières Nations (âgés de 11 ans et moins)

sont rapportés comme ayant subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Cette proportion démontre une réduction par rapport aux résultats de l'ERS 2002-03, alors que 17,5 % étaient rapportés comme ayant subi une blessure (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005).¹ Il n'y a pas d'écart significatif entre la proportion de filles des Premières Nations qui sont rapportées comme ayant subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'ERS 2008-10 et la proportion de garçons des Premières Nations rapportés comme ayant subi une blessure au cours de la même période (10,6 % vs 13,6 %, 95 % IC [9,0, 12,5] et [11,8, 15,7], respectivement). De même, on observe aucun écart entre la proportion d'enfants des Premières Nations d'âge préscolaire (âgés de 5 ans et moins) qui sont rapportés comme ayant subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête et la proportion d'enfants des Premières Nations d'âge scolaire (âgés de 6 à 11 ans) (10,4 % vs 13,6 %, 95 % IC [8,7, 12,4] et [11,8, 15,5], respectivement).

Les trois types de blessures rapportées les plus courants sont les coupures, éraflures et contusions mineures (45,1 %); les fractures (23,1 %); et les entorses et foulures (13,1 %). On n'observe aucun écart significatif de la proportion de blessures selon le sexe. Les enfants des Premières Nations d'âge scolaire (âgés de 6 à 11 ans) sont rapportés comme ayant subi des entorses et foulures considérablement plus souvent que les enfants des Premières Nations d'âge préscolaire (âgés de 5 ans et moins) (18,5 % vs 5,9 %^E, 95 % IC [13,5, 24,8] et [3,5, 9,9], respectivement). La Figure 35.1 montre le pourcentage d'enfants des Premières Nations rapportés comme ayant subi une blessure, selon le type de blessure.

¹ Dans le cadre de l'ERS 2008-10, on demandait si l'enfant avait subi « une blessure au cours des 12 mois précédents », alors que dans l'ERS 2002-03, on demandait si l'enfant avait subi « une blessure grave au cours des 12 mois précédents ». En raison du manque d'uniformité de la formulation de la question, les comparaisons entre les deux ERS devraient être faites avec prudence.

Figure 35.1. Pourcentage d'enfants des Premières Nations rapportés comme ayant subi une blessure, selon le type de blessure (n = 648)



Note. Les catégories « Luxation », « Hypothermie, engelure », Microtraumatismes répétés », Intoxication », et « Blessure à un organe interne » ont été supprimées en raison de la variabilité élevée de l'échantillonnage.

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage. Utiliser les données avec prudence.

Les parties du corps où les enfants des Premières Nations se blessent le plus souvent selon les données recueillies sont la tête (21,4 %), les jambes (18,2 %), et les genoux (17,9 %). On n'observe aucune différence selon le sexe en ce qui a trait à la partie du corps blessée. Les enfants des Premières Nations d'âge préscolaire (âgés de 5 ans et moins) sont rapportés comme ayant subi une blessure à la tête considérablement plus souvent que les enfants des Premières Nations d'âge scolaire (âgés de 6 à 11 ans) (28,4 % vs 14,4 %, 95 % IC [21,5, 36,6] et [10,9, 18,9], respectivement). À l'inverse, les enfants des Premières Nations d'âge scolaire (âgés de 6 à 11 ans) sont rapportés comme ayant subi une blessure à une main ou à une cheville considérablement plus souvent que les enfants des Premières Nations d'âge préscolaire (âgés de 5 ans et moins) (main : 24,5 % vs 9,1 %^E, 95 % IC [18,9, 31,1] et [5,8, 14,2], respectivement; cheville : 15,6 % vs 2,6 %^E, 95 % IC [11,2, 21,3] et [1,5, 4,5], respectivement). Le Tableau 35.1 montre le pourcentage d'enfants des Premières Nations qui sont rapportés comme ayant subi une blessure, selon la partie du corps blessée.

Tableau 35.1. Pourcentage d'enfants des Premières Nations rapportés comme ayant subi une blessure, selon la partie du corps blessée (n = 648)

Partie du corps	Pourcentage	95 % IC
Tête	21,4	[17,4, 26,0]
Jambe	18,2	[14,4, 22,7]
Genou	17,9	[14,0, 22,5]
Main	17,8	[13,8, 22,7]
Bras	17,5	[14,0, 21,6]
Pied	14,1	[9,9, 19,7]
Poignet	10,2	[6,9, 14,8]
Cheville	10,1	[7,4, 13,6]
Torse	2,7 ^E	[1,6, 4,4]
(Eil (yeux))	0,9 ^E	[0,5, 1,7]

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; utiliser les données avec prudence.

Selon les données recueillies, les endroits où les enfants des Premières Nations étaient le plus souvent lorsqu'ils ont subi une blessure sont : la maison; l'école; et la rue, l'autoroute ou le trottoir. On n'observe aucune différence significative entre les sexes en ce qui a trait à l'endroit

où les blessures sont survenues. Mais les enfants des Premières Nations d'âge préscolaire (âgés de 5 ans et moins) sont rapportés comme ayant subi une blessure à la maison considérablement plus souvent que les enfants des Premières Nations d'âge scolaire (âgés de 6 à 11 ans) (73,8 % vs 45,7 %, 95 % IC [66,3, 80,1] et [38,4, 53,1], respectivement). À l'inverse, les enfants des Premières Nations d'âge scolaire (âgés de 6 à 11 ans) sont rapportés comme ayant subi une blessure à l'école et dans les installations sportives scolaires considérablement plus souvent que les enfants des Premières Nations d'âge préscolaire (âgés de 5 ans et moins) (école : 22,5 % vs 8,7 %^E, 95 % IC [17,5, 28,5] et [5,8, 12,8]; installations sportives scolaires : 20,0 % vs 2,6 %^E, 95 % IC [15,2, 25,9] et [1,5, 4,5], respectivement). Le Tableau 35.2 montre le pourcentage d'enfants des Premières Nations qui sont rapportés comme ayant subi une blessure, selon l'endroit où la blessure est survenue.

Tableau 35.2. Pourcentage d'enfants des Premières Nations rapportés comme ayant subi une blessure, selon l'endroit où la blessure est survenue (n = 648)

Endroit	%	(95 % IC)
Maison	58,0	[52,2, 63,6]
École, collège ou université	16,5	[13,2, 20,5]
Rue, autoroute ou trottoir	13,3	[10,7, 16,5]
Installations sportives scolaires	12,6	[9,6, 16,3]
Campagne, bois, terre à bois	5,6 ^E	[3,9, 8,1]
Édifice communautaire (centre communautaire ou bureaux du conseil de bande)	4,1 ^E	[2,5, 6,9]
Lac, rivière ou mer	F	--
Zone industrielle ou chantier de construction	F	--
Bureau	F	--

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; utiliser les données avec prudence.

F = Données non fournies en raison de la variabilité élevée de l'échantillonnage et(ou) de la petite taille de l'échantillon.

Parmi les enfants des Premières Nations rapportés comme ayant subi une blessure, plus d'un tiers (37,7 %, 95 % IC [32,3, 43,4]) auraient subi la blessure en pratiquant un loisir un passe-temps. Environ un tiers (33,4 %, 95 % IC [28,8, 38,3]) des enfants des Premières Nations sont rapportés comme ayant subi une blessure en pratiquant une activité sportive ou physique. De plus, des enfants des Premières Nations sont rapportés comme ayant subi une blessure en allant ou en revenant de l'école (3,0 %^E, 95 % IC [1,9, 4,9]).

Les causes de blessure la plus fréquemment rapportée par les principaux dispensateurs de soins des enfants des Premières Nations sont les chutes (52,0 %), les contacts accidentels avec une autre personne ou un animal (14,3 %), et les accidents de bicyclette (10,5 %). On n'observe aucun écart significatif entre les sexes en ce qui a trait aux proportions des différents types de blessures. Les enfants des Premières Nations d'âge scolaire (âgés de 6 à 11 ans) sont rapportés comme ayant subi ne allant à bicyclette considérablement plus souvent que les enfants des Premières Nations d'âge préscolaire (âgés de 5 ans et moins) (14,2 % vs 5,7 %^E, 95 % IC [10,7, 18,7] et [3,4, 9,2], respectivement). Le Tableau 35.3 montre le pourcentage d'enfants des Premières Nations rapportés comme ayant subi une blessure, selon la cause de la blessure.

Tableau 35.3. Pourcentage d'enfants des Premières Nations rapportés comme ayant subi une blessure, selon la cause de la blessure (n = 648)

Cause de la blessure	Pourcentage	95 % IC
Chute	52,0	[46,5, 57,5]
Contact accidentel avec une personne ou un animal	14,3	[10,7, 18,7]
Accident de bicyclette	10,5	[8,2, 13,3]
Contact avec une machine, un outil, etc.	2,3 ^E	[1,3, 4,2]
Contact avec un liquide ou un objet chaud, etc.	2,2 ^E	[1,0, 4,7]
Effort trop intense ou mouvement trop exigeant	1,4 ^E	[0,8, 2,5]
Accident de véhicule	1,3 ^E	[0,4, 3,9]
Autre agression physique	1,2 ^E	[0,5, 2,6]
Fumée, feu	1,0 ^E	[0,4, 2,4]
Accident de VTT	0,8 ^E	[0,3, 1,9]
Violence familiale	0,0	--
Tentative de suicide ou automutilation	0,0	--
Accident de motoneige	F	--
Accident de chasse	F	--
Accident de bateau	F	--
Conditions météorologiques extrêmes ou catastrophe naturelle (i.e., inondation)	F	--
Glace trop mince	F	--

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; utiliser les données avec prudence.

F = Données non fournies en raison de la variabilité élevée de l'échantillonnage et(ou) de la petite taille de l'échantillon.

C'est à l'urgence d'un hôpital que les enfants des Premières Nations rapportés comme ayant subi une blessure ont le plus souvent reçu un traitement médical

pour leur blessure (51,8 %), suivi de la maison (20,7 %), et du centre de santé communautaire (14,5 %). On n'observe aucun écart significatif selon le sexe ou l'âge en ce qui a trait à l'endroit où les enfants des Premières Nations ont reçu des soins médicaux pour leur blessure. Le Tableau 35.4 montre le pourcentage d'enfants des Premières Nations rapportés comme ayant subi une blessure, selon l'endroit où ils ont reçu des soins médicaux pour leur blessure. De plus, 3,6 %^E (95 % IC [2,5, 5,1]) des enfants des Premières Nations rapportés comme ayant subi une blessure sont également rapportés comme n'ayant pas cherché à obtenir de soins médicaux.

Tableau 35.4. Pourcentage d'enfants des Premières Nations rapportés comme ayant subi, selon l'endroit où ils ont reçu des soins médicaux (n = 648)

Endroit	Pourcentage	95 % IC
Urgence d'un hôpital	51,8	[45,8, 57,7]
Maison	20,7	[16,7, 25,5]
Centre de santé communautaire ou poste infirmier	14,5	[11,1, 18,6]
Cabinet médical	12,9	[9,4, 17,4]
Clinique sans rendez-vous	5,8 ^E	[4,1, 8,1]
École	5,1	[3,7, 7,0]
Bureau	F	--
Guérisseur traditionnel	F	--
Téléphone	F	--

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; utiliser les données avec prudence.

F = Données non fournies en raison de la variabilité élevée de l'échantillonnage et(ou) de la petite taille de l'échantillon.

Activité physique

Une plus grande proportion d'enfants des Premières Nations catégorisés comme « modérément actifs » ou « actifs » sont rapportés comme ayant subi une blessure (14,3 %, 95 % IC [12,4, 16,5]), comparativement aux enfants des Premières Nations qui sont catégorisés comme « inactifs » (8,5 %, 95 % IC [5,9, 12,2]).

Relation avec la famille

Une plus faible proportion d'enfants des Premières Nations rapportés comme s'étant entendus « très bien, aucun problème » avec les membres de leur famille au cours des six mois précédant l'Enquête sont rapportés comme ayant subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête, comparativement aux enfants des Premières Nations rapportés comme s'étant entendus « pas très bien, beaucoup de difficultés »

avec les membres de leur famille au cours des six mois précédant l'Enquête (voir Tableau 35.5).

Troubles affectifs ou comportementaux

Une plus faible proportion d'enfants des Premières Nations rapportés comme ayant moins de troubles affectifs ou comportementaux que les autres enfants du même âge au cours des six mois précédant l'Enquête sont également rapportés comme ayant subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête, comparativement aux enfants des Premières Nations rapportés comme ayant davantage de troubles affectifs et comportementaux que les autres enfants du même âge au cours des six mois précédents (voir Tableau 35.5).

Tableau 35.5. Pourcentage d'enfants des Premières Nations rapportés comme ayant subi une blessure, selon différentes caractéristiques

Caractéristiques des enfants		Pourcentage [95 % IC]
Activité physique* (6 ans et plus)	Actifs	14,3 [12,4, 16,5]
	Inactifs	8,5 [5,9, 12,2]
Relation avec la famille* (3 ans et plus)	S'est entendu « très bien, aucun problème » avec la famille	10,0 [8,4, 12,0]
	S'est entendu « pas très bien, beaucoup de problèmes » avec la famille	16,0 [11,7, 21,5]
Troubles affectifs ou comportementaux* (3 ans et plus)	Moins de troubles affectifs ou comportementaux que les autres enfants	12,4 [10,7, 14,2]
	Davantage de troubles affectifs ou comportementaux que les autres enfants	19,8 [16,2, 24,0]

*Statistiquement significatif ($p < 0,05$)

DISCUSSION

Les résultats de l'ERS 2008-10 indiquent que 12,2 % (95 % IC [10,9, 13,6]) des enfants des Premières Nations âgés de 0 à 11 ans ont subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête. Cela suggère une diminution de la prévalence des blessures depuis l'ERS 2002-03 (17,5 %; voir note de bas de page 1).

Comme le révèlent les résultats de l'ERS 2008-10, les blessures sont une occurrence courante dans la population des Premières Nations. Par ailleurs, lorsqu'un enfant des Premières Nations subit une blessure, les causes les plus courantes sont les chutes, un contact accidentel avec une

personne ou un animal, ou un accident de bicyclette. Bien qu'elles soient évitables, les blessures non intentionnelles représentent la plus grande proportion des blessures qui surviennent à l'échelle mondiale : elles sont à l'origine du décès d'environ 3,5 millions de personnes annuellement et représentent les deux tiers du nombre total de décès résultant d'une blessure (Norton, Hyder, Bishai, & Peden, 2006). Ces blessures, au nombre desquelles on compte les accidents de véhicule, les intoxications, les chutes, les incendies et les noyades, deviennent un fardeau important pour le système de soins de santé et, ultimement, pour la vie humaine elle-même.

L'activité physique et le bien-être sont tous deux associés aux blessures chez les enfants des Premières Nations. En effet, les enfants des Premières Nations classés comme actifs affichent une proportion considérablement plus élevée de blessures que ceux classés comme inactifs. De plus, les enfants des Premières Nations rapportés comme s'étant entendus « très bien, aucun problème » avec les membres de leur famille au cours des six mois précédant l'Enquête affichent une proportion considérablement plus faible de blessures, et ceux qui sont rapportés comme ayant moins de troubles affectifs et comportementaux que les autres enfants du même âge au cours des six mois précédant l'Enquête affichent également une proportion considérablement plus faible de blessures. Il est devenu plus ardu aujourd'hui de bonifier l'activité physique chez les enfants des Premières Nations, en particulier étant donné que diverses activités traditionnelles telles que la chasse, la pêche et la cueillette de baies ont été remplacés par des commodités modernes.

Les nourrissons de 0 à 1 an sont un sous-ensemble intéressant de la population infantile. Dans l'ensemble de la population canadienne, les nourrissons de 1 an et moins représentent 4 % de toutes les blessures et arrivent au deuxième rang des décès résultant d'une blessure non intentionnelle avec 8,5 décès pour 100 000 personnes, tout juste derrière les adolescents âgés de 15 à 19 ans, dont le taux est de 21,0 décès pour 100 000 personnes (ASPC, 2009). Bien qu'il eut été opportun d'évaluer ce sous-groupe dans le cadre de l'ERS 2008-10, la proportion de nourrissons des Premières Nations qui ont subi une blessure au cours des 12 mois précédant l'Enquête était trop faible pour générer des résultats significatifs au plan statistique. Isoler cette population dans le cadre d'une future enquête permettrait d'obtenir de l'information utile pour comprendre pourquoi le taux de décès résultant d'une blessure non intentionnelle est aussi élevé chez les nourrissons. À son tour, cette information pourrait être utilisée pour élaborer des stratégies de prévention des blessures ciblées, qui permettraient ensuite de réduire le

taux de blessures chez ce sous-groupe de la population.

En réaction au lourd fardeau que représente les blessures non intentionnelles, en particulier avec les enfants, de nombreuses lois ont été adoptées relativement à des stratégies de prévention des blessures (OMS & UNICEF, 2008). Les dispositifs de retenue pour enfants (Zaza et al., 2001), les ceintures de sécurité (Dinh-Zarr et al., 2001), et les casques de vélo (Karkhanek, Kalenga, Hagel, & Rowe, 2006) ont été jugés obligatoires sur la route; les détecteurs de fumée (DiGuisseppi, Goss, & Higgins, 2001), les règlements concernant la température de l'eau chaude (MacArthur, 2003), et les articles à l'épreuve des enfants (*Harborview Injury Prevention Research Centre*, n.d.) ont été jugés obligatoires à la maison; et les clôtures autour des piscines (Thompson & Rivara, 2000) et les règlements visant la sécurité de l'équipement sur les terrains de jeux (WHO & UNICEF, 2008) ont été jugés obligatoires dans l'environnement. Le *First Nations and Inuit Children and Youth Injury Indicators Working Group*, appuyé par la *British Columbia Injury Research and Prevention Unit*, a initié un projet pour élaborer des indicateurs de prévention des blessures afin de superviser et d'évaluer la santé des enfants et des adolescents des Premières Nations afin d'évaluer et d'élaborer des moyens de prévention des blessures (*First Nations and Inuit Children and Youth Injury Indicators Working Group*, 2010).

Malgré ces avancées, du travail de prévention des blessures doit toujours être fait pour améliorer la santé et le bien-être des enfants. Les risques liés à certains produits de consommation, tels que les chutes et les étranglements avec les lits superposés, l'ingestion d'aimants, les chutes des marchettes et des trampolines, et les noyades avec les sièges de bain, sont tous des exemples d'incidents qui peuvent survenir avec des articles ménagers courants (ASPC, 2009). Une législation future pourrait mener à une amélioration des taux de blessures non intentionnelles si ces produits contribuaient à un environnement domestique plus sécuritaire pour les enfants. Étant donné que les enfants, particulièrement ceux d'âge préscolaire, passent la majorité de leur temps au foyer, trouver des façons d'améliorer la sécurité domestique aurait un effet drastique sur la santé et le bien-être de ces enfants.

CONCLUSIONS

Les Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques subissent des blessures dans une proportion beaucoup plus grande que l'ensemble de la population canadienne. Dans ce groupe, les enfants des Premières Nations sont à risque particulièrement élevé

de subir une blessure. La recherche a démontré que les invalidités à long terme et les décès peuvent résulter d'une blessure. Réussir à réduire la proportion d'enfants des Premières Nations qui subissent une blessure contribuerait donc à améliorer la qualité de vie ainsi qu'à réduire les taux de mortalité. Dans la mesure où les blessures représentent un problème significatif pour les Premières Nations, particulièrement les nourrissons et les enfants d'âge scolaire, des stratégies d'intervention mises en place pour garantir la sécurité des enfants des Premières Nations doivent continuer d'être élaborées et améliorées. En enseignant des comportements sécuritaires aux enfants des Premières Nations lorsqu'ils sont jeunes, leur propension à subir des blessures finira par décroître. C'est en étant proactifs dans la prévention des blessures avant qu'elles ne surviennent que nous pouvons être confiants d'améliorer la santé et le bien-être des générations futures.

RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada. (2009). *Child and youth injury in review, 2009 Edition – Spotlight on consumer product safety*. Ottawa: Author. Retrieved from http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cyi-bej/2009/pdf/injrep-rapbles2009_eng.pdf
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, youth and children qui vivent dans les communautés des Premières Nations*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- DiGuseppi, C., Goss, C., & Higgins, J. P. T. (2001). Interventions for promoting smoke alarm ownership and function. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD002246.
- Dinh-Zarr, T. B., Sleet, D. A., Shults, R. A., Zaza, S., Elder, R. W., Nichols, J. L., Thompson, R. S., Sosin, D. M. Task Force on Community Preventive Services. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to increase the use of safety belts. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(4 Suppl), 48–65.
- First Nations and Inuit Children and Youth Injury Indicators Working Group. (2010). *Developing injury prevention indicators for First Nations children & youth in Canada*. Vancouver: British Columbia Injury Research and Prevention Unit. Retrieved from [http://www.injuryresearch.bc.ca/admin/DocUpload/3_20110224_150845Developing %20Injury %20Prevention %20Indicators %20for %20FN %20Children %20and %20Youth %20Nov %202010 %20FINAL.pdf](http://www.injuryresearch.bc.ca/admin/DocUpload/3_20110224_150845Developing%20Injury%20Prevention%20Indicators%20for%20FN%20Children%20and%20Youth%20Nov%202010%20FINAL.pdf)
- Harborview Injury Prevention Research Centre. (n.d.). *Best practices – Poisoning interventions: Child-resistant packaging and the Poison Prevention Packaging Act*. Seattle: Author. Retrieved from <http://depts.washington.edu/hiprc/practices/topic/poisoning/packaging.html>
- Karkhanek, M., Kalenga, J.-C., Hagel, B. E., & Rowe, B. H. (2006). Effectiveness of bicycle helmet legislation to increase helmet use: A systematic review. *Injury Prevention*, 12, 76–82.
- MacArthur, C. (2003). Evaluation of Safe Kids Week 2001: Prevention of Scald and burn injuries in young children. *Injury Prevention*, 9, 112–116.
- Norton, R., Hyder, A. A., Bishai, D., & Peden, M. (2006). Unintentional injuries. In D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, & P. Musgrove (Eds.), *Disease control priorities in developing countries, second edition* (pp. 737–53). New York: World University Press. Retrieved from <http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP39.pdf>
- Organisation mondiale de la santé & UNICEF. (2008). *World report on child injury prevention*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: Author. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
- Santé Canada. (2008). Keeping safe – Injury prevention. Retrieved from <http://hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/injury-bless/index-eng.php>
- Thompson, D. C., & Rivara, F. P. (2000). Pool fencing for preventing drowning in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD001047.
- Zaza, S., Sleet, D. A., Thompson, R. S., Sosin, D. M., Bolen, J. C., & Task Force on Community Preventive Services. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to increase use of child safety seats. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(4 Suppl), 31–47.

Chapitre 36

Santé prénatale

SOMMAIRE

L'aînée et sage-femme mohawk Katsie Cook enseigne la nécessité de « réveiller chez les femmes le pouvoir inhérent au processus transformateur que l'accouchement devrait être ». Historiquement, les familles et les communautés des Premières Nations ont toujours priorisé les besoins physiques, psychologiques, affectifs et spirituels des femmes enceintes et des mères qui allaitent. L'examen des données recueillies dans le cadre de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 concernant la santé prénatale et la santé des nourrissons révèle que les mères des Premières Nations et leurs enfants qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques des Premières Nations affichent des niveaux anormalement élevés de pauvreté, de surpeuplement des logements et de traumatismes multigénérationnels, comparativement à l'ensemble de la population canadienne. De plus, une plus faible proportion de mères des Premières Nations ont complété un programme d'éducation postsecondaire comparativement aux mères dans l'ensemble de la population canadienne. Les nourrissons des Premières Nations continuent d'afficher une prévalence plus élevée de poids élevé à la naissance que les nourrissons dans l'ensemble de la population canadienne. Le tabagisme pendant la grossesse est également assez élevé chez les mères des Premières Nations; 46,9 % des mères des Premières Nations ont fumé au cours de leur grossesse. Le tabagisme maternel au cours de la grossesse est associé à un plus mauvais état de santé infantile et aux échecs scolaires chez les enfants d'âge scolaire. Dans les communautés des Premières Nations, on observe une corrélation positive entre le tabagisme maternel et la pauvreté, une scolarité moins élevée, le surpeuplement des logements, et la résidence dans une communauté éloignée ou isolée. La proportion de mères des Premières Nations qui allaitent semble stable (environ 60 %), ce qui est moins élevé que la proportion de mères qui allaitent dans l'ensemble de la population canadienne (90 % en 2006–07). Chez les femmes des Premières Nations qui ont allaité, la prévalence de l'allaitement soutenu pendant six mois ou plus est similaire à celle des mères dans l'ensemble de la population canadienne. Par ailleurs, la proportion de mères des Premières Nations qui a allaité est plus faible chez les mères de moins de 20 ans, chez les mères avec un revenu personnel moins élevé, et chez les mères ayant un faible niveau de scolarité. Ces résultats démontrent clairement qu'il reste beaucoup de travail à faire dans les communautés des Premières Nations pour s'assurer que les femmes enceintes et les mères soient soutenues et en pleine possession de leurs moyens conformément aux enseignements culturels traditionnels.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Les mères des Premières Nations et leurs enfants vivent des niveaux anormalement élevés de pauvreté, de surpeuplement du logement et de traumatismes intergénérationnels, comparativement aux mères dans l'ensemble de la population canadienne.
- Moins de mères des Premières Nations ont complété des études postsecondaires comparativement aux mères dans l'ensemble de la population canadienne.
- La prévalence de poids élevé à la naissance est plus grande chez les nourrissons des Premières Nations (19,6 %) que chez les nourrissons dans l'ensemble de la population canadienne (11,7 %).
- La proportion de faible poids à la naissance chez les Premières Nations (4,7 %) est semblable à celle dans l'ensemble de la population canadienne (6,0 %).
- Moins d'enfants des Premières Nations ayant un faible poids à la naissance sont rapportés comme ayant un bon ou excellent état de santé comparativement aux enfants avec un poids moyen ou élevé à la naissance.
- Un peu moins de la moitié (46,9 %) des mères des Premières Nations ont fumé pendant leur grossesse, tandis que 40,0 % des femmes enceintes vivent dans un logement où une autre personne fume.
- Le tabagisme maternel pendant la grossesse est associé à un moins bon état de santé générale et aux échecs scolaires.
- Les mères des Premières Nations qui vivent de la pauvreté sont davantage à risque de tabagisme durant la grossesse.
- La pauvreté, des niveaux de scolarité moins élevés, le surpeuplement du logement, la fréquentation d'un pensionnat par un parent ou un grand-parent, et le fait de vivre dans une communauté éloignée ou isolée sont tous associés positivement à une prévalence plus élevée de tabagisme maternel.
- Les proportions d'adoption et de durée de l'allaitement révélées dans l'ERS 2008-10 sont similaires à celles de l'ERS 2002-03. Selon l'ERS 2008-10, 60,2 % des mères des Premières Nations ont allaité, et parmi celles-ci, 44,8 % ont continué d'allaiter pendant six mois ou plus.
- Les communautés des Premières Nations ne connaissent pas les mêmes hausses d'adoption de l'allaitement que celles documentées au cours de la dernière décennie dans l'ensemble de la population canadienne. Chez les femmes des Premières Nations qui ont allaité, le nombre de celles qui ont allaité pendant six mois ou plus est similaire à celui dans l'ensemble de la population canadienne.
- La proportion de mères qui allaitent est plus faible chez celles qui ont moins de 20 ans, qui ont une scolarité moins élevée, et qui ont un revenu familial annuel inférieur à 15 000 \$.

Nos grands-mères nous disent que nous sommes le premier environnement, que les bébés que nous portons voient à travers nos yeux et entendent à travers nos oreilles. En tant que femmes, nos corps sont le premier environnement du bébé à venir, et cette responsabilité est telle que nous devons réveiller les femmes au pouvoir inhérent au processus transformateur que devrait être l'accouchement.

—Wessman & Harvey, 2000

INTRODUCTION

La santé des nourrissons dans les communautés des Premières Nations est considérée comme une mesure importante et en amont de la santé de l'ensemble de la population des Premières Nations. Les mesures de la santé des nourrissons sont aussi étroitement associées aux déterminants sociaux de la santé, tels que la pauvreté, l'emploi, l'éducation, le logement et la sécurité alimentaire (Reidpath & Allotey, 2003). Pour de nombreuses Premières Nations, les nourrissons sont considérés comme des cadeaux sacrés du Créateur (Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, 2009).

Dans l'ERS 2008-10, les questions sur le poids à la naissance, l'exposition prénatale à la fumée, l'allaitement, la santé de l'enfant selon les parents, les résultats scolaires, et les problèmes de santé de l'enfant offrent une occasion unique de mieux comprendre des déterminants importants de la santé et les liens entre eux. Le présent chapitre examine plus particulièrement trois déterminants de la santé prénataux et des nourrissons : le poids à la naissance, l'exposition de l'enfant en gestation à la fumée de la mère qui fume ou de tout autre fumeur dans le foyer, et les taux d'allaitement. Les résultats présentés sont fondés sur les données de l'enquête auprès des enfants de l'ERS 2008-10. Ces résultats sont également comparés à ceux de l'ERS 2002-03 (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2005), ainsi qu'à ceux pour l'ensemble de la population canadienne tels que générés par le Recensement du Canada (Statistique Canada, 2008, 2011), les données sur l'état civil de Statistique Canada (Statistique Canada, 2009a), et deux enquêtes pancanadiennes : L'Enquête sur l'expérience de la maternité, ou EEM (Agence de santé publique du Canada [ASPC], 2009), et l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, ou ELNEJ (Statistique Canada, 2003, 2009b).

Les corrélations ont été examinées entre le poids à la naissance et un certain nombre de facteurs maternels, familiaux et communautaires qui pourraient avoir une incidence sur le poids à la naissance, dont le tabagisme maternel et dans l'environnement domestique. La

relation entre le tabagisme et la grossesse et des facteurs maternels, familiaux et communautaires est également examinée. Finalement, les relations sont examinées entre chacun des déterminants que sont le poids à la naissance, l'exposition prénatale à la fumée, l'allaitement, la santé de l'enfant selon les parents, les résultats scolaires, et les problèmes de santé de l'enfant.

L'information recueillie dans le cadre de l'ERS 2008-10 concernant le poids à la naissance, l'exposition prénatale à la fumée, l'allaitement, et la santé des nourrissons et des enfants est exclusive aux Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations. L'EEM, qui a recueilli des données substantielles sur ces sujets pour l'ensemble de la population canadienne, ne couvrait pas les Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités nordiques.

Les travailleurs et les chercheurs en santé considèrent le poids à la naissance comme une mesure importante de la santé des nourrissons, et le poids à la naissance est directement lié aux conditions auxquelles le bébé est exposé lorsqu'il est dans le ventre de sa mère (Kramer, 1987). Par exemple, le tabagisme maternel au cours de la grossesse réduit le poids à la naissance (Kramer, 1987), et le diabète gestationnel peut entraîner un poids plus élevé à la naissance (Schwartz & Taramo, 1999). Le lien a également été démontré entre le poids à la naissance et la santé des bébés, des enfants et des adultes (Barker, 1995; Barker et al., 1993; Kramer, 1987). Les bébés ayant un faible poids à la naissance (moins de 2,5 kg) sont davantage à risque d'infections et sont plus susceptibles de mourir au cours de la première année de leur vie (Kramer, 1987). Ce risque d'effets négatifs sur la santé peut suivre les bébés ayant un faible poids à la naissance jusque dans l'âge adulte, les rendant ainsi davantage à risque de subir une crise cardiaque ou d'être atteints de diabète que les bébés dont le poids est moyen à la naissance (Barker, 1995; Barker et al., 1993). Le fait d'avoir un poids élevé à la naissance (plus de 4,0 kg à la naissance) est lié à des taux accrus de blessures lors de la naissance (Schwartz & Taramo, 1999) et de diabète plus tard dans leur vie (Dyck, Klomp, & Tan, 2001). Une récente étude sur les nourrissons des Premières Nations au Québec révèle que les bébés dans le 10^e percentile supérieur en ce qui a trait au poids à la naissance selon l'âge gestationnel sont peut-être plus susceptibles de mourir au cours de leur première année de vie que les bébés dont le poids est moyen à la naissance (Wassimi, 2011).

L'Enquête auprès des enfants de l'ERS 2002-03 a révélé que 5,5 % des nourrissons des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations

avaient un faible poids à la naissance et 21,0 % avaient un poids élevé à la naissance (CGIPN, 2005). La proportion de bébés ayant un faible poids à la naissance chez les Premières Nations est similaire à celle dans l'ensemble de la population canadienne (Statistique Canada, 2003). En revanche, la proportion de poids élevé à la naissance chez les nourrissons des Premières Nations (21 %) est près de deux fois plus élevée que dans l'ensemble de la population canadienne, dont le taux de poids élevé à la naissance est de 13,1 % selon l'ELNEJ 2000-01 (CGIPN, 2005; Statistique Canada, 2003).

La proportion relativement plus grande de nourrissons avec un poids élevé à la naissance dans les communautés des Premières Nations, comparativement à d'autres populations, est préoccupante et soulève des questions qui pourraient être abordées dans une investigation plus poussée. On ne comprend pas très bien les raisons qui expliquent que les nourrissons des Premières Nations affichent un plus grand pourcentage de poids élevé à la naissance que les nourrissons dans l'ensemble de la population canadienne. Des liens ont été identifiés entre le fait d'avoir un poids élevé à la naissance et le taux relativement élevé de diabète gestationnel dans la population des Premières Nations, comparativement à l'ensemble de la population canadienne (Whincup et al., 2008). Une récente étude au Québec a identifié un risque plus élevé de mort du nourrisson après l'âge d'un mois (mort post-néonatale) chez les gros nourrissons et ceux ayant un poids élevé à la naissance chez les Premières Nations, comparativement aux nourrissons dont le poids est moyen à la naissance (Wassimi, 2011).

La façon d'interpréter la proportion de nourrissons ayant un faible poids à la naissance dans les communautés des Premières Nations représente également un défi. Dans l'ensemble de la population canadienne, un faible poids à la naissance est un important prédicteur de problèmes de santé infantile, tels que la mortalité des nourrissons. Chez les populations des Premières Nations, la prévalence d'un faible poids à la naissance est similaire à celle dans l'ensemble de la population canadienne, malgré le fait que presque toutes les autres issues de grossesse négatives, dont les taux de mortalité des nourrissons, révèlent des disparités saisissantes lorsque comparées à l'ensemble de la population canadienne (Smylie, Crengle, Freemantle, & Tualii, 2010). Il semble donc qu'un faible poids à la naissance n'est pas un prédicteur valable des issues de grossesse dans les populations des Premières Nations. Le poids à la naissance selon l'âge gestationnel est une donnée qui pourrait s'avérer utile dans l'éventualité d'un examen approfondi. Les naissances prématurées sont l'une des causes du faible poids à la

naissance. Si les naissances prématurées étaient moins fréquentes dans les communautés des Premières Nations, cela réduirait le taux de faible poids à la naissance, même si les bébés étaient plus petits pour leur âge gestationnel que ceux dans les populations comparées.

Dans le cas des bébés en gestation, l'exposition à la fumée de cigarette peut survenir par l'entremise de la mère qui fume au cours de la grossesse (exposition au tabagisme maternel) ou des fumeurs dans l'environnement de la mère (exposition au tabagisme environnemental). De nombreux produits chimiques sont toxiques pour les humains, et les bébés à naître sont particulièrement sensibles à ces toxines. La fumée de cigarette interfère avec la capacité du bébé en gestation d'obtenir de l'oxygène ainsi qu'avec le flux sanguin vers le placenta, entraînant ainsi une hausse du rythme cardiaque et de la respiration du bébé. Les risques liés à l'exposition à la fumée de cigarette sont présents tout au long de la grossesse et sont plus graves dans le troisième trimestre (Service de santé publique, 2001).

Les mères qui fument pendant leur grossesse sont davantage à risque de fausse-couche et de complications à l'accouchement (Smylie et al., 2010). Les bébés en gestation qui sont exposés à la fumée de cigarette sont deux fois plus susceptibles d'avoir une croissance intra-utérine compromise que les bébés en gestation qui ne sont pas exposés à la fumée de cigarette (Kramer, 1987). Ils sont également beaucoup plus susceptibles d'avoir un faible poids à la naissance et de mourir du syndrome de mort subite du nourrisson (Kramer, 1987; Smylie et al., 2010). Les risques liés à l'exposition des bébés en gestation à la fumée de cigarette suivent les bébés jusque dans l'enfance. Les enfants qui ont été exposés à la fumée de cigarette alors qu'ils étaient dans le ventre de leur mère tendent à être moins grands et à avoir davantage de difficultés avec la lecture et les mathématiques que les autres enfants (Kleinman & Madans, 1985).

La prévalence du tabagisme est beaucoup plus élevée chez les Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne. Par exemple, l'ERS 2002-03 (CGIPN, 2005) a révélé que 57,6 % des adultes des Premières Nations âgés de plus de 20 ans fumaient. C'est plus du double des 26,9 % d'adultes qui fument dans l'ensemble de la population canadienne (Statistique Canada, 2006). Les nourrissons des Premières Nations sont également beaucoup plus susceptibles d'être exposés à la fumée de cigarette alors qu'ils sont dans le ventre de leur mère que les autres nourrissons au Canada. L'ERS 2002-03 a révélé que la prévalence de mères qui ont fumé à un moment ou un autre au cours

de leur grossesse est de 36,6 % (CGIPN, 2005), ce qui est considérablement plus élevé que le taux de la population canadienne en général de 19,4 % identifié par l'EEM 2006-07. Selon l'ERS 2002-03, la proportion de foyers où vivent une femme enceinte et un fumeur est également très élevée dans les communautés des Premières Nations à 48,2 %, ou environ une famille sur deux (CGIPN, 2005). Par ailleurs, il est reconnu que le tabagisme est associé au stress socioéconomique et à la pauvreté (Haustein, 2006). Une étude dans les communautés rurales des Premières Nations en Colombie-Britannique a révélé que les taux de tabagisme étaient plus élevés chez ceux qui vivent une dépression et moins élevés chez ceux ayant davantage de soutien social (Daniel, Cargo, Lifshay, & Green, 2004). Ce chapitre examine également les liens entre les facteurs maternels, familiaux et communautaires et le tabagisme maternel.

Historiquement, l'allaitement était universel et coutumier dans les communautés des Premières Nations. Au cours des dernières décennies, la biomédecine occidentale est venue à comprendre ce que les communautés autochtones savent depuis des milliers d'années, soit que l'allaitement garantit une nutrition optimale aux nourrissons et a des effets bénéfiques autant pour la mère que pour l'enfant. Santé Canada et l'Organisation mondiale de la santé recommandent maintenant un allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie (Santé Canada, 2004). Après six mois, Santé Canada recommande l'introduction d'aliments solides riches en nutriments qui contiennent du fer ainsi que la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans et plus (Daniel et al., 2004).

L'allaitement protège les nourrissons contre les infections intestinales et respiratoires et renforce le lien entre la mère et le nourrisson (*American Academy of Pediatrics*, 2005; Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada, et Santé Canada, 1998; Else-Quest, Hyde, & Clark, 2003; Kramer et al., 2001; Lawrence & Lawrence, 1999). En outre, il est prouvé que les enfants qui ont été allaités ont de meilleurs résultats dans les tests pour mesurer le développement que les enfants qui n'ont pas été allaités (Anderson, Johnstone, & Remley, 1999; Quinn et al., 2001). Dans les communautés des Premières Nations, les enfants qui ont été allaités ont moins d'otites et d'infections pulmonaires que les enfants qui n'ont pas été allaités (Martens, 2002). Finalement, les mères qui allaitent en bénéficient en profitant d'une période plus longue entre les grossesses, d'un retour plus rapide à leur poids d'avant la grossesse, et d'une réduction du risque de cancer des ovaires, comparativement aux mères qui n'allaitent pas (*American Academy of Pediatrics*, 2005; Société canadienne de pédiatrie et al., 1998).

Dans l'ERS 2002-03, la prévalence de l'allaitement chez les mères des Premières Nations était de 62,5 %. Cette prévalence de l'allaitement est légèrement moins élevée que les 79,9 % chez les mères dans l'ensemble de la population canadienne rapportés dans l'ELNEJ 1998-99 et plus élevée que les 50 % rapportés par l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuit en 1997 (Comité directeur national sur l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, 1999). Une plus grande proportion de femmes des Premières Nations dans l'ERS 2002-03 que de femmes dans l'ensemble de la population canadienne ont poursuivi l'allaitement pendant six mois ou plus (43,3 % vs 34 %). L'Enquête sur les enfants autochtones 2006 et l'ELNEJ 2000-01 ont généré des résultats semblables où on observe des taux légèrement moins élevés d'allaitement (69 %) et plus élevés de poursuite de l'allaitement (48 % à six mois) chez les mères des Premières Nations qui vivent hors réserve, comparativement à l'ensemble de la population canadienne en 2000-01, où le pourcentage d'allaitement était de 80 % et le pourcentage de poursuite de l'allaitement à six mois était de 34 % (McShane, Smylie, & Adomako, 2009). Plus récemment, les proportions d'adoption et de durée de l'allaitement ont augmenté de façon significative dans l'ensemble de la population canadienne. L'EEM 2006-07 révèle que le pourcentage d'adoption de l'allaitement est de 90 % et le pourcentage d'allaitement pendant six mois ou plus est de 54 % (ASPC, 2009).

MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, les réponses fournies par les mères biologiques et les principaux dispensateurs de soins ont été intégrées car ces données sont présumées comme étant les plus exactes [p. ex., l'information sur le poids à la naissance du nourrisson, le comportement de la mère pendant la grossesse (tabagisme) et après la naissance (allaitement)]. Le chapitre est organisé en quatre sections, et chacune d'elles est centrée sur une variable principale ou un ensemble de variables : le poids à la naissance, le tabagisme maternel au cours de la grossesse, l'allaitement, et la santé et les issues développementales de l'enfant. Des analyses bivariées entre trois groupes de variables indépendantes et les principales variables (poids à la naissance, tabagisme maternel au cours de la grossesse et allaitement) au moyen du test du chi carré corrigé (X^2) selon Rao-Scott ont été réalisées. Les trois groupes de variables indépendantes étaient des caractéristiques relatives à la mère, dont l'âge et le niveau de scolarité; des caractéristiques relatives à la famille ou au foyer, dont la fréquentation d'un pensionnat, le revenu et le surpeuplement; et des

caractéristiques relatives à la communauté, dont la taille et l'éloignement. La compréhension des liens entre ces facteurs socioéconomiques et les principales variables peut contribuer à l'identification des mères ou des nourrissons des Premières Nations qui sont plus vulnérables ou davantage à risque. Des analyses bivariées ont également été réalisées relativement aux associations entre le tabagisme maternel au cours de la grossesse et le poids à la naissance, le tabagisme maternel au cours de l'allaitement, et le poids à la naissance et l'allaitement. Finalement, le poids à la naissance, le tabagisme maternel et l'allaitement ont été examinés afin d'identifier les associations potentielles avec les issues en santé des enfants, dont l'état de santé général, les problèmes de santé actuels et les résultats scolaires. Les associations sont considérées comme significatives lorsque la valeur p est équivalente ou inférieure à 0,05.

RÉSULTATS

Répartition des variables maternelles, familiales et communautaires

Dans le présent chapitre, seules les données relatives aux mères biologiques ont été examinées. La répartition des caractéristiques maternelles, familiales et communautaires est présentée dans le Tableau 36.1.

La plupart des mères (76,0 %) sont âgées entre 20 et 34 ans. Moins d'une mère sur six (15,7 %) est âgée de moins de 20 ans, mais cela représente déjà quatre fois la proportion de mères dans l'ensemble de la population canadienne qui ont donné naissance alors qu'elles avaient moins de 20 ans. Le taux de mères qui ont donné naissance après l'âge de 35 ans est de 8,4 %, ce qui est moins de la moitié de la proportion de mères dans l'ensemble de la population canadienne (18 %) qui ont donné naissance après l'âge de 35 ans (Statistique Canada, 2009a).

La plupart des mères des Premières Nations (74,6 %) ont des études secondaires ou moins comme niveau de scolarité, tandis que 25,4 % des mères des Premières Nations ont une scolarité postsecondaire. Près de la moitié (43,2 %) des enfants des Premières Nations vivent dans un ménage dont le revenu annuel est inférieur à 20 000 \$, tandis que seuls 13,5 % ont un revenu annuel supérieur à 50 000 \$. Plus de trois quarts (76,6 %) des mères des Premières Nations rapportent qu'au moins l'un de leurs parents ou grands-parents a fréquenté un pensionnat. Plus d'un tiers (37,5 %) des enfants des Premières Nations vivent dans un logement surpeuplé, lequel est défini comme un logement avec plus d'une personne par pièce. La plupart des mères des Premières

Nations (93,5 %) indiquent résider dans des communautés de plus de 300 personnes. Plus d'un tiers (36,7 %) des mères des Premières Nations rapportent vivre dans une communauté urbaine, tandis qu'environ la moitié (48,2 %) vivent dans une communauté semi-isolée ou rurale, et le reste (15,1 %) vit dans des communautés éloignées.

Les mères des Premières Nations et leurs nourrissons sont confrontés à des taux anormalement élevés de pauvreté, de surpeuplement des logements et de traumatismes intergénérationnels, comparativement à l'ensemble de la population canadienne. Par exemple, Le revenu médian des familles dans l'ensemble de la population canadienne en 2008 était de 68 860 \$ (Statistique Canada, 2011), alors que, dans les communautés des Premières Nations, près de la moitié des mères doivent élever leurs enfants avec un revenu familial annuel inférieur à 20 000 \$. Par ailleurs, 38,0 % des mères des Premières Nations vivent dans un logement surpeuplé; c'est plus de 12 fois le 3 % constaté dans l'ensemble de la population canadienne (Statistique Canada, 2008). En outre, les mères des Premières Nations terminent un programme d'éducation postsecondaire moins souvent que les mères dans l'ensemble de la population canadienne. Par exemple, une étude réalisée au Québec (Luo, Wilkins, & Kramer, 2006) a révélé que 71,6 % des mères avaient une scolarité postsecondaire, ce qui est environ trois fois plus élevé que la proportion de mères des Premières Nations qui rapportent avoir une scolarité postsecondaire dans l'ERS 2008-10.

Tableau 36.1. Répartition des caractéristiques maternelles, familiales et communautaires

	%	95 % IC
Âge maternel à la naissance de l'enfant (n = 4 164)		
< 20 ans	15,7	[±1,9]
20–34 ans	76,0	[±1,9]
> 35 ans	8,2	[±1,3]
Scolarité maternelle (n = 4 293)		
Études secondaires ou moins	74,6	[±2,2]
Études collégiales, techniques ou professionnelles	19,3	[±2,1]
Études universitaires ou plus	6,1	[±1,2]
Revenu familial annuel (n = 3 138)		
≤ 10 000 \$ ou perte de revenu	19,4	[±2,3]
10 000 \$–14 999 \$	11,8	[±1,6]
15 000 \$–19 999 \$	12,0	[±2,2]
20 000 \$–29 999 \$	23,3	[±2,2]
30 000 \$–49 999 \$	20,0	[±2,0]
50 000 \$–79 999 \$	9,5	[±1,4]
> 80 000 \$	4,0	[±1,3]
Logement		
Oui (au moins un des parents et/ou grands-parents)	76,6	[±2,4]
Non	23,4	[±2,5]
Logement surpeuplé (n = 4 398)		
Non surpeuplé	61,9	[±3,0]
Surpeuplé	38,1	[±3,0]
Taille de la communauté (n = 4 398)		
< 300	6,5	[±0,8]
301–1 499	49,1	[±3,0]
1 500 et plus	44,4	[±3,1]
Éloignement / isolement (n = 4 398)		
Urbaine–non isolé	36,7	[±5,1]
Rurale–semi-isolé	48,2	[±5,2]
Éloignée / accès difficile, isolée	15,1	[±2,7]

Poids à la naissance

Le poids moyen à la naissance rapporté dans l'ERS 2008-10 est de 3,62 kg (95 % IC [3,59, 3,66]). La plupart des nourrissons (75,4 %) ont un poids moyen à la naissance qui varie entre 2,51 kg et 4 kg. On observe un faible poids à la naissance chez 4,8 % des nourrissons, et un poids élevé à la naissance chez 19,8 % des nourrissons (voir Tableau 36.2). En 2007, le poids moyen à la naissance des nourrissons dans l'ensemble de la population canadienne était de 3,37 kg, tandis que la proportion de nourrissons ayant un faible poids à la naissance était de 6,0 % et le taux de poids élevé à la naissance était de 11,7 % (Statistique Canada, 2009a).

Tableau 36.2. Répartition des poids à la naissance dans l'ERS 2008-10 (n = 4 260) et 2002-03 (n = 4 836)

Catégories de poids à la naissance	2008-10 % [95 % IC]	2002-03 %
Faible poids à la naissance (0,4 kg–2,5 kg)	4,8 [±0,8]	5,6
Poids moyen à la naissance (2,51 kg–4,0 kg)	75,4 [±1,9]	73,3
Poids élevé à la naissance (> 4,0 kg)	19,8 [±1,8]	21,1

On n'observe aucun changement significatif du poids à la naissance depuis l'ERS 2002-03 (Tableau 36.2).

Par ailleurs, on n'observe aucune association significative entre l'âge de l'enfant et le poids à la naissance (voir Tableau 36.3). Ces résultats correspondent aux résultats de l'ERS 2002-03. De façon générale, les changements minimes observés dans la répartition du poids à la naissance entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10, jumelés aux changements minimes observés dans la répartition du poids à la naissance selon les différents groupes d'âge dans les deux enquêtes, démontrent que les proportions de nourrissons dont le poids est faible, moyen et élevé dans les communautés des Premières Nations sont demeurées relativement stables au cours des dernières années.

Tableau 36.3. Poids à la naissance des enfants, selon leur âge actuel (n = 4 203)

Groupe d'âge	Faible poids à la naissance (0,4 kg–2,5 kg) %	Poids moyen à la naissance (2,51 kg–4,0 kg) %	Poids élevé à la naissance (> 4,0 kg) %
0–2 ans	5,7	74,2	20,2
3–5 ans	6,0	75,3	18,7
6–8 ans	3,8	74,8	21,4
9–11 ans	3,6	77,3	19,0

L'examen des associations entre les caractéristiques maternelles, familiales et communautaires et le poids à la naissance (voir Tableau 36.4) révèle des associations significatives uniquement avec l'âge maternel, la scolarité maternelle et le revenu familial. Une plus grande proportion de mères des Premières Nations âgées de 35 ans et plus rapportent avoir eu des enfants avec un faible poids à la naissance (8,4 %); la proportion de mères âgées entre 21 et 34 ans ayant eu un enfant avec un faible poids à la naissance est de 4,5 %, et chez celles de 20 ans et moins la proportion est de 3,2 %. Cela concorde avec la littérature qui révèle que les mères plus âgées sont plus à risque d'avoir un enfant ayant un faible poids à la naissance (Khoshnood, Wall, & Lee, 2005). On observe des taux élevés de bébés ayant un faible poids à la

naissance ainsi que les plus hauts taux de bébés ayant un poids élevé à la naissance chez les mères des Premières Nations dont le revenu annuel familial est supérieur à 50 000 \$. Cela est peut-être lié à une association entre un revenu plus élevé et un âge maternel avancé; une investigation approfondie serait nécessaire à ce sujet.

Tableau 36.4. Proportion de mères des Premières Nations qui rapportent avoir eu un bébé ayant un poids faible, moyen ou élevé à la naissance, selon les caractéristiques maternelles et familiales

	Faible (0,4 kg– 2,5kg)	Normal (2,51 kg– 4,0kg)	Élevé (> 4,0 kg)
Âge maternel à la naissance (n = 3 998)			
< 20 ans	3,4 ^E	79,9	16,8
20–34 ans	4,5	74,6	20,9
> 35 ans	8,4 ^E	70,6	21,0
Scolarité maternelle (n = 4 115)			
Études secondaires ou moins	5,1	76,3	18,7
Études collégiales, techniques ou professionnelles	4,3 ^E	71,3	24,4
Études universitaires ou plus	3,6 ^E	74,4	22,0 ^E
Revenu familial annuel (n = 3 035)			
≤ 10 000 \$ ou perte de revenu	3,7 ^E	79,1	17,1
10 000 \$–14 999 \$	5,5 ^E	78,0	16,5
15 000 \$–19 999 \$	3,4 ^E	79,0	17,6
20 000 \$–29 999 \$	5,6 ^E	72,3	22,2
30 000 \$–49 999 \$	2,9 ^E	74,2	22,9
50 000 \$–79 999 \$	6,2 ^E	69,0	24,9
> 80 000 \$	2,1 ^E	72,3	25,6

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; interpréter les données avec prudence.

Tabagisme au cours de la grossesse

La proportion de mères des Premières Nations qui rapportent avoir déjà fumé au cours de leur grossesse est de 46,9 %. Ce résultat est considérablement plus élevé que celui observé dans l'ERS 2002-03 (36,6 %; voir Tableau 36.5). autant dans l'ERS 2002-03 que dans l'ERS 2008-10, la proportion de mères des Premières Nations qui rapportent avoir déjà fumé au cours de leur grossesse est plus élevée que les 10,5 % rapportés dans l'EEM en 2006 (ASPC, 2009); voir Figure 36.1. Chez les mères des Premières Nations qui ont fumé, près de la moitié rapportent fumer sur une base quotidienne, tandis que l'autre moitié rapportent fumer occasionnellement seulement. L'exposition de l'enfant en gestation à la fumée dans l'environnement est élevée

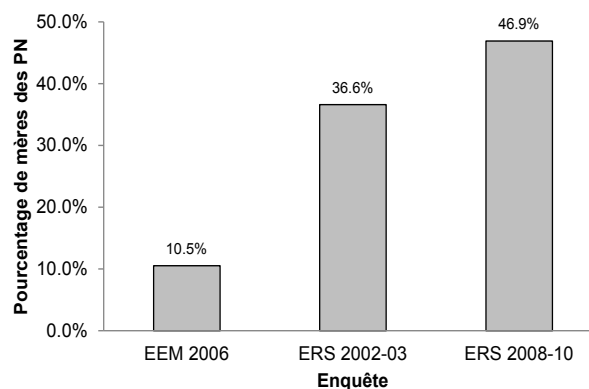
également avec 40,0 % des mères des Premières Nations qui rapportent que d'autres fumeurs vivaient dans leur foyer pendant leur grossesse (voir Tableau 36.5).

Tableau 36.5. Exposition à la fumée maternelle et environnementale au cours de la grossesse

	%	95 % IC
Mère a fumé au cours de la grossesse (n = 4 305)		
Non, jamais fumé pendant la grossesse	53,1	[±2,4]
Oui, a fumé pendant la grossesse	46,9	[±2,4]
Oui, a fumé tout au long de la grossesse	32,7	[±2,2]
Oui, mais a cessé au cours du 1 ^{er} trimestre	9,2	[±1,5]
Oui, mais a cessé au cours du 2 ^e trimestre	3,6	[±0,9]
Oui, mais a cessé au cours du 3 ^e trimestre	1,4 ^E	[±0,5]
Fréquence du tabagisme au cours de la grossesse (n = 1 870)		
Quotidiennement	51,0	[±3,4]
Occasionnellement	49,0	[±3,5]
Autres fumeurs dans le foyer pendant que la mère était enceinte (n = 4 313)		
Non	60,0	[±2,4]
Oui	40,0	[±2,5]

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; interpréter les données avec prudence.

Figure 36.1. Proportions de mères qui ont fumé au cours de la grossesse dans l'ERS 2002-03, l'EEM 2006 et l'ERS 2008-10



Poids des enfants à la naissance et tabagisme maternel

Le Tableau 36.6 présente la répartition du poids à la naissance des nourrissons des Premières Nations selon la prévalence du tabagisme au cours de la grossesse. Si l'on se fie à ces données, il semble que le tabagisme maternel ne soit pas associé de façon significative à un faible poids

à la naissance. Cela ne concorde pas avec la littérature ou avec les résultats de l'ERS 2002-03, lesquels révèlent que le tabagisme maternel est lié à une plus grande proportion de nourrissons ayant un faible poids à la naissance. L'inexistence de cette association est peut-être due à d'autres facteurs, tels que la nutrition de la mère ou son activité physique, qui peuvent être confondants ou qui peuvent modifier le lien entre le tabagisme et le faible poids à la naissance. Cela est peut-être également dû au fait qu'il y a de nombreux bébés avec un faible poids à la naissance dans la présente enquête. Par ailleurs, il ne semble pas y avoir d'association entre un poids élevé à la naissance et le tabagisme maternel. Les mères ayant fumé durant la grossesse rapportent de plus faibles pourcentages de nourrissons ayant un poids élevé à la naissance que les mères n'ayant pas fumé pendant la grossesse. Cela indique que le tabagisme peut tout de même restreindre la croissance fœtale.

Il semble, par ailleurs, que la prévalence du tabagisme maternel et de l'exposition à la fumée environnementale soit relativement élevée dans les communautés des Premières Nations. Bien que l'association entre le tabagisme maternel et un faible poids à la naissance ne soit pas claire dans la présente enquête, nous pouvons raisonnablement conclure, en nous fondant sur la littérature existante, que l'exposition à la fumée de cigarette est très dommageable pour les enfants en gestation. Ceux qui élaborent des politiques et des programmes en santé doivent connaître ces résultats et les traduire en politiques et en programmes pour réduire le tabagisme chez les mères des Premières Nations et leur famille.

Tableau 36.6. Poids de l'enfant à la naissance, selon le tabagisme maternel au cours de la grossesse et la présence d'autres fumeurs dans le foyer

	Faible (0,4 kg– 2,5 kg) %	Normal (2,51 kg– 4,0 kg) %	Élevé (>4,0 kg) %
Tabagisme maternel pendant la grossesse (n = 4 134)			
Non, aucun tabagisme	4,8	71,2	23,9
Oui, a fumé au cours de la grossesse	4,7	80,1	15,1
Oui, a fumé tout au long de la grossesse	4,7*	81,0	14,3
Oui, mais a cessé au cours du 1 ^{er} trimestre	4,5 ^E	79,6	15,9
Oui, mais a cessé au cours du 2 ^e trimestre	4,8 ^E	76,6	18,5 ^E
Oui, mais a cessé au cours du 3 ^e trimestre	F	70,4	21,4 ^E
Fréquence du tabagisme au cours de la grossesse (n = 2 291)			
Quotidiennement	4,2	83,4	12,4
Occasionnellement	5,2	76,7	18,1

Autres fumeurs dans le foyer pendant que la mère était enceinte (n = 5 299)*			
Non	4,6	75,3	20,1
Oui	5,1	75,4	19,4

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; interpréter les données avec prudence.

^F Donnée supprimée en raison du compte peu élevé de la cellule (n < 5) ou de la très haute variabilité de l'échantillonnage (VC > ,333).

Le Tableau 36.7 montre que le tabagisme maternel au cours de la grossesse est toujours associé à toutes les caractéristiques maternelles, familiales et communautaires, à l'exception de la taille de la communauté. La proportion de mères des Premières Nations qui fument décroît à mesure que le niveau de scolarité et le revenu augmentent. On observe une plus grande proportion de mères qui fument chez celles dont au moins un parent ou grand-parent a fréquenté le pensionnat. Le surpeuplement des logements est également associé à des prévalences de tabagisme plus élevées; 42,5 % des mères des Premières Nations qui vivent dans un logement surpeuplé indiquent fumer, comparativement à 33,4 % des mères des Premières Nations qui ne vivent pas dans un logement surpeuplé.

Tableau 36.7: Proportion de mères des Premières Nations qui ont fumé au cours de leur grossesse, selon les caractéristiques maternelles, familiales et communautaires

	Tabagisme au cours de la grossesse	
	Non %	Oui %
Âge maternel à la naissance (n = 4 081)		
< 20 ans	49,1	50,9
20–34 ans	53,3	46,7
> 35 ans	58,9	41,1
Scolarité maternelle (n = 4 206)		
Études secondaires ou moins	48,6	51,4
Études collégiales, techniques ou professionnelles	57,9	42,1
Études universitaires ou plus	84,1	15,9 ^E
Revenu familial annuel (n = 3 098)		
≤ 10 000 \$ ou perte de revenu	44,3	55,7
10 000 \$–14 999 \$	44,7	55,3
15 000 \$–19 999 \$	46,0	54,0
20 000 \$–29 999 \$	54,0	46,0
30 000 \$–49 999 \$	55,7	44,3
50 000 \$–79 999 \$	65,9	34,1
> 80 000 \$	82,9	17,1 ^E
Pensionnat (n = 3 237)		
Oui (parent ou grand-parent)	60,5	39,5
Non	68,4	31,6
Logement surpeuplé (n = 3 732)		
Non surpeuplé	66,6	33,4
Surpeuplé	57,5	42,5
Taille de la communauté (n = 3 764)		
< 300	62,1	37,9
301–1 500	59,9	40,1
1 500 et plus	64,0	36,0
Éloignement / isolement (n = 3 764)		
Urbaine–non isolé	69,4	30,6
Rurale–semi-isolé	57,8	42,2
Éloignée / accès difficile, isolée	55,3	44,7

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; interpréter les données avec prudence.

Le fait de vivre dans une communauté éloignée est associé à une plus grande probabilité de tabagisme au cours de la grossesse que le fait de vivre dans une communauté urbaine. La taille de la communauté n'est pas liée au tabagisme au cours de la grossesse.

On observe une corrélation constante et significative entre l'âge de l'enfant et le tabagisme de la mère au cours

de la grossesse. Le tabagisme au cours de la grossesse est plus fréquent chez les mères des Premières Nations qui ont des enfants plus jeunes, de 0 à 2 ans, que chez les mères des Premières Nations qui ont des enfants plus âgés, de 9 à 11 ans (50,7 % vs 42,2 %; voir Tableau 36.8).

Tableau 36.8. Proportion de mères des Premières Nations qui ont fumé au cours de leur grossesse, selon l'âge actuel de l'enfant (n = 4 299)

Âge actuel de l'enfant	Non, aucun tabagisme au cours de la grossesse %	Oui, tabagisme au cours de la grossesse %
0–2 ans	47,9	52,1
3–5 ans	52,6	47,4
6–8 ans	53,1	46,9
9–11 ans	58,3	41,7

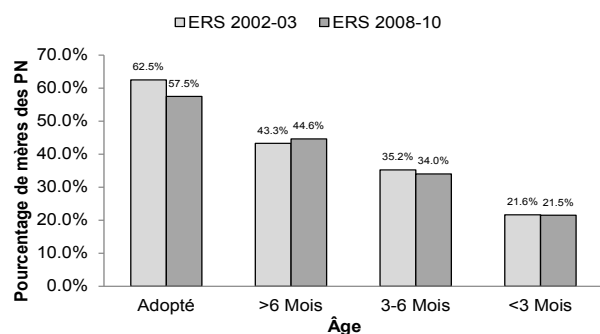
Allaitement

Près de deux tiers (60,2 %) des mères des Premières Nations rapportent avoir allaité leur enfant (voir Tableau 36.9). Il s'agit d'un résultat légèrement plus bas que la proportion (62,5 %) constatée dans l'ERS 2002-03 (voir Figure 36.2). La proportion de mères des Premières Nations qui rapportent avoir allaité est de 90,3 % dans l'EEM chez les mères dans l'ensemble de la population canadienne (ASPC, 2009). Dans l'ERS 2008-10, environ un cinquième (21,8 %) des mères qui ont allaité l'ont fait pendant moins de trois mois. Environ un tiers des mères des Premières Nations ont allaité entre trois et six mois, et près de la moitié (44,8 %) ont allaité pendant plus de six mois (voir Tableau 36.9). Ces proportions sont encore assez semblables à celles observées dans l'ERS 2002-03 (voir Figure 36.2). Dans l'EEM, 49 % des mères ayant adopté l'allaitement le poursuivaient toujours après six mois.

En résumé, on n'observe pas les mêmes hausses de l'allaitement dans les communautés des Premières Nations que celles documentées au cours de la dernière décennie dans l'ensemble de la population canadienne, où les taux d'allaitement sont passés de 80 % en 2000-01 à plus de 90 % en 2006-07 (ASPC, 2009). Chez les femmes des Premières Nations qui ont allaité, la proportion qui ont allaité pendant six mois ou plus est similaire à la proportion de mères dans l'ensemble de la population canadienne qui ont allaité pendant six mois ou plus.

Tableau 36.9. Proportion de mères des Premières Nations qui ont déjà allaité et durée de l'allaitement

	%	95 % IC
A déjà allaité (n = 4 361)		
Non	39,8	[±2,5]
Oui	60,2	[±2,5]
Durée de l'allaitement (n = 2 546)		
< 3 mois	21,8	[±2,9]
3–6 mois	33,4	[±2,8]
> 6 mois	44,8	[±3,0]

Figure 36.2. Proportion de mères des Premières Nations qui adoptent l'allaitement, selon la durée de l'allaitement, dans l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10

Tout comme dans l'ERS 2002-03, on n'observe aucune association dans l'ERS 2008-10 entre l'âge de l'enfant et l'adoption de l'allaitement (voir Tableau 36.10). Cela signifie qu'il n'y a eu aucun changement par rapport à l'adoption de l'allaitement dans les différents groupes d'âge d'enfants des Premières Nations. Par ailleurs, la durée de l'allaitement est associée à l'âge de l'enfant dans l'ERS 2008-10, un résultat qui n'avait pas été observé dans l'ERS 2002-03 (voir Tableau 36.11).

Tableau 36.10. Proportion de mères des Premières Nations qui ont allaité, selon l'âge de l'enfant (n = 4 355)

Âge actuel de l'enfant	Mère n'a pas allaité %	Mère a allaité %
0–2 ans	39,5	60,5
3–5 ans	36,7	63,3
6–8 ans	39,5	60,5
9–11 ans	43,7	56,3

Tableau 36.11. Proportion de mères des Premières Nations qui ont allaité, selon la durée de l'allaitement et l'âge de l'enfant (n = 1962)

Âge actuel de l'enfant	< 3 mois %	3–6 mois %	> 6 mois %
3–5 ans	19,9	32,7	47,3
6–8 ans	14,4	37,9	47,8
9–11 ans	20,7	34,9	44,4

L'adoption et la durée de l'allaitement ne sont pas associées au poids à la naissance du nourrisson.

Les associations entre les variables maternelles, familiales et communautaires et la prévalence de l'allaitement ont été examinées en fonction du pourcentage et de la durée de l'allaitement, et toutes les associations possibles se sont révélées statistiquement significatives (voir Tableau 36.12). La proportion de mères des Premières Nations qui rapportent allaiter augmente avec l'âge de la mère au moment de la naissance, et atteint un taux maximal (57,9 %) chez les mères âgées de 35 ans et plus.

La proportion de mères qui rapportent allaiter augmente avec les niveaux de scolarité et de revenu. Les mères des Premières Nations qui indiquent avoir une scolarité postsecondaire, un revenu annuel supérieur à 80 000 \$, ou qui vivent dans un logement moins peuplé tendent à allaiter davantage. Celles dont un parent ou grand-parent a fréquenté le pensionnat, celles qui vivent dans une plus grande communauté, et celles qui vivent dans une communauté urbaine rapportent plus fréquemment allaiter également.

Tableau 36.12. Proportion de mères des Premières Nations qui allaitent, selon les caractéristiques maternelles, familiales et communautaires

	Allaitement	
	Non %	Oui %
Âge maternel à la naissance (n = 4 131)		
< 20 ans	47,3	52,7
20–34 ans	38,9	61,1
> 35 ans	31,5	68,5
Scolarité maternelle (n = 4 262)		
Études secondaires ou moins	45,1	54,9
Études collégiales, techniques ou professionnelles	27,9	72,1
Études universitaires ou plus	16,9	83,1
Revenu familial annuel (n = 3 118)		
≤ 10 000 \$ ou perte de revenu	45,7	54,3
10 000 \$–14 999 \$	45,2	54,8
15 000 \$–19 999 \$	36,0	64,0
20 000 \$–29 999 \$	37,6	62,4
30 000 \$–49 999 \$	35,9	64,1
50 000 \$–79 999 \$	30,4	69,6
> 80 000 \$	20,8 ^E	79,2
Pensionnat (n = 3 734)		
Oui (parent ou grand-parent)	37,0	63,0
Non	43,1	56,9
Logement surpeuplé (n = 4 320)		
Non surpeuplé	38,2	61,8
Surpeuplé	42,4	57,6
Taille de la communauté (n = 4 361)		
< 300	30,9	69,1
301–1,500	36,9	63,1
1,500 and over	44,3	55,7
Éloignement / isolement (n = 4 361)		
Urbaine–non isolé	33,9	66,1
Rurale–semi-isolé	41,5	58,5
Éloignée / accès difficile, isolée	48,8	51,2

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; interpréter les données avec prudence.

L'examen des associations entre les caractéristiques maternelles, familiales et communautaires et la durée de l'allaitement se révèle également significatif statistiquement pour tous les facteurs, à l'exception du surpeuplement des logements et de l'éloignement de la communauté (voir Tableau 36.13). Une durée d'allaitement qui se prolonge au-delà de six mois est associée de façon statistique aux mères des Premières Nations âgées de 35

ans et plus, aux mères des Premières Nations ayant une scolarité postsecondaire, aux mères des Premières Nations qui ont un revenu familial annuel supérieur à 80 000 \$, et aux mères des Premières Nations qui vivent dans une plus grande communauté (plus de 1 500 personnes).

Tableau 36.13. Proportion de mères des Premières Nations qui ont allaité, selon la durée de l'allaitement, et selon les caractéristiques maternelles, familiales et communautaires

	< 3 mois %	3–6 mois %	> 6 mois %
Âge maternel à la naissance (n = 2,418)			
< 20 ans	27,3	39,4	33,3
20–34 ans	21,4	33,1	45,5
> 35 ans	20,3	30,9	48,8
Scolarité maternelle (n = 2,487)			
Études secondaires ou moins	20,7	32,9	46,4
Études collégiales, techniques ou professionnelles	24,6	33,7	41,6
Études universitaires ou plus	11,3	40,5	48,2
Revenu familial annuel (n = 1 865)			
≤ 10 000 \$ ou perte de revenu	20,8	33,2	46,0
10 000 \$–14 999 \$	26,1	39,2	34,7
15 000 \$–19 999 \$	35,2	23,4	41,1
20 000 \$–29 999 \$	23,2	33,5	43,2
30 000 \$–49 999 \$	16,4	39,4	44,3
50 000 \$–79 999 \$	15,0	29,0	56,0
> 80 000 \$	12,5 ^E	33,6 ^E	53,9
Pensionnat (n = 2 227)			
Oui (parent ou grand-parent)	23,9	31,3	44,8
Non	17,9	35,3	46,8
Logement surpeuplé (n = 2 521)			
Non surpeuplé	19,9	35,8	44,3
Surpeuplé	23,9	29,9	46,2
Taille de la communauté (n = 2 546)			
< 300	20,1	39,4	40,5
301–1,500	19,7	35,9	44,4
1,500 and over	24,9	29,0	46,1
Éloignement / isolement (n = 2 546)			
Urbaine–non isolé	22,0	37,0	41,0
Rurale–semi-isolé	23,1	29,8	47,0
Éloignée / accès difficile, isolée	16,8	34,6	48,6

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; interpréter les données avec prudence.

Une durée d'allaitement de moins de trois mois est

davantage associée de façon statistique aux mères des Premières Nations dont un parent ou grand-parent a fréquenté le pensionnat (23,9 %), comparativement à celles pour qui ce n'est pas le cas (17,9 %).

Le Tableau 36.14 présente des associations significatives entre l'allaitement et le tabagisme maternel. Les mères des Premières Nations qui ne fument pas pendant leur grossesse allaitent leur enfant plus fréquemment que les mères qui fument tout au long de leur grossesse (66,7 % vs 53,7 %, respectivement).

Tableau 36.14. Proportion de mères des Premières Nations qui ont allaité, selon le tabagisme maternel au cours de la grossesse

	Allaitement	
	Non %	Oui %
Mères ayant fumé au cours de la grossesse (n = 4 277)		
Non, n'a pas fumé	33,3	66,7
Oui, a fumé tout au long de la grossesse	46,3	53,7

L'association entre la durée de l'allaitement et le tabagisme maternel est également significative du point de vue statistique (voir Tableau 36.15). Les mères des Premières Nations qui ne fument pas tout au long de leur grossesse tendent à allaiter leur enfant pendant plus de six mois (49,5 %) plus fréquemment que les mères qui fument (38,5 %).

Tableau 36.15. Durée de l'allaitement, selon le tabagisme maternel au cours de la grossesse

Mères ayant fumé au cours de la grossesse	Durée de l'allaitement		
	< 3 mois	3–6 mois	> 6 mois
Non, n'a pas fumé	18,3	32,2	49,5
Oui, a fumé tout au long de la grossesse	26,4	35,0	38,5

Santé et issues développementales de l'enfant

La plupart des variables liées aux déterminants de la santé pour les enfants des Premières Nations ne sont pas associées de façon significative avec le poids à la naissance, le tabagisme maternel au cours de la grossesse ou l'allaitement. Au nombre des exceptions on compte les associations entre un faible poids à la naissance et l'état de santé général de l'enfant; le tabagisme maternel et l'état de santé général de l'enfant; et le tabagisme maternel et l'échec d'une année scolaire.

État de santé général

On observe des associations significatives entre le poids

à la naissance des nourrissons des Premières Nations et leur état de santé général actuel, tel que rapporté par la mère biologique. Davantage de mères des Premières Nations dont les nourrissons avaient un poids moyen ou élevé à la naissance évaluent l'état de santé général de leur enfant comme « très bon ou excellent » (88,0 % et 88,5 %, respectivement), comparativement à 75,5 % des mères des Premières Nations dont le nourrisson avait un faible poids à la naissance qui évaluent l'état de santé de leur enfant comme « très bon ou excellent » (voir Tableau 36.16). Le tabagisme maternel au cours de la grossesse est également associé de façon significative à l'état de santé général des enfants des Premières Nations. Une plus grande proportion de mères des Premières Nations n'ayant pas fumé au cours de la grossesse que de mères ayant fumé au cours de la grossesse indiquent que l'état de santé de leur enfant est « très bon ou excellent » (89,5 % vs 86,5 %, respectivement).

Tableau 36.16. État de santé général des enfants tel que rapporté par les mères des Premières Nations, selon le poids à la naissance, le tabagisme maternel au cours de la grossesse et l'allaitement

	Proportion de mères des Premières Nations ayant fait rapport sur l'état de santé général de leur enfant		
	Très bon ou excellent %	Bon %	Passable ou mauvais %
Poids de l'enfant à la naissance (n = 4 250)			
Faible poids à la naissance (0,4 kg–2,5 kg)	78,1	19,4	F
Poids moyen à la naissance (2,5 kg–4,0 kg)	88,2	9,8	2,0 ^E
Poids élevé à la naissance (> 4,0 kg)	89,0	8,4	2,6 ^E
Tabagisme maternel au cours de la grossesse (n = 4 295)			
Non	89,7	8,7	1,6 ^E
Oui	86,6	10,8	2,6 ^E
Fréquence du tabagisme maternel au cours de la grossesse (n = 1 868)			
Quotidiennement	84,9	11,4	3,6 ^E
Occasionnellement	87,5	10,7	1,9 ^E
Allaitement (n = 4 350)			
Non	87,1	10,6	2,3 ^E
Oui	88,8	9,3	1,9 ^E
Durée de l'allaitement (n = 2 539)			
< 3 mois	89,1	9,5	F
3–6 mois	88,7	9,3	2,0 ^E
> 6 mois	89,1	9,1	1,7 ^E

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage; interpréter les données avec prudence.

^F Donnée supprimée en raison du compte peu élevé de la cellule ($n < 5$) ou de la très haute variabilité de l'échantillonnage ($VC > ,333$).

La vaste majorité (83,3 %) des mères des Premières Nations indiquent que leur enfant vit actuellement dans un environnement sans fumée. Cela représente une importante réduction de l'exposition à la fumée des nourrissons et des enfants comparativement à la période prénatale où les pourcentages d'exposition à la fumée de la mère et de l'environnement sont de 46,9% et 40,0%, respectivement.

Problèmes de santé, troubles de l'apprentissage, et TDA/TDAH

On n'observe aucune association significative entre le poids à la naissance des nourrissons des Premières Nations; le tabagisme maternel au cours de la grossesse; l'allaitement; et les problèmes de santé actuels, dont l'asthme, les allergies, les otites chroniques, les dermatites ou l'eczéma, et les troubles de l'apprentissage infantiles. De même, on n'observe aucune association significative entre le trouble déficitaire de l'attention ou le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/TDAH) et le poids à la naissance, le tabagisme maternel et l'allaitement. En ce qui a trait aux problèmes de santé listés précédemment, seuls les cas des enfants de 3 à 11 ans ont été analysés étant donné qu'un diagnostic clinique pour un enfant de moins de 3 ans est peu probable. Pareillement, seuls les enfants d'âge scolaire ont été inclus dans l'analyse des troubles de l'apprentissage.

Échec ou saut d'une année scolaire

Le fait d'échouer une année scolaire est associé de façon significative au tabagisme maternel au cours de la grossesse : en effet, une plus grande proportion d'enfants des Premières Nations dont la mère a fumé au cours de la grossesse ont échoué une année scolaire (8,8 % vs 5,7 %, respectivement). Par ailleurs, on n'observe aucune association significative entre le fait d'échouer ou de sauter une année scolaire et le poids de l'enfant à la naissance, et l'adoption et la durée de l'allaitement. On observe par contre une légère tendance qui montre que les enfants des Premières Nations dont la mère a fumé sur une base quotidienne au cours de la grossesse échouent une année scolaire plus fréquemment que les enfants dont la mère a fumé sur une base occasionnelle au cours de la grossesse; toutefois, la taille de l'échantillon est insuffisante pour tirer une conclusion définitive.

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Ce chapitre débute avec une préface de l'aînée et sage-femme mohawk Katsie Cook concernant la nécessité de « réveiller chez les femmes le pouvoir inhérent au processus transformateur que l'accouchement devrait être » (Wessman & Harvey, 2000). Tout au long de leur histoire, les Premières Nations ont toujours eu comme priorité familiale et communautaire de s'assurer que les besoins physiques, psychologiques, affectifs et spirituels des femmes enceintes et de celles qui allaitent soient comblés. Les résultats présentés dans ce chapitre démontrent clairement qu'il reste beaucoup de travail à faire dans les communautés des Premières Nations pour s'assurer que les femmes enceintes et les mères soient soutenues conformément à ces enseignements culturels traditionnels.

À l'heure actuelle, les mères des Premières Nations et leurs enfants doivent composer avec des taux anormalement élevés de pauvreté, un nombre insuffisant d'opportunités en matière d'éducation, et des taux de surpeuplement de logement 18 fois plus élevés que ceux dans l'ensemble de la population canadienne (Martens, 2002; Statistique Canada, 2008, 2011). Par ailleurs, ne devraient pas être sous-estimés les effets des pensionnats, dont les traumatismes intergénérationnels et l'interruption de la transmission intergénérationnelle des enseignements culturels relatifs à la grossesse et à la parentalité (Brant Castellano, Archibald, & DeGagné, 2008). Les enfants des Premières Nations dont un parent ou un grand-parent a fréquenté un pensionnat ont plus fréquemment une mère qui fume et bénéficient d'un allaitement soutenu moins fréquemment que les enfants des Premières Nations dont aucun parent ou grand-parent n'a fréquenté un pensionnat.

La grossesse est une importante période de transition physique, affective et sociale. Un soutien positif de la famille et de la communauté s'avère crucial pour les femmes enceintes pour réussir à composer avec ces changements, et ils ont été intégrés aux systèmes de parenté traditionnels (Sweetwater & Barney, 2009). Malheureusement, ces systèmes de soutien ont été compromis par les politiques coloniales historiques et toujours en cours, dont le système des pensionnats et la relocalisation des naissances dans des hôpitaux à l'extérieur des communautés des Premières Nations. Il en résulte que, trop souvent, les femmes enceintes se sentent isolées plutôt qu'en pleine possession de leurs moyens et soutenues (Couchie, Sanderson, & Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2007; Kornelsen, Kotaska, Waterfall, Willie, & Wilson, 2010).

Il n'est pas étonnant que les facteurs de stress sociaux et économiques vécus par les femmes des Premières Nations avant, pendant et après la grossesse aient un effet néfaste sur la santé prénatale, des nourrissons et des enfants. La pauvreté, des niveaux moins élevés de scolarité et le surpeuplement des logements sont des déterminants reconnus de la santé infantile (Reidpath & Allotey, 2003) et maternelle (Paruzzolo, Mehra, Kes, & Ashbaugh, 2010). De meilleures conditions de vie sont nécessaires si l'on veut remédier à la pauvreté à laquelle font face les mères et les enfants des Premières Nations (Association des femmes autochtones du Canada [AFAC], 2004), ainsi que de meilleures et, surtout, accessibles et pertinentes opportunités en matière d'éducation pour les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants (AFAC, 2009b). Un développement économique durable et contrôlé par la communauté est également nécessaire (AFAC, 2009a).

Selon l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10, les nourrissons des Premières Nations affichent des taux beaucoup plus élevés d'exposition prénatale à la fumée maternelle et environnementale que les nourrissons dans l'ensemble de la population canadienne. Par ailleurs, les mères des Premières Nations qui ont de plus jeunes enfants sont plus susceptibles d'avoir fumé au cours de la grossesse que ne le sont les mères qui ont des enfants plus âgés. À son tour, le tabagisme maternel au cours de la grossesse est associé à un plus mauvais état de santé chez les enfants et aux échecs scolaires. Les nourrissons des Premières Nations sont également moins susceptibles d'être allaités et davantage susceptibles d'avoir un poids élevé à la naissance que ne le sont les nourrissons dans l'ensemble de la population canadienne.

La grande proportion de mères des Premières Nations qui indiquent avoir fumé au cours de la grossesse, en particulier chez les mères d'enfants plus jeunes, met en évidence la nécessité d'avoir des programmes anti-tabagisme. Les taux élevés d'exposition à la fumée dans l'environnement domestique chez les enfants en gestation soulèvent le besoin encore plus grand d'une cessation du tabagisme à l'échelle de la communauté. Plutôt que de cibler uniquement les femmes enceintes qui fument, il est nécessaire d'y adjoindre des campagnes simultanées de cessation du tabagisme visant les conjoints, la fratrie, les tantes, les oncles et les grands-parents. Les programmes axés sur les femmes enceintes doivent être conçus de manière à s'assurer que la pauvreté, l'isolement et les traumatismes postcoloniaux vécus par les femmes des Premières Nations sont pris en compte dans la stratégie de cessation du tabagisme (AFAC, 1995).

Il est important de noter les signes de résistance et de

résilience observés à travers ces résultats négatifs. Par exemple, bien que les taux d'adoption de l'allaitement se soient stabilisés à tout juste plus de 60 % dans les communautés des Premières Nations, comparativement à 90 % dans l'ensemble de la population canadienne, les femmes qui allaitent dans les communautés des Premières Nations poursuivent l'allaitement à des taux similaires à ceux observés chez les femmes dans les populations non-Premières Nations. Les programmes d'intervention doivent insister sur l'importance d'un allaitement soutenu en plus de l'adoption de l'allaitement.

Également, bien que le taux d'exposition à la fumée dans l'environnement domestique des femmes enceintes dans les communautés des Premières Nations soit de 40 %, seuls 16,7 % des enfants des Premières Nations vivent dans un environnement domestique qui n'est pas sans fumée. Cela indique peut-être que les familles des Premières Nations sont capables de créer un environnement domestique sans fumée pour leurs enfants. Mais il est nécessaire que ces environnements sans fumée soient instaurés au cours de la grossesse plutôt qu'au cours de l'enfance.

En outre, on observe une association positive entre le tabagisme maternel et la pauvreté, une réduction de la scolarité, le surpeuplement des logements, et la résidence dans une communauté éloignée ou isolée. L'allaitement est également moins fréquemment adopté par les mères des Premières Nations âgées de moins de 20 ans et par celles qui vivent de la pauvreté ou dont la scolarité est moins élevée. Ces résultats démontrent la nécessité d'adapter les programmes avant et après la grossesse afin de soutenir les femmes enceintes; de tels programmes devraient cibler et rejoindre ces groupes précis de femmes.

La pratique des sages-femmes communautaires est une politique qui attire de plus en plus l'attention comme meilleure pratique dans un contexte autochtone (Tough, 2010). Cette pratique des sages-femmes autochtones a le potentiel de revitaliser la transmission intergénérationnelle du savoir culturel traditionnel concernant la santé reproductive, ainsi que de rejoindre les mères vulnérables et isolées afin de rétablir le soutien de la parenté.

En ce qui a trait à l'évaluation continue de la santé maternelle et infantile, l'utilisation d'outils comme l'ERS, l'établissement de liens entre les enquêtes sur la santé maternelle et la santé infantile, ou entre les enquêtes sur la santé infantile et les registres de naissance (Smylie et al., 2010) bonifie notre capacité de comprendre les voies complexes qui mènent au mieux-être des nourrissons, des enfants, des mères, des familles et des communautés. Nous recommandons que la prochaine

ERS intègre une question sur l'âge gestationnel afin que le poids à la naissance selon l'âge gestationnel puisse être calculé. Le poids à la naissance selon l'âge gestationnel permet de comprendre la croissance fœtale de façon plus précise car il ne tient pas compte du taux de naissances prématurées. L'Agence de santé publique du Canada indique maintenant « poids élevé pour l'âge gestationnel » et « faible poids pour l'âge gestationnel » comme variables plutôt que de parler de poids élevé ou de faible poids à la naissance; cette nuance faciliterait les comparaisons. Finalement, la possibilité d'utiliser des méthodes statistiques plus avancées, comme les analyses multivariées, stratifiées et hiérarchiques, nous permettrait de mieux comprendre les interrelations et de contrôler les facteurs confusionnels lors de l'examen des déterminants de la santé et des issues en santé.

Chaque membre des communautés des Premières Nations doit travailler pour restaurer les enseignements relatifs au soutien et à l'empuancement des femmes enceintes et des mères. Si l'on suit les enseignements fondés sur le cycle de la vie qui reconnaissent la continuité à travers les étapes de la vie, la santé des nourrissons des Premières Nations et de leur mère doit être soutenue non seulement au cours de la grossesse mais également avant et après la grossesse.

RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada. (2009). *What mothers say: The Canadian Maternity Experiences Survey*. Ottawa: Author.
- Association des femmes autochtones du Canada. (1995). *Tobacco reduction strategy*. Ottawa: Health and Welfare Canada. Consulté à partir de http://www.nwac.ca/sites/default/files/reports/TobaccoReductionStrategy_0.pdf
- Association des femmes autochtones du Canada. (2004). *Background document on aboriginal women and housing for the Canada-Aboriginal Peoples Roundtable Sectoral Follow-up Session on Housing*. Ottawa. Consulté à partir de http://www.nwac.ca/sites/default/files/reports/NWAC_BgPaper_e.pdf
- Association des femmes autochtones du Canada. (2009a). *Aboriginal solutions toward stimulating Canada's economy. Submission by the Native Women's Association of Canada. Prepared for the First Ministers' Meeting with National Aboriginal Leaders*. Ottawa. Consulté à partir de <http://www.nwac.ca/sites/default/files/reports/NWACFMMJan15-09.pdf>
- Association des femmes autochtones du Canada. (2009b). *Strengthening aboriginal girls' and women's success—Submission by the Native Women's Association of Canada. Prepared for the Council of Ministers of Education, Canada (CMEC) Summit on Aboriginal Education*. Saskatoon, SK: Six Nations. Consulté à partir de <http://www.nwac.ca/sites/default/files/reports/StrengtheningAboriginalGirlsandWomensSuccess-EducationSummitDocument.pdf>
- Khoshnood, B., Wall, S., & Lee, K. (2005). Risk of low birth weight associated with advanced maternal age among four ethnic groups in the United States. *Maternal and Child Health Journal, 9*(1), 3–9.
- Kleinman, J., & Madans, J. (1985). The effects of maternal smoking, physical stature, and educational attainment on the incidence of low birth weight. *American Journal of Epidemiology, 121*, 843–55.
- Kornelsen, J., Kotaska, A., Waterfall, P., Willie, L., & Wilson, D. (2010). The geography of belonging: The experience of birthing at home for First Nations women. *Health & Place, 16*(4), 638–45. doi:10.1016/j.healthplace.2010.02.001
- Kramer, M. (1987). Determinants of low birth weight: Methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization, 65*, 663–737.
- Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S., . . . PROBIT Study Group. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association, 285*(4), 413–20.
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (1999). *Breastfeeding, a guide for the medical profession*, 5th edition. St Louis, Mo: Mosby.
- Luo, Z.-C., Wilkins, R., & Kramer, M. S., for the Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. (2006). Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: A population-based study. *CMAJ, 174*(10), 1415–20.
- Martens, P. J. (2002). Increasing breastfeeding initiation and duration at a community level: An evaluation of Sagkeeng First Nation's community health nurse and peer counselor programs. *Journal of Human Lactation, 18*(3), 236–46.
- McShane, K., Smylie, J., & Adomako, P. (2009). Health of First Nations, Inuit, and Métis Children in Canada. In J. Smylie & P. Adomako (Eds.), *Indigenous children's health report: Health assessment in action*. Toronto: Saint Michael's Hospital. Consulté à partir de http://www.stmichaelshospital.com/crich/indigenous_childrens_health_report.php
- Paruzzolo, S., Mehra, R., Kes, A., & Ashbaugh, C. (2010). *Targeting poverty and gender inequality to improve maternal health*. Washington, DC: International Centre for Research on Women.
- Public Health Service. (2001). *Women and smoking: A report of the Surgeon General*. Washington, DC: Author.
- Quinn, P. J., O'Callaghan, M., Williams, G. M., Najman, J. M., Andersen, M. J., & Bor, W. (2001). The effect of breastfeeding on child development at 5 years: A cohort study. *Journal of Paediatrics and Child Health, 37*(5), 465–69.
- Reidpath, D. D., & Allotey, P. (2003). Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57*(5), 344–46.
- Schwartz, R., & Taramo, K. A. (1999). What is the significance of macrosomia? *Diabetes Care, 22*(7), 1201–5.
- Smylie, J., Crengle, S., Freemantle, J., & Taulii, M. (2010). *Indigenous birth outcomes in Australia, Canada, New Zealand*

- and the United States—An overview. *Open Journal of Women's Health*, 4, 7–17.
- Statistique Canada. (2003). *National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY), Cycle 4, 2000/2001*. Ottawa, ON: Author.
- Statistique Canada. (2006). Canadian Community Health Survey: New data on smoking and on diabetes. *The Daily*. June 13, 2006.
- Statistique Canada. (2008). *Aboriginal Peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis, and First Nations, 2006 Census*. Ottawa: Ministry of Industry. Catalogue No. 7-558-XIE.
- Statistique Canada. (2009a). *Births 2007*. Ottawa: Ministry of Industry. Catalogue No. 84F0210X
- Statistique Canada. (2009b). *National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY) Cycle 7, 2006-2007*. Ottawa, ON: Author.
- Statistique Canada. (2011). Summary Tables. Median total income, by family type, by province and territory. (All census families). Consulté à partir de <http://www40.statcan.ca/101/cst01/famil108a-eng.htm>
- Sweetwater, I., & Barney, L. (2009). BC aboriginal doula training—Project piloted in Secwepemc and Gitksan territory. *The Aboriginal Nurse Spring*.
- Tough, S. (2010). *Perspectives: Improving First Nations, Inuit and Métis maternal and child health in Canada*. Calgary: Alberta Centre for Child, Family, and Community Research. Consulté à partir de <http://www.research4children.com/public/data/documents/ACF20F3.pdf>
- Wassimi, S., Wilkins, R., Mchugh, N., Xiao, L., Simonet, F., & Luo, Z. C. (2011). Association of macrosomia with perinatal and postneonatal mortality among First Nations people in Quebec. *CMAJ*, 183(3), 322–26.
- Wessman, J., & Harvey, N. (2000). An interview with Katsi Cook. *Talking Leaves Magazine*, 10(1). Consulté à partir de <http://www.lostvalley.org/talkingleaves/node/61>
- Whincup, P. H., Kaye, S. J., Owen, C. G., Huxley, R., Cook, D. G., Anazawa, S., Barrett-Connor, E., Bhargava, S. K., Birgisdottir B. E., Carlsson, S., de Rooij S. R., Ryck R. F., Eriksson, J. G., Falkner, B., Fall, C., Forsén, T., Grill, V., Gudnason, V., Hulman, S., Hyppönen, E., Jeffreys, M., Lawlor, D. A., Leon, D. A., Minami, J., Mishra, G., Osmond, C., Power, C., Rich-Edwards, J. W., Roseboom, T. J., Sachdev, H. S., Syddall, H., Thorsdottir, I., Vanhala, M., Wadsworth, M., Yarbrough, D. E. (2008). Birth weight and risk of type 2 diabetes: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 300(24), 2886–97.

Chapitre 37

Troubles affectifs et comportementaux

SOMMAIRE

Ce chapitre présente l'examen des troubles affectifs et comportementaux vécus par les enfants des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités nordiques, tels que rapportés par leurs principaux dispensateurs de soins dans le cadre de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10. Les principaux dispensateurs de soins dans les communautés des Premières Nations ont été invités à indiquer comment leur enfant des Premières Nations s'est entendu(e) avec les autres membres de sa famille au cours des six mois précédant l'Enquête, s'ils estimaient que leur enfant a eu davantage de troubles affectifs ou comportementaux que les autres garçons et filles du même âge à cette **période**, et si leur enfant a déjà eu un diagnostic d'anxiété ou de dépression ou de trouble **déficitaire** de l'attention ou trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/TDAH). La prévalence des troubles affectifs et comportementaux est faible chez les enfants des Premières Nations. Une plus grande proportion de garçons des Premières Nations que de filles ont eu un diagnostic d'anxiété ou de dépression ou de TDA/TDAH. La prévalence d'anxiété, de dépression et de TDA/TDAH est également plus élevée chez les enfants plus âgés. Par ailleurs, la prévalence des troubles affectifs ou comportementaux est plus faible chez les enfants des Premières Nations qui vivent avec leurs deux parents biologiques et chez ceux dont les parents ont un revenu familial plus élevé. L'incidence de ces résultats fait ensuite l'objet d'une discussion.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Globalement, une grande majorité des enfants des Premières Nations sont rapportés comme ayant eu une bonne entente avec le reste de leur famille, comme ayant moins de troubles affectifs ou comportementaux que les autres garçons ou filles du même âge, et affichent une prévalence plus faible d'anxiété, de dépression et de TDA/TDAH.
- 95,1 % s'entendent « très bien » ou « assez bien » avec le reste de leur famille.
- 14,1 % ont davantage de troubles affectifs ou comportementaux que les autres garçons ou filles du même âge.
- 0,7 % ont reçu un diagnostic d'anxiété ou de dépression.
- 2,0 % ont reçu un diagnostic de TDA/TDAH.
- Les garçons des Premières Nations ont reçu un diagnostic d'anxiété ou de dépression environ deux fois plus souvent que les filles des Premières Nations (0,9 % vs 0,4 %) ainsi que de TDA/TDAH (2,6 % vs 1,4 %).
- Une plus grande proportion d'enfants plus âgés des Premières Nations que d'enfants plus jeunes ont reçu un diagnostic d'anxiété, de dépression ou de TDA/TDAH, et ont de la difficulté à s'entendre avec leur famille.
- Les enfants des Premières Nations dont les principaux dispensateurs de soins sont leurs deux parents biologiques s'entendent mieux avec leur famille, ont moins de troubles affectifs et comportementaux que les autres garçons et filles du même âge, et affichent des taux plus faibles d'anxiété, de dépression, et de TDA/TDAH, comparativement à ceux dont les principaux dispensateurs de soins ne sont que l'un de leurs parents biologiques ou aucun des deux.
- À mesure que le revenu du ménage augmente, moins de principaux dispensateurs de soins rapportent que leurs enfants des Premières Nations ont davantage de troubles affectifs et comportementaux que les autres garçons et filles du même âge.

INTRODUCTION

Une perspective holistique de la santé des enfants tient compte du bien-être affectif et des troubles comportementaux. La phase précédente de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, l'ERS 2002-03 (Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005), a démontré que les enfants des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations semblaient avoir une bonne santé affective et n'affichaient que peu de troubles comportementaux. Alors qu'une majorité des principaux dispensateurs de soins avaient décrit leurs enfants des Premières Nations comme s'entendant bien avec le reste de leur famille, une minorité des principaux dispensateurs de soins avaient rapporté que leurs enfants des Premières Nations avaient davantage de troubles affectifs et comportementaux que les autres garçons et filles du même âge. Par ailleurs, peu d'enfants des Premières Nations avaient reçu un diagnostic d'anxiété ou de dépression ou de TDA/TDAH.

Le but de ce chapitre est d'évaluer l'état actuel du bien-être affectif et comportemental des enfants des Premières Nations, ainsi que de comparer ces résultats à ceux de l'ERS 2002-03. De plus, parce que les enfants des Premières Nations ne vivent pas isolés mais plutôt dans une sphère sociale beaucoup plus vaste, ce chapitre évalue également des facteurs réputés contribuer à la santé affective des enfants, dont des facteurs uniques aux communautés des Premières Nations, tels que l'engagement culturel et la fréquentation d'un pensionnat par les parents.

Il est possible d'évaluer les troubles affectifs et comportementaux en examinant comment les enfants s'entendent avec leur famille. Les personnes dans l'environnement immédiat de l'enfant – habituellement les parents biologiques – fournissent des éléments cruciaux au bien-être, dont le sentiment d'appartenance, le confort, la sécurité, la sûreté, la santé, et le bien-être. Mais dans les communautés des Premières Nations, de nombreux enfants des Premières Nations ne vivent pas avec leurs parents biologiques. Il y a, en ce moment, davantage d'enfants des Premières Nations dans les programmes de protection de l'enfance qu'il n'y en avait à l'apogée des pensionnats. Dans les années 40, 9 000 enfants fréquentaient les pensionnats; aujourd'hui les agences de protection de l'enfance ont la garde de 27 000 enfants des Premières Nations (Fondation de guérison autochtone, 2008; Assemblée des Premières Nations [APN], 2006). C'est un enfant des Premières Nations sur dix qui entre dans le système de protection de l'enfance, tandis que chez les autres enfants canadiens, ce taux est de un sur 200 (APN, 2006). Ce taux élevé de séparation d'avec les

parents biologiques donne à penser que les enfants des Premières Nations souffrent probablement au plan affectif.

Les traumatismes intergénérationnels découlant des pensionnats influenceraient également la santé affective des enfants des Premières Nations. Un traumatisme intergénérationnel survient lorsqu'un traumatisme non résolu chez une génération est transmis aux générations suivantes, entraînant ainsi un « bagage psychologique qui se transmet des parents aux enfants » (Fondation autochtone de guérison, 2004, p. 3). En revanche, la participation culturelle (i.e. participer à des événements ou des pratiques culturelles) renforcerait la santé affective et réduirait les problèmes comportementaux des enfants des Premières Nations. La participation culturelle sous-entend des liens plus forts entre les membres de la famille. Traditionnellement, la famille est à l'origine des valeurs et des enseignements, comme la langue et les traditions des Premières Nations. La participation culturelle est également susceptible de réduire le risque de participation à des activités délinquantes; les enfants des Premières Nations qui n'ont pas de liens solides avec leur culture et leur famille sont plus susceptibles d'adopter des comportements à risque à mesure qu'ils approchent de l'adolescence. Finalement, la participation culturelle peut protéger les enfants des Premières Nations contre les effets de la discrimination, réduisant ainsi les symptômes de dépression et de détresse affective (Whitbeck, McMorris, Hoyt, Stubben, & LaFromboise, 2002).

La pauvreté est également associée au bien-être affectif, particulièrement au sentiment de sa valeur personnelle. Une étude réalisée par la *Ontario Federation of Indian Friendship Centres* sur les familles autochtones vivant hors réserve en milieu urbain a révélé que les familles autochtones pauvres, au nombre desquelles on retrouve de nombreuses familles monoparentales, sont aux prises avec les traumatismes psychologiques suivants : faible estime de soi, dépression, colère, doute de soi, intimidation, frustration, honte, et désespoir (Fondation autochtone de guérison, 2008). Le risque de détresse affective est élevé; selon un rapport de l'Assemblée des Premières Nations (2006), le taux de pauvreté chez les enfants autochtones est deux fois plus élevé que le taux de pauvreté chez les autres enfants au Canada (30 % vs 15 %).

Finalement, la participation à des activités physiques parascolaires est associée non seulement à une meilleure santé physique, mais également à la santé psychologique. Les programmes récréatifs et sportifs pour les enfants et les adolescents sont importants pour contrer l'ennui, l'aliénation et l'anxiété, et pour favoriser le soutien des pairs et un sentiment d'appartenance

(Groupe consultatif sur la prévention du suicide, 2003).

En résumé, le présent chapitre explore les problèmes affectifs et comportementaux chez les enfants des Premières Nations âgés de 3 à 11 ans dans les communautés des Premières Nations et examine les facteurs de risque potentiels ou les prédicteurs de ces problèmes, notamment la pauvreté, l'activité physique et sédentaire, les services de garde, la participation culturelle, et la fréquentation d'un pensionnat par les parents.

MÉTHODOLOGIE

Les principaux dispensateurs de soins ont été invités à répondre à une série de questions sur le bien-être affectif et les troubles comportementaux de leur enfant.

Troubles affectifs et comportementaux. Les principaux dispensateurs de soins devaient indiquer si leur enfant a eu davantage de troubles affectifs ou comportementaux que les autres garçons et filles du même âge au cours des six mois précédents (choix de réponse). Des statistiques sont présentées pour les enfants âgés de 3 à 11 ans.

Qualité des relations avec la famille. Les principaux dispensateurs de soins devaient indiquer comment leur enfant s'est entendu avec les autres membres de sa famille au cours des six mois précédents. Les choix de réponses étaient : « Très bien, aucun problème », « Assez bien, presque aucun problème », « Pas très bien, beaucoup de problèmes », et « Pas bien du tout, toujours des problèmes ». Aux fins de l'analyse des variables, les réponses pour cette variable ont été dichotomisées en « Assez bien à Très bien » versus « Pas très bien à Pas bien du tout ». Des statistiques sont présentées pour les enfants âgés de 3 à 11 ans.

Diagnostics de problèmes de santé. Les principaux dispensateurs de soins devaient indiquer si un professionnel de la santé leur a déjà dit que leur enfant souffrait d'anxiété ou de dépression (oui/non) ou de TDA/TDAH (oui/non).

Finalement, les associations entre différentes covariables potentielles du bien-être affectif et des troubles comportementaux ont été évaluées, notamment le sexe, l'âge, le principal dispensateur de soins, la fréquentation d'un pensionnat par les parents, le revenu du ménage, la scolarité des parents, la fréquence de la participation à des activités parascolaires (équipes ou cours de sports; groupes ou cours d'art ou de musique; groupes ou cours de chant, tambour ou danse traditionnels), et le temps consacré chaque jour à des activités sédentaires (regarder la télé; travailler à l'ordinateur; lire; et jouer à des jeux vidéo).

RÉSULTATS

De façon générale, une vaste majorité d'enfants des Premières Nations sont rapportés comme s'étant bien entendus avec les autres membres de leur famille, comme ayant moins de troubles affectifs ou comportementaux que les autres garçons et les filles du même âge, et comme ayant de faibles taux d'anxiété, de dépression et de TDA/TDAH (voir Tableau 37.1).

Tableau 37.1. Pourcentage d'enfants ayant eu un diagnostic de trouble affectif ou comportemental

	ERS 2002-03 % [95 % IC]	ERS 2008-10 % [95 % IC]	Population en général
Difficulté à s'entendre avec la famille***	7,2 [6,1, 8,6]	4,9 [4,2, 5,7]	n/d
Troubles affectifs et comportementaux (comparativement aux pairs)***	17,7 [15,2, 20,6]	14,1 [12,7, 15,6]	n/d
Diagnostic d'anxiété ou de dépression	n/d	0,7 [0,5, 0,9]	6,5* (Canada : dépression grave, 15 à 24 ans)
Diagnostic de TDA/TDAH	2,6 [2,3, 3,0]	2,0 [1,6, 2,5]	5,29** (Échelle internationale: enfants et adolescents)

* Statistique Canada

** Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde (2007)

*** enfants âgés de 3 ans et plus

Troubles affectifs et comportementaux, selon le sexe et le groupe d'âge

On n'observe aucun écart entre les sexes en ce qui a trait aux rapports des principaux dispensateurs de soins sur comment leur enfant des Premières Nations s'est entendu avec les autres membres de sa famille et si leur enfant a eu davantage de troubles affectifs ou comportementaux que les autres garçons et filles du même âge. Toutefois, une plus grande proportion de garçons des Premières Nations que de filles a eu un diagnostic d'anxiété ou de dépression ou de TDA/TDAH : anxiété/dépression (0,9 % vs 0,4 %) et TDA/TDAH (2,6 % vs 1,4 %).

La prévalence de certains troubles affectifs et comportementaux semble croître avec l'âge. Les

enfants plus âgés des Premières Nations semblent plus fréquemment avoir des problèmes à s'entendre avec leur famille que les enfants plus jeunes : 3,6 % des enfants âgés de 3 à 5 ans, 4,5 % de ceux âgés de 6 à 8 ans, et 6,7 % de ceux âgés de 9 à 11 ans auraient de tels problèmes (95 % IC [2,5, 5,0], [3,5, 5,7], et [5,3, 8,3], respectivement).

De même, il semble qu'une plus grande proportion d'enfants plus âgés des Premières Nations que d'enfants plus jeunes ont reçu un diagnostic d'anxiété ou de dépression : 1,3 % (95 % IC [0,9, 1,9]) de ceux âgés de 9 à 11 ans ont reçu un diagnostic d'anxiété ou de dépression, tandis que les statistiques pour les enfants âgés de moins de 9 ans ont été supprimées en raison des faibles données.

De plus, une plus grande proportion d'enfants plus âgés a également reçu un diagnostic de TDA/TDAH comparativement aux enfants plus jeunes : ceux âgés de moins de 3 ans (données supprimées), 3 à 5 ans (1,4 %^E), 6 à 8 ans (2,0 %^E), et 9 à 11 ans (3,9 %) (95 % IC [0,9, 2,2], [1,4, 2,9], et [2,8, 5,3], respectivement).

On n'observe aucun écart d'âge en ce qui a trait aux perceptions des principaux dispensateurs de soins relativement aux troubles affectifs et comportementaux de leurs enfants des Premières Nations comparativement à ceux des autres garçons et filles du même âge.

Troubles affectifs et comportementaux, selon différentes caractéristiques

Les enfants qui vivent avec leurs parents biologiques

Une plus faible proportion d'enfants des Premières Nations que des autres garçons et filles du même âge ont des troubles affectifs et comportementaux lorsque leurs principaux dispensateurs de soins sont leurs deux parents biologiques (voir Tableau 37.2).

Tableau 37.2. Proportion d'enfants des Premières Nations qui ont des troubles affectifs et comportementaux, selon les principaux dispensateurs de soins

	Les deux parents biologiques	Un parent biologique	Aucun parent biologique
Difficulté à s'entendre avec la famille	3,4 [2,7, 4,2]	6,4 [5,2, 7,8]	5,6 [3,3, 9,2] ^E
Plus de troubles affectifs & comportementaux	10,6 [9,1, 12,4]	15,7 [13,5, 18,2]	22,7 [17,9, 28,2]
Diagnostic d'anxiété ou de dépression	0,3 [0,2, 0,5] ^E	0,9 [0,6, 1,4] ^E	F
Diagnostic de TDA/TDAH	1,8 [1,3, 2,5] ^E	1,7 [1,2, 2,3]	4,9 [3,3, 7,1] ^E

^E Variabilité élevée de l'échantillonnage. Utiliser les données avec prudence.

F Statistique supprimée en raison de la faible donnée (n < 5) ou de la variabilité élevée de l'échantillonnage (VC > ,333).

Fréquentation d'un pensionnat par les parents

Il a été largement démontré que les Premières Nations souffrent de traumatismes intergénérationnels découlant de l'expérience des pensionnats (Fondation autochtone de guérison, 2004; Bombay, Matheson, & Anisman, 2009). Mais, selon les rapports des principaux dispensateurs de soins dans le cadre de l'ERS 2008-10, les enfants des Premières Nations dont les parents ont fréquenté un pensionnat n'affichent pas plus de troubles affectifs ou comportementaux que les autres garçons et filles du même âge dont les parents n'ont pas fréquenté un pensionnat.

Revenu du ménage

Le revenu du ménage n'est pas associé au fait qu'un enfant reçoive un diagnostic d'anxiété, de dépression ou de TDA/TDAH, ou qu'il s'entende avec sa famille. Mais le revenu du ménage est associé à la perception des principaux dispensateurs de soins quant aux troubles affectifs et comportementaux de leur enfant des Premières Nations (comparativement à leurs pairs). En effet, à mesure que le revenu du ménage augmente, moins de principaux dispensateurs de soins rapportent que leur enfant des Premières Nations a davantage de troubles affectifs et comportementaux que les autres garçons et filles du même âge; par exemple, 9,6 % des principaux dispensateurs de soins dont le revenu annuel du ménage est de 50 000 \$ ou plus rapportent que leur enfant des Premières Nations a davantage de troubles affectifs et comportementaux que les autres

garçons et filles du même âge, comparativement à 22,1 % des principaux dispensateurs de soins dont le revenu annuel du ménage est de 9 999 \$ ou moins.

Plus haut niveau de scolarité des parents

On n'observe aucune association entre la scolarité des parents et le bien-être affectif et les troubles comportementaux des enfants.

Fréquence de la participation à des activités parascolaires

La prévalence des troubles affectifs et comportementaux chez les enfants des Premières Nations ne varie pas selon leur participation à des activités parascolaires (sports, musique et danse traditionnelle) ou à des activités sédentaires chaque jour (regarder la télé, utiliser l'ordinateur, lire, et jouer aux jeux vidéo).

DISCUSSION

Chapitre révèle de faibles taux de troubles affectifs et comportementaux chez les enfants des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations. Peu d'enfants des Premières Nations ont eu un diagnostic d'anxiété, de dépression ou de TDA/TDAH, et seule une minorité d'enfants des Premières Nations sont perçus par leurs principaux dispensateurs de soins comme ayant davantage de problèmes à s'entendre avec leur famille ou davantage de troubles affectifs ou comportementaux que les autres garçons et filles du même âge. On n'observe peu de changements par rapport aux troubles affectifs et comportementaux entre l'ERS 2002-03 et l'ERS 2008-10, à l'exception du fait que les enfants des Premières Nations sont rapportés comme s'entendant bien avec leur famille plus fréquemment dans la dernière enquête.

On observe des facteurs de risque dans le cas des troubles affectifs et comportementaux. Par exemple, les garçons des Premières Nations reçoivent un diagnostic d'anxiété, de dépression ou de TDA/TDAH deux fois plus souvent que les filles. De plus, les enfants des Premières Nations s'entendent mieux avec leur famille, ont moins de troubles affectifs ou comportementaux, et affichent des taux plus faibles d'anxiété, de dépression et de TDA/TDAH lorsque leurs principaux dispensateurs de soins sont leurs deux parents biologiques plutôt que seulement l'un d'eux ou aucun des deux. Finalement, les enfants des Premières Nations dont les parents ont un revenu familial annuel moins élevé ont davantage de troubles affectifs et comportementaux que les enfants du même âge dont les parents ont un revenu familial annuel plus élevé.

Les résultats actuels donnent à penser que le bien-être affectif et comportemental d'un enfant repose en partie sur la stabilité de la famille. Les enfants semblent mieux s'en tirer lorsqu'ils sont élevés par leurs deux parents biologiques et lorsqu'ils s'entendent bien avec les autres membres de leur famille. Malheureusement, les enfants des Premières Nations sont souvent séparés de leurs parents biologiques pour différentes raisons, dont un parent qui quitte le foyer en raison d'une séparation conjugale, de la toxicomanie ou de problèmes juridiques, par exemple, ou un enfant qui est retiré du foyer par les services de protection de l'enfance. Ces résultats laissent croire que tout engagement envers le sain développement des enfants devrait tenir compte des risques affectifs et comportementaux qui surviennent lorsque les enfants sont séparés de leurs parents biologiques.

La présente enquête est tout de même limitée par le fait que la direction du lien entre les variables ne peut être établie en raison de la nature transversale de l'enquête. Bien qu'il semble qu'un foyer stable favorise un plus grand bien-être affectif et comportemental chez les enfants, il est également possible que les enfants ayant un plus grand bien-être affectif soient susceptibles de contribuer à un foyer stable. En raison de cette limitation, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

En outre, bien que des recherches antérieures ont mis de l'avant de nombreux facteurs de risque pour le bien-être affectif et comportemental des enfants, la présente analyse n'a pas permis d'identifier beaucoup de liens. Il est possible que ces associations, comme l'association entre l'activité physique et le bien-être, deviennent plus significatives plus tard au cours du développement.

Une faible minorité de principaux dispensateurs de soins rapportent que leurs enfants des Premières Nations semblent avoir des troubles affectifs ou comportementaux. Ce résultat doit également être interprété avec prudence. Il est fort possible que les réponses des principaux dispensateurs de soins soient biaisées par rapport à la désirabilité sociale; les principaux dispensateurs de soins peuvent se montrer réticents à percevoir que leurs enfants sont « difficiles » ou à rapporter cela à d'autres personnes. Le fait de poser des questions sur des comportements précis plutôt que de demander une opinion générale sur des comportements typiques, tels que des épisodes d'agressivité chez un enfant au cours de la semaine précédente ou des épisodes d'intervention disciplinaire à l'école, pourrait générer des rapports plus précis et moins biaisés sur les troubles affectifs et comportementaux des enfants.

CONCLUSIONS

En résumé, les taux de troubles affectifs et comportementaux sont faibles chez les enfants des Premières Nations. On observe un certain nombre de facteurs de risques : les taux de troubles affectifs et comportementaux sont plus élevés chez les garçons des Premières Nations que chez les filles, et les enfants des Premières Nations qui sont élevés par un seul de leurs parents biologiques ou aucun des deux sont plus susceptibles d'avoir des troubles affectifs et comportementaux que les enfants qui sont élevés par leurs deux parents biologiques. Les résultats semblent donc mettre en évidence l'importance d'une vie familiale stable pour le bien-être affectif et comportemental des enfants des Premières Nations.

RÉFÉRENCES

- Assemblée des Premières Nations. (2006). Report on the 2003 *Canadian Study on Reported Child Abuse and Neglect*.
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2009). Intergenerational trauma: Convergence of multiple processes among First Nations peoples in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, 5(3), 6–47.
- Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2005). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002–03: Results for adults, youth and children living in communautés des Premières Nations*. Ottawa: Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations.
- Fondation de guérison autochtone. (2004). Historic Trauma and Aboriginal Healing. In *Aboriginal Healing Foundation Research Series*. Ottawa: Author.
- Fondation de guérison autochtone. (2008). From truth to reconciliation: Transforming the legacy of residential schools. In *Aboriginal Healing Foundation Research Series*. Ottawa: Author.
- Groupe consultatif sur la prévention du suicide. (2003). *Acting on what we know: Preventing youth suicide in First Nations*. Ottawa: Health Canada.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–48.
- Whitbeck, L. B., McMorris, B. J., Hoyt, D. R., Stubben, J. D., & LaFromboise, T. (2002). Perceived discrimination, traditional practices, and depressive symptoms among American Indians in the Upper Midwest. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(4), 400–18.

Annexe A

Remerciements

Ce rapport a été rédigé sous l'orientation et la direction du conseil d'administration du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) et mis en œuvre par les coordonnateurs régionaux de l'Enquête régionale sur la santé (CR) et l'équipe nationale du CGIPN. De nombreuses personnes ont utilisé leur expertise et se sont engagées envers le succès de ce rapport final.

GOVERNANCE DE L'INFORMATION DES PREMIÈRES NATIONS (CONSEIL D'ADMINISTRATION)

Ceal Tournier, SK, coprésidente du CGIPN
Jon Thompson, APN, coprésident du CGIPN
Tracy Antone, ON
Nancy Gros-Louis-McHugh, QC
Peter Birney, NB
Sally (Sarah) Johnson, NÉ
Lori Duncan, YK
Ialeen Jones, TNO
Kathi Avery Kinew, MB
Treaty 7 Grand Chief Charles Weaslehead (Blood Tribe), AB
C.-B. (vacant)

ANCIENNE MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CGIPN :

Bonnie Healy, AB

COORDONNATEURS RÉGIONAUX DE L'ERS (CR)

Mindy Denny, NÉ
Sarah Rose, NB
Nancy Gros-Louis McHugh, QC
Sarah Perrault, ON
Leona Star, MB
Martin Paul, Josephine Greyeyes, SK
Bonnie Healy, AB

Megan Misovic, CB
Mariah McSwain, TNO
Helen Stappers, YK

ANCIENS COORDONNATEURS RÉGIONAUX DE L'ERS (CR)

Mathieu-Olivier Côté, Marie-Claude Raymond, QC
Donna Loft, ON
Jeff Laplante, Kevin Beardy, MB
Monica Chiefmoon, AB
Heather Morin, David Clellamin, CB
Nigel Johnson, NÉ
Haïke Muller, CB
Wendy Paul, NB

Personnel de l'équipe nationale du CGIPN

Jane Gray, gestionnaire nationale de l'ERS
Gail McDonald, gestionnaire des opérations du CGIPN
Albert Armieri, analyste principal
Fei Xu, analyste de données
Jennifer Thake, analyste de données
Alex Yurkiewich, analyste de données
Lyndsy Gracie, adjointe administrative de l'ERS
Chantal Martin, adjointe administrative du CGIPN

ANCIEN PERSONNEL DU CGIPN

Leah Bartlett
Paula Arriagada
Lita Cameron

Merci aux personnes suivantes qui ont fourni leur aide technique au cours des dernières années.

Anthony Da Rosa - Goss Gilroy Inc.

Krista Yao - Nadjiwan Law Office

Des remerciements particuliers à toutes les personnes qui ont partagé notre vision de cette enquête et ont fourni leur soutien, leur temps et leurs ressources pour contribuer au succès de ce projet :

René Dion, Santé Canada

Valerie Gideon, Santé Canada

Monique Stewart, Santé Canada

Micheal Day Savage, Santé Canada

Esther Usborne, Santé Canada

Luisa Wang, Santé Canada

Cassandra Lei, Santé Canada

Carole Hubbard

Des remerciements particuliers aux personnes ayant contribué au rapport qui ont aidé à l'élaboration de différents chapitres du rapport final. Veuillez consulter l'Annexe B – Personnes ayant contribué au rapport.

Et finalement, notre profonde reconnaissance envers les comités consultatifs régionaux de l'ERS, les personnes ayant collecté les données communautaires (travailleurs de terrain) qui sont trop nombreux pour qu'il soit possible de les nommer mais dont nous n'oublions pas la contribution et l'engagement envers ce processus.

Annexe B

Personnes ayant contribué au rapport

Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations tient à exprimer sa reconnaissance aux personnes suivantes qui ont contribué à l'élaboration du rapport de 37 chapitres par leurs connaissances et leur expertise.

Auteur	Chapitre	Enquête	Numéro
Dr Eric Crighton, Dre Chantelle Richmond, Dre Kathi Wilson, Dr Mark Rosenberg	Données démographiques et migration	Adultes	1
Dr. Fred Wein Dre. Jennifer Thake (CGIPN)	Emploi et revenu	Adult	2
Dre Esther Usborne (Santé Canada)	Éducation et langue	Adultes	3
Andrea Johnston, B.A, Lori Meckelborg, Dre Linda Fischer, Jacqui Lavalley, Jeff D'Hondt, Dre Jennifer Thake (CGIPN)	Logement et conditions de vie	Adultes	4
Fjola Hart Wasekeesikaw, RN MN	Accès aux soins de santé	Adultes	5
Christine Cameron, B.A.	Activité physique et nutrition	Adultes	6
Elisa Levi, MPH, De. Kelly Skinner (candidate au doctorat) et aide du Dr Mark Nord	Nutrition et sécurité alimentaire	Adultes	7
Dre Cheryl Currie, Dr Daniel McKennitt & Dre Jennifer Thake (CGIPN)	Tabagisme, mésusage de substances et jeux de hasard	Adultes	8
Dre. Jennifer Thake (CGIPN) Angeline Letendre, Nicole Eshkagogan	Santé sexuelle	Adultes	9
Dre. Jennifer Thake (CGIPN)	Maladies chroniques	Adultes	10
Anne LeBlanc	Diabète	Adultes	11
Dr. Eric Crighton Dre. Chantelle Richmond, Dre. Kathi Wilson, Dr. Mark Rosenberg	État de santé et qualité de vie	Adultes	12
Dre. Herenia Lawrence	Santé buccodentaire	Adultes	13
Brian Schnarch, B.A., et Kai-Lei Samchuck	Blessures et invalidités	Adultes	14

Nicole Eshkakogan, B.A, M.A, Dr. Lynden Crowshoe, Dre. Jennifer Thake (CGIPN)	Soins préventifs	Adultes	15
Dr Michel Tousignant, Nibisha Sioui (candidate au doctorat), Dre Jennifer Thake (CGIPN)	Bien-être communautaire	Adultes	16
Amy Bombay (candidate au doctorat), Dre. Kim Matheson, Dr. Hymie Anisman, Alex Yurkiewich, M.Sc. (CGIPN), Dre. Jennifer Thake (CGIPN)	Bien-être personnel et sécurité	Adultes	17
Dre. Jennifer Thake (CGIPN) Dre. Marcia Anderson	Culture traditionnelle	Adultes	18
Elizabeth Fast (candidate au doctorat), Dre. Vanda Sinha, Dr. Nico Trocmé	Ménage et cadre de vie	Adolescents	19
Dr. Malcolm King, Maxwell King, Dre. Alexandra Smith, M.D, Alex Yurkiewich, M.Sc. (CGIPN)	Éducation et langue	Adolescents	20
Christine Cameron, B.A.	Activité physique et nutrition	Adolescents	21
Dr. Daniel McKennit, Dre. Cheryl Currie, Dre. Jennifer Thake (CGIPN)	Usage et mésusage de substances	Adolescents	22
Dre. Dawn Martin-Hill, Amber Skye	Santé sexuelle	Adolescents	23
Dre. Jennifer Thake (CGIPN)	Maladies chroniques et état de santé	Adolescents	24
Dre. Herenia Lawrence	Santé buccodentaire	Adolescents	25
Alex Yurkiewich, M.Sc. (CGIPN)	Blessures	Adolescents	26
Dr. Eric Crighton, Dre. Chantelle Richmond, Dre. Kathi Wilson, Dr. Mark Rosenberg	Utilisation des services de santé et soins préventifs	Adolescents	27
Dre. Dawn Martin-Hill	Bien-être communautaire	Adolescents	28
Amy Bombay (candidate au doctorat), Dre Kim Matheson, Dr Hymie Anisman	Bien-être personnel et activités parascolaires	Adolescents	29
Andrea Johnston, B.A. Dre Jennifer Thake (CGIPN)	Ménage et cadre de vie	Enfants	30
Dre. Julie Peters, Dr. Jerry White	Éducation et langue	Enfants	31
Christine Cameron, B.A.	Activité physique et nutrition	Enfants	32
Dre Jennifer Thake (CGIPN)	Maladies chroniques et état de santé	Enfants	33

RAPPORT PHASE 2 DE L'ERS - ANNEXE B

Dre. Herenia Lawrence	Utilisation des soins dentaires, carie du biberon et besoins en traitements	Enfants	34
Alex Yurkiewich, M.Sc. (CGIPN)	Blessures	Enfants	35
Dre. Janet Smylie, Dre. Patricia O'Campo, Dre. Kelly McShane, Dre. Nihaya Daoud, Caitlin Davey	Santé prénatale	Enfants	36
Dre Jennifer Thake (CGIPN)	Problèmes affectifs et comportementaux	Enfants	37

Annexe C

Communautés participantes

Les communautés des Premières Nations suivantes ont participé à l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 :

ALBERTA

Alexander First Nation
Atikameg-Whitefish Lake First Nation
Bigstone Cree Nation
Blood Tribe - Kainai
Dena Tha' First Nation
Driftpile - Cree Nation
Duncan's First Nation
Enoch Cree Nation
Ermineskin - Cree Nation
Kapawe'no First Nation
Louis Bull Tribe
Paul First Nation
Piikani Nation
Samson Cree Nation
Sucker Creek First Nation
Tsuu T'ina Nation

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Adams Lake
Campbell River First Nation
Canim Lake
Cape Mudge Band
Chawathil First Nation
Chehalis Indian Band
Chemainus First Nation
Cowichan Tribes
Fort Nelson First Nation
Gitanyow Band Council
Gitsegukla Band Council
Gitwangak Band Council
Glen Vowell Band
Hagwilget Village Council
Heiltsuk Nation
Hupacasath First Nation
Katzie First Nation
Kispiox First Nation
Kwadacha Band
Lake Babine Nation

Metlakatla Governing Council
Moricetown
Mount Currie Band Council
Nadleh Whut'en Band
Nanoose First Nation
Okanagan Indian Band
Sechelt Indian Band
Sliammon First Nation
Soowahlie Indian Band
Spallumcheen Indian Band
Takla Lake First Nation
Tla-o-qui-aht First Nations
Tsartlip First Nation
Tseshaht First Nation
Ucluelet First Nation
Williams Lake Indian Band

MANITOBA

Barren Lands First Nation
Berens River First Nation
Black River First Nation
Bloodvein First Nation
Brokenhead Ojibway Nation
Ebb and Flow First Nation
Fisher River Cree Nation
Garden Hill First Nation
Keeseekoowenin Ojibway Nation
Kinonjeoshtegon First Nation
Long Plain First Nation
Mathias Colomb First Nation
Misipawistik Cree Nation
Nisichawayasihk Cree Nation
Northlands Denesuline First Nation
Norway House Cree Nation
Opaskwayak Cree Nation
O-Pipon-Na-Piwin Cree Nation
Peguis First Nation
Pinaymootang First Nation
Pine Creek Anishinabe Nation
Roseau River Anishinabe First Nation

Sagkeeng First Nation
Sandy Bay Ojibway First Nation
Sayisi Dene First Nation
Skownan First Nation
Tataskweyak Cree Nation
War Lake First Nation
Waywayseecappo First Nation
Wuskwi Sipihk First Nation

NOUVEAU-BRUNSWICK

Eel Ground First Nation
Elsipogtog (Big Cove) First Nation
Esgenoopetitj (Burnt Church) First Nation
Kingsclear First Nation
Madawaska Maliseet First Nation
Saint Mary's First Nation
Woodstock First Nation

TERRE-NEUVE

Miawpukek

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Aklavik Indian Band
Behchoko First Nation
Deh Gah Gotie Dene Council
Deninu K'ue First Nation
Fort Good Hope
Gwichya Gwich'in Council
Jean Marie River First Nation
K'atlodeeche First Nation
Liidlii Kue First Nation
Lutsel K'e Dene Band
Nahanni Butte
Tetlit Gwich'in Council
Tulita Dene
Wekwee'ti Council
Wha Ti First Nation
Yellowknives Dene First Nation

NOUVELLE-ÉCOSSE

Acadia
Annapolis Valley
Bear River
Chapel Island First Nation
Eskasoni
Glooscap First Nation
Membertou
Millbrook

Paq'tnkek First Nation
Pictou Landing
Shubenacadie
Wagmatcook
Waycobah First Nation

ONTARIO

Aundeck-Omni-Kaning
Batchewana First Nation
Chippewas of Kettle and Stony Point First Nation
Chippewas of the Thames First Nation
Eabametoong First Nation
Eagle Lake
Fort William
Lac La Croix
Mohawks of Akwesasne
Mohawks of the Bay of Quinte
Moose Deer Point
Moravian of the Thames
Oneida Nation of the Thames
Rainy River First Nations
Sagamok Anishnawbek
Six Nations of the Grand River
Temagami First Nation
Thessalon
Wabigoon Lake Ojibway Nation
Wahta Mohawk
Walpole Island
Wasauksing First Nation
Whitefish River
Wikwewikong

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Lennox Island

QUEBEC

Atikamekw d'Opiteciwan
Betsiamites
Conseil de la Première Nation Abitibiwinni
Conseil des Atikamekw de Wemotaci
Eagle Village First Nation-Kipawa
Kitigan Zibi Anishinabeg
La Nation Innu Matimekush-Lac John
Les Atikamekw de Manawan
Listuguj Mi'gmaq Government
Micmacs of Gesgapegiag
Mohawks of Kanesatake
Montagnais de Natashquan

Montagnais de Pakua Shipi
Montagnais de Unamen Shipu
Montagnais du Lac St-Jean
Naskapi of Quebec
Nation Anishnabe du Lac Simon
Nation Huronne Wendat
Odanak
Timiskaming First Nation
Innu Takuaikan Uashat Mak Mani-Utenam
Innu Essipit

SASKATCHEWAN

Big River First Nation
Birch Narrows Dene Nation
Canoe Lake Cree First Nation
Clearwater River Dene Nation
Cowessess First Nation
Day Star First Nation
Fishing Lake First Nation
Flying Dust First Nation
George Gordon First Nation
Hatchet Lake Denesuline Nation
Island Lake First Nation
James Smith Cree Nation
Kahkewistahaw First Nation
Keeseekoose First Nation
Key First Nation
Kinistin First Nation
Lac La Ronge Indian Band
Little Pine First Nation
Mistawasis First Nation
Mosquito Grizzly Bear's First Nation
Muscowpetung First Nation
Muskeg Cree Nation
Muskoday First Nation
Muskowekwan First Nation
One Arrow First Nation
Onion Lake First Nation
Poundmaker First Nation
Red Earth Cree First Nation
Red Pheasant First Nation
Saulteaux First Nation
Sturgeon Lake First Nation
Sweetgrass First Nation
Thunderchild First Nation
White Bear First Nation
Yellow Quill

YUKON

Champagne and Aishihik First Nations
Carcross/Tagish First Nation
First Nation of Na-cho Nyak Dün
Kluane First Nation
Kwanlin Dun First Nation
Liard First Nation
Little Salmon/Carmacks First Nation
Ross River Dena Council
Selkirk First Nation
Ta'an Kwäch'än Council
Teslin Tlingit Council
Tr'ondëk Hwëch'in
Vuntut Gwitchin First Nation
White River First Nation

**L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA
SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS
(ERS) 2008/10**



Notre voix, notre enquête, notre avenir



Préparé par
Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations



FNIGC | CGIPN

First Nations Information Governance Centre
Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

WWW.FNIGC.CA