

Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec **2002**



Rapport des Premières Nations
vivant dans les communautés





**COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR**
**FIRST NATION OF QUEBEC AND LABRADOR
HEALTH AND SOCIAL SERVICES COMMISSION**

CSSSPNQL/FNQLHSSC 250, Place Chef Michel-Laveau, Wendake (Québec) G0A 4V0
Téléphone/Telephone: (418) 842-1540 Télécopieur/Fax: (418) 842-7045
www.cssspnql.com

© 2006

Tous droits réservés. Aucune reproduction, intégrale ou partielle, du présent document ne peut être effectuée sans l'accord préalable et écrit de la CSSSPNQL.

Illustrateur : Martin Aubry

Impression : Les Copies de la Capitale inc.

Le présent document a été imprimé sur du papier 100% recyclé. Il est aussi disponible en anglais sur le site web de la CSSSPNQL (www.cssspnql.com).

ISBN 0-9781634-4-3



Préface

L'équipe de recherche de la CSSSPNQL est très heureuse de vous présenter le rapport sur les membres des Premières Nations vivant dans les communautés de *l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002*.

La planification de la deuxième vague de cette enquête a pris son envol en 2000 dans l'ensemble des 10 provinces du Canada. C'est finalement en 2002, après plusieurs années de planification et de négociation sur la question du financement que la deuxième cueillette d'information s'est concrétisée. Dans la région du Québec, vingt-trois (23) communautés ont pris part à cette enquête en plus de trois régions urbaines (Montréal, Québec et Val-d'Or). Au total, plus de 4 000 entrevues ont été réalisées. Cette enquête visait les enfants, les adolescents et les adultes.

Depuis la conclusion de la cueillette d'information en 2003, l'équipe de recherche au sein de la CSSSPNQL travaille à la réalisation des différents rapports. Trois années pleines de défis et d'expériences enrichissantes se sont écoulées entre la fin de la cueillette d'information dans les communautés de la région du Québec et la publication de ce rapport régional.

Trois rapports résultent de ce projet de recherche. Le premier rapport se concentre sur la santé et le mieux-être des membres des Premières Nations qui vivent dans les communautés. Le deuxième se concentre sur la santé et le mieux-être des individus des Premières Nations qui vivent hors communauté en milieu urbain et, finalement, le troisième fait état de la situation du tabagisme chez les Premières Nations.

La CSSSPNQL se réjouit de l'intérêt et de l'enthousiasme manifestés par les membres des communautés. En effet, la CSSSPNQL a obtenu un taux de participation de 85,5% de la population visée, ce qui est excellent! Ce succès s'explique en partie par le fait que cette enquête est unique en son genre puisqu'elle est réalisée entièrement par les Premières Nations et qu'elle adopte une approche holistique qui tient compte de plusieurs déterminants de la santé.

Cette enquête est aussi longitudinale, c'est-à-dire qu'elle sera menée périodiquement à quelques années d'intervalles en vue de relever les changements qui touchent la santé et le mieux-être des membres des Premières Nations participants, et ce, sur une période déterminée.

Suite à cette expérience, la CSSSPNQL souhaite fortement que la deuxième vague de cette enquête unique amorçe une nouvelle ère sur le plan de la recherche communautaire chez les Premières Nations. Elle constitue un modèle de prise en charge de la recherche par les Premières Nations. Les rapports qui en découlent témoignent aussi de données validées scientifiquement et culturellement.

En outre, ce rapport régional est une source d'information précieuse qui servira à mieux comprendre l'état de santé global des membres des Premières Nations de la région du Québec, ainsi qu'à identifier les priorités sur lesquelles tabler dans les mois et années à venir pour améliorer la santé et le mieux-être des individus, des familles, des communautés et des Nations.

Ce rapport brosse le portrait de santé de 2002 des membres des Premières Nations. La CSSSPNQL estime qu'une réflexion plus approfondie intégrant une approche culturelle sur l'ensemble des résultats présentés dans ce rapport est nécessaire pour bien cerner et orienter les actions à prendre dans le futur. La CSSSPNQL suggère ainsi aux responsables et aux décideurs des ordres régional et communautaire d'effectuer cet exercice et d'approfondir l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport. Ce rapport n'est pas une fin en soi, mais plutôt un outil reflétant la situation en ce qui concerne la santé et le mieux-être de nos frères et sœurs des Premières Nations de la région du Québec (excluant les Cris et les Inuit).

Bonne lecture.

Remerciements

La CSSSPNQL aimerait remercier tous les Chefs, au nom de leur communauté, qui ont accepté l'invitation de participer à cette enquête. Nous aimerions aussi remercier spécialement les Directeurs à la santé de ces communautés qui ont relevé le défi, qui nous ont fait confiance et, finalement, qui ont collaboré avec nous tout au long de ce processus. Un remerciement également aux responsables des établissements de santé qui ont ouvert leurs portes pour nous accueillir pendant la cueillette d'information.

Nous remercions également tous les intervieweurs de l'enquête, nos ambassadeurs, qui ont joué un rôle de premier plan dans cette étude tout comme les membres des communautés qui ont accepté de donner de leur temps pour participer à l'enquête.

Un merci tout spécial aux membres du Comité de recherche régional des Premières Nations du Québec qui ont prodigué conseils et orientations tout au long de l'évolution du projet.

Merci aux organismes des Premières Nations et au Centre d'amitié autochtone de la région du Québec qui ont collaboré à la démarche et à la réalisation de cette enquête.

Nous désirons également remercier les membres de l'équipe de recherche du Centre des Premières Nations rattaché à l'Organisation Nationale de la Santé des Autochtones (ONSA) au plan national qui nous ont accompagné dans nos démarches régionales et qui ont accepté de partager leurs connaissances avec l'équipe de recherche de la CSSSPNQL.

Merci aux employés et à l'équipe de recherche de la CSSSPNQL pour leur soutien et le partage de leurs connaissances qui ont mené à la réalisation de ce projet d'envergure.

Enfin, megwetch, pour le soutien, la confiance et la compréhension manifestés tout au long de ce projet.

Nancy Gros-Louis McHugh
Coordonnatrice technique à la recherche



Table des matières

Section 1: Introduction	1
1.1 Objectifs de l'enquête	3
1.2 Principes de Propriété, Contrôle, Accès et Possession (PCAP)	4
1.3 Méthodologie.....	5
1.3.1 Population totale.....	5
1.3.2 Population désignée	5
1.3.3 Échantillon désigné.....	5
1.3.4 Échantillon par grappes.....	6
1.3.5 Échantillon stratifié	7
1.3.6 Échantillon final.....	8
1.4 Cueillette des données	8
1.4.1 Sélection et formation des intervieweurs.....	8
1.4.2 Outils de saisie, de traitement et d'analyse de l'information	9
1.4.3 Session d'interprétation par des tiers.....	9
1.5 Limites de la recherche	12
1.5.1 Échantillonnage	12
1.5.2 Collecte de données	13
1.5.3 Analyse des données et rédaction des rapports.....	14
1.6 Notes importantes à l'intention du lecteur.....	14
Section 2: La santé des enfants (0 à 6 ans).....	17
2.1 Faits saillants.....	19
2.1.1 Caractéristiques sociales.....	19
2.1.2 État de santé.....	19
2.1.3 Habitudes de vie	20
2.2 Profil démographique.....	21
2.2.1 Âge, sexe et lieu de résidence	21
2.2.2 Renseignements sur le ménage	22
2.2.3 Langues des Premières Nations et culture traditionnelle	25
2.2.4 Éducation	29
2.3 État de santé	30
2.3.1 État de santé général.....	30
2.3.2 Problèmes médicaux des enfants.....	33
2.3.3 Soins dentaires	35
2.4 Habitudes de vie.....	37
2.4.1 Alimentation.....	37
2.4.2 Activités physiques et activités sédentaires	43
2.4.3 Bien-être émotionnel et social.....	47
2.4.4 Pensionnats autochtones	51
2.4.5 Dispositions relatives aux services de garde	51
2.5 Conclusion : La santé des enfants (0 à 11 ans)	53
2.5.1 Profil démographique	53
2.5.2 État de santé et habitudes de vie	53
2.5.3 Bien-être émotionnel et social.....	54
Section 3: La santé des adolescents (12 à 17 ans).....	55
3.1 Faits saillants.....	57
3.1.1 Caractéristiques sociales.....	57
3.1.2 État de santé.....	57

3.1.3	Habitudes de vie	58
3.2	Profil démographique	60
3.2.1	Âge, sexe et lieu de résidence	60
3.2.2	Renseignements sur le ménage	60
3.2.3	Langues des Premières Nations et culture traditionnelle	60
3.2.4	Éducation	62
3.3	État de santé.....	64
3.3.1	État de santé général.....	64
3.3.2	Poids, embonpoint et obésité.....	65
3.3.3	Blessures physiques.....	66
3.3.4	Utilisation des services de santé	66
3.3.5	Soins dentaires	67
3.4	Habitudes de vie	68
3.4.1	Alimentation.....	68
3.4.2	Activités physiques et activités sédentaires	69
3.4.3	Style de vie	73
3.4.4	Bien-être personnel et social.....	77
3.5	Conclusion de la section des adolescents (12 à 17 ans).....	86
3.5.1	État de santé et habitudes de vie	86
3.5.2	Style de vie	87
3.5.3	Bien-être personnel et social.....	87
Section 4: La santé des adultes (18 et plus)		89
4.1	Faits saillants	91
4.1.1	Caractéristiques sociales.....	91
4.1.2	État de santé.....	92
4.1.3	Habitudes de vie	92
4.1.4	Bien-être personnel et social :.....	94
4.1.5	Bien-être communautaire et culture traditionnelle	95
4.2	Profil démographique	97
4.2.1	Âge, sexe et lieu de résidence	97
4.2.2	Langues des Premières Nations et culture traditionnelle	99
4.2.3	Éducation	104
4.2.4	Emploi et revenu	105
4.2.5	Renseignements sur le ménage	107
4.2.6	Logement	109
4.3	État de santé.....	112
4.3.1	État de santé général.....	112
4.3.2	Blessures physiques.....	123
4.3.3	Invalidité et limitation des activités.....	124
4.3.4	Soins à domicile	125
4.3.5	Accès aux services de santé	125
4.3.6	Soins dentaires	128
4.3.7	Santé des femmes	132
4.4	Habitudes de vie	136
4.4.1	Alimentation.....	136
4.4.2	Activités physiques.....	139
4.4.3	Style de vie	141
4.4.4	Soins de santé préventifs	147
4.4.5	Pensionnats autochtones	148
4.4.6	Bien-être personnel et social.....	150
4.4.7	Bien-être communautaire et culture traditionnelle	168
4.4.8	Moyens de transport.....	177
4.5	Conclusion de la section des adultes (18 ans et plus)	181



4.5.1	Profil démographique	181
4.5.2	État de santé et habitudes de vie	182
4.5.3	Style de vie	182
4.5.4	Bien-être personnel et communautaire	182
Section 5: La santé des aînés (55 ans et plus)		185
5.1	Faits saillants.....	187
5.1.1	Caractéristiques sociales	187
5.1.2	État de santé	187
5.1.3	Habitudes de vie	188
5.1.4	Bien-être personnes et social	188
5.1.5	Bien-être communautaire et culture traditionnelle	188
5.2	Profil démographique	189
5.3	État de santé	189
5.3.1	Blessures physiques.....	190
5.3.2	Limitations des activités et soins à domicile	190
5.3.3	Accessibilité aux services de santé et soins dentaires.....	191
5.4	Habitudes de vie.....	192
5.4.1	Alimentation	192
5.4.2	Activités physiques.....	193
5.4.3	Style de vie	194
5.4.4	Soins de santé préventifs	195
5.4.5	Pensionnats autochtones	196
5.4.6	Bien-être personnel et social.....	196
5.4.7	Bien-être communautaire et culture traditionnelle	198
5.5	Conclusion de la section des aînés (55 ans et plus)	200
Section 6: Recommandations.....		201
6.1	Recommandations générales	203
6.2	Profil démographique.....	203
6.3	État de santé	204
6.4	Habitudes de vie.....	205
Bibliographie		210
Personnel impliqué dans l'ERLSPN de la région du Québec.....		212



Liste des graphiques

Introduction	3
Graphique 1: Évolution longitudinale de l'ERLSPN	3
La santé des enfants (0 à 6 ans)	19
Graphique 2: Âge des enfants.....	21
Graphique 3: Répartition des enfants par zone géographique.....	21
Graphique 4: Répartition des enfants selon la taille de la communauté	22
Graphique 5: Nombre de mineurs par ménage (0 à 17 ans)	22
Graphique 6: Nombre de mineurs à la maison, par groupe d'âge	22
Graphique 7: Nombre d'adultes dans le ménage	23
Graphique 8: Proportions d'enfants vivant dans un ménage comptant deux adultes, par nation	23
Graphique 9: Nombre de pièces dans la maison	24
Graphique 10: Proportions des ménages avec enfants en fonction du revenu annuel (exprimé en milliers de dollars)	24
Graphique 11: Niveau de scolarité des parents ou tuteurs.....	25
Graphique 12: Degré d'importance accordé par les parents ou tuteurs à l'apprentissage d'une langue des Premières Nations par l'enfant	26
Graphique 13: Degré d'importance des événements culturels traditionnels dans la vie de l'enfant.....	27
Graphique 14: Degré d'importance des événements culturels traditionnels dans la vie de l'enfant, par nation.....	27
Graphique 15: Personnes qui aident les enfants à comprendre la culture traditionnelle.....	28
Graphique 16: Proportions d'enfants fréquentant ou ayant fréquenté l'école ou le Programme d'aide préscolaire des Premières Nations (PAPPN), par nation.....	29
Graphique 17: Proportions de parents ou de tuteurs ayant un domicile sans fumée, par zone géographique	30
Graphique 18: Proportions de répondants affirmant qu'au moins un autre membre du ménage fumait durant la grossesse de la mère, par zone géographique	30
Graphique 19: Proportions d'enfants de poids normal ou souffrant d'obésité, par nation.....	31
Graphique 20: Proportions d'enfants allaités ou ayant été allaités, par zone géographique.....	32
Graphique 21: Proportions d'enfants ayant été allaités selon le niveau de scolarité de la mère	32
Graphique 22: Proportions d'enfants atteints de problèmes médicaux, par nation (selon les parents ou tuteurs).....	33
Graphique 23: Occurrence de blessures physiques chez les enfants (12 mois précédant l'enquête).....	34
Graphique 24: Proportions de parents ou de tuteurs ayant rencontré un ou plusieurs obstacles dans l'accès aux soins de santé pour l'enfant, par zone géographique	35
Graphique 25: Proportions d'enfants nécessitant des soins dentaires, par nation.....	36
Graphique 26: Proportions d'enfants ayant eu la carie du biberon	36
Graphique 27: Proportions d'enfants consommant divers aliments vides quelques fois par semaine, selon la nation.....	38
Graphique 28: Perceptions des parents ou tuteurs sur l'équilibre et la valeur nutritive du régime alimentaire de l'enfant, par nation.....	38
Graphique 29: Fréquences de consommation de gros gibier, par nation	40
Graphique 30: Fréquences de consommation de gibier à plumes, par nation	40
Graphique 31: Fréquences de consommation de poisson d'eau douce, par nation	41
Graphique 32: Fréquences de consommation de baies ou autres fruits sauvages, par nation.....	41
Graphique 33: Fréquences de consommation de bannique, par nation	42
Graphique 34: Fréquences du partage des aliments traditionnels, par nation	43

Graphique 35:	Fréquences de participation des enfants à des activités physiques (en dehors des heures de classe).....	44
Graphique 36:	Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à regarder la télévision	46
Graphique 37:	Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à jouer à des jeux vidéo	46
Graphique 38:	Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à utiliser un ordinateur.....	47
Graphique 39:	Proportions d'enfants utilisant un ordinateur 2 heures et moins par jour, par nation.....	47
Graphique 40:	Proportions d'enfants participant à des activités en dehors des heures de classe, par nation (6 mois précédant l'enquête).....	48
Graphique 41:	Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à jouer à l'extérieur.....	48
Graphique 42:	Nombre d'heures consacrées hebdomadairement aux travaux ménagers.....	49
Graphique 43:	Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à la lecture	49
Graphique 44:	Fréquences de la pratique de la lecture, par nation	49
Graphique 45:	Perceptions des parents ou tuteurs sur les relations de l'enfant avec la famille (6 mois précédant l'enquête).....	50
Graphique 46:	Proportions de parents ou tuteurs estimant que l'enfant a de bonnes ou très bonnes relations avec la famille, par nation (6 mois précédant l'enquête).....	50
Graphique 47:	Proportions d'enfants qui se font garder lorsque les parents/tuteurs sont au travail ou à l'école, par nation.....	52
Graphique 48:	Proportions d'enfants qui fréquentent la garderie selon le niveau de scolarité de la mère ou de la tutrice	52
Graphique 49:	Proportions d'enfants qui fréquentent la garderie selon le revenu du ménage (en milliers de dollars)	53

La santé des adolescents (12 à 17 ans)..... 57

Graphique 50:	Répartition des adolescents par zone géographique	60
Graphique 51:	Degré d'importance accordé au fait de parler une langue des Premières Nations.....	61
Graphique 52:	Degré d'importance accordé à la capacité de parler une ou plusieurs langues des Premières Nations, par zone géographique	61
Graphique 53:	Proportions d'adolescents considérant les événements culturels très importants, par zone géographique	62
Graphique 54:	Degré d'appréciation des adolescents de l'école	62
Graphique 55:	Proportions d'adolescents qui reçoivent des encouragements pour la poursuite de leurs études de la part de diverses personnes.....	63
Graphique 56:	Principales professions visées par les adolescents.....	64
Graphique 57:	Proportions d'adolescents ayant ou non des problèmes médicaux	64
Graphique 58:	Répartition des adolescents selon les catégories de l'indice de masse corporelle (IMC)	65
Graphique 59:	Proportions d'adolescents selon les catégories de l'indice de masse corporelle (IMC), par zone géographique	66
Graphique 60:	Degré de l'équilibre du régime alimentaire des adolescents	68
Graphique 61:	Fréquence de la pratique d'activités physiques.....	70
Graphique 62:	Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à la pratique d'une ou de plusieurs activités physiques accélérant généralement le rythme cardiovasculaire.....	70
Graphique 63:	Fréquence de la pratique d'activités physiques selon le sexe	70
Graphique 64:	Nombre d'heures consacrées quotidiennement à regarder la télévision.....	71
Graphique 65:	Consommation de divers aliments vides chez les adolescents qui regardent la télévision de 3 à 5 heures par jour	72
Graphique 66:	Nombre d'heures consacrées quotidiennement aux jeux vidéo	72
Graphique 67:	Nombre d'heures consacrées quotidiennement à l'ordinateur	72
Graphique 68:	Âge du début de la consommation du tabac chez les adolescents.....	73



Graphique 69:	Nombre de tentatives pour cesser de fumer chez les adolescents fumeurs (12 mois précédant l'enquête)	73
Graphique 70:	Fréquences de consommation de 5 verres d'alcool ou plus lors d'une seule occasion (12 mois précédant l'enquête).....	74
Graphique 71:	Drogues consommées, parmi les adolescents consommateurs (12 mois précédant l'enquête).....	75
Graphique 72:	Fréquence de la consommation chez les consommateurs de marijuana.....	75
Graphique 73:	Raisons pour utiliser des moyens de contraception chez les adolescents	76
Graphique 74:	Participation des adolescents à un programme ou une équipe de sport (en dehors des heures de classe)	77
Graphique 75:	Nombre d'heures consacrées quotidiennement aux activités extérieures.....	78
Graphique 76:	Nombre d'heures consacrées quotidiennement aux travaux ménagers	78
Graphique 77:	Niveau global d'équilibre physique, émotionnel, mental et spirituel des adolescents.....	79
Graphique 78:	Niveau d'équilibre individuel, selon quatre dimensions du bien-être	79
Graphique 79:	Proportions d'adolescents fortement en accord avec trois énoncés concernant l'estime personnelle, par sexe	80
Graphique 80:	Perceptions du degré auquel les adolescents se sentent aimés	81
Graphique 81:	Perceptions du degré auquel les adolescents se sentent stressés	82
Graphique 82:	Proportions d'adolescents affirmant avoir toujours accès à un confident, par zone géographique	83
Graphique 83:	Proportions d'adolescents affirmant avoir toujours accès à quelqu'un avec qui passer du bon temps, par zone géographique	84
Graphique 84:	Proportions d'adolescents dont un ou deux parents ont déjà fréquenté un pensionnat, par groupe d'âge	85
Graphique 85:	Proportions d'adolescents dont un ou plusieurs grands-parents ont déjà fréquenté un pensionnat, par groupe d'âge	85
Graphique 86:	Proportions d'adolescents dont un ou plusieurs parents ou grands-parents ont fréquenté un pensionnat, par zone géographique	86
La santé des adultes (18 ans et plus)		91
Graphique 87:	Âge des adultes.....	97
Graphique 88:	Proportions d'adultes par groupe d'âge, par nation	97
Graphique 89:	Proportions d'adultes ayant participé à l'enquête selon la taille de la communauté.....	98
Graphique 90:	Proportions d'adultes selon la zone géographique.....	98
Graphique 91:	Statut civil	99
Graphique 92:	Langue la plus souvent utilisée.....	99
Graphique 93:	Proportions d'adultes utilisant le plus souvent une langue des Premières Nations par zone géographique	100
Graphique 94:	Langue la plus souvent utilisée, par nation.....	101
Graphique 95:	Perceptions du degré d'importance des événements culturels et traditionnels, de la spiritualité traditionnelle et de la religion.....	102
Graphique 96:	Proportions d'adultes considérant la spiritualité et la religion très importantes selon la fréquentation d'un pensionnat autochtone.....	102
Graphique 97:	Proportions d'adultes considérant les événements culturels traditionnels, la spiritualité et la religion très importants, par zone géographique	103
Graphique 98:	Proportions d'adultes considérant les événements culturels traditionnels, la spiritualité et la religion très importants, par nation	103
Graphique 99:	Proportions d'adultes considérant les événements culturels traditionnels, la spiritualité et la religion très importants selon la langue la plus utilisée.....	104
Graphique 100:	Niveau de scolarité des adultes	104
Graphique 101:	Proportions d'adultes selon le niveau de scolarité, par groupe d'âge	105
Graphique 102:	Sources de revenu, par groupe d'âge	106

Graphique 103: Revenu annuel individuel (exprimé en milliers de dollars) (2001)	107
Graphique 104: Répartition du nombre d'enfants (0-17 ans) par ménage	107
Graphique 105: Répartition du nombre d'adultes par ménage	108
Graphique 106: Nombre moyen de mineurs (0 à 17 ans) et d'adultes dans le ménage, par nation.....	108
Graphique 107: Revenu annuel du ménage (exprimé en milliers de dollars) (2001)	109
Graphique 108: Nombre moyen de mineurs (0 à 17 ans) et d'adultes (18 ans et plus) à la maison selon le revenu du ménage (exprimé en milliers de dollars) (2001).....	109
Graphique 109: Statut du logement par nation.....	109
Graphique 110: Ménages n'ayant pas accès à certains biens et services, par nation	110
Graphique 111: Proportions d'adultes déclarant divers problèmes médicaux.....	112
Graphique 112: Proportions d'adultes atteints de problèmes cardiovasculaires, par groupe d'âge	116
Graphique 113: Proportions d'adultes atteints de problèmes cardiovasculaires selon leur catégorie de l'Indice de masse corporelle (IMC).....	116
Graphique 114: Proportions d'adultes atteints de problèmes cardiovasculaires, par nation	117
Graphique 115: Proportions d'adultes atteint du diabète, par sexe	117
Graphique 116: Proportions d'adultes atteints du diabète selon les catégories de l'indice de masse corporelle (IMC).....	118
Graphique 117: Proportions d'adultes atteints du diabète selon l'occupation.....	119
Graphique 118: Proportions d'adultes souffrant d'allergies selon le groupe d'âge.....	120
Graphique 119: Proportions d'adultes ayant fait l'usage de divers médicaments non prescrits (6 mois précédant l'enquête).....	121
Graphique 120: Proportions d'adultes ayant utilisé certains médicaments selon l'état de santé déclaré (6 mois précédant l'enquête).....	123
Graphique 121: Proportions d'adultes ayant rencontré divers problèmes parmi les adultes qui ont eu de la difficulté à accéder à la médecine traditionnelle	126
Graphique 122: Proportions d'adultes ayant rencontré un ou plusieurs obstacles pour recevoir des soins dentaires, par nation	130
Graphique 123: Proportions d'adultes nécessitant un plombage ou une restauration selon la fréquence de consommation de boissons gazeuses.....	131
Graphique 124: Proportions de femmes ayant déjà donné naissance à un enfant, par nation.....	132
Graphique 125: Perceptions des femmes au sujet du SAF et des EAF, par nation	133
Graphique 126: Proportions de femmes n'ayant jamais passé certains examens médicaux, par nation.....	135
Graphique 127: Proportions d'adultes consommant divers aliments vides plusieurs fois par semaine selon le groupe d'âge	137
Graphique 128: Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à des activités physiques qui accélèrent généralement la fréquence cardiaque ou le rythme respiratoire	140
Graphique 129: Proportions de fumeurs par zone géographique	143
Graphique 130: Fréquences de consommation de 5 verres d'alcool ou plus lors de la même occasion (12 mois précédant l'enquête).....	144
Graphique 131: Fréquences de consommation de 5 verres d'alcool ou plus lors de la même occasion selon le sexe (12 mois précédant l'enquête).....	144
Graphique 132: Proportions d'adultes ayant consommé de la drogue et/ou des substances volatiles, par sexe (12 mois précédant l'enquête).....	145
Graphique 133: Proportions d'adultes ayant consommé de la drogue et/ou des substances volatiles, par groupe d'âge (12 mois précédant l'enquête).....	145
Graphique 134: Proportions d'adultes ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles, par sexe (12 mois précédant l'enquête)	146
Graphique 135: Proportions d'adultes ayant subi un test de dépistage du VIH, par sexe.....	147
Graphique 136: Perceptions des adultes sur le degré d'équilibre dans leur vie	151
Graphique 137: Fréquence de l'atteinte de diverses dimensions de l'équilibre	151



Graphique 138: Proportions d'adultes se sentant toujours équilibrés selon 4 dimensions de l'équilibre, par sexe	152
Graphique 139: Proportions d'adultes se sentant équilibrés la plupart du temps selon 4 dimensions de l'équilibre, par zone géographique.....	152
Graphique 140: Proportions d'adultes se sentant toujours équilibrés, selon la langue principalement utilisée.....	153
Graphique 141: Proportions d'adultes en accord ou fortement en accord avec diverses propositions relatives au degré de contrôle des adultes sur leur vie selon le niveau de scolarité	156
Graphique 142: Proportions d'adultes ayant répondu être fortement en accord ou en accord avec l'énoncé « Je me sens souvent démun(e) devant les problèmes de la vie », par zone géographique	157
Graphique 143: Proportions d'adultes ayant affirmé connaître quelqu'un dans leur famille qui a eu un problème majeur ou mineur lié à l'alcoolisme, par sexe	159
Graphique 144: Disponibilité des différentes sources de soutien selon la taille de la communauté	160
Graphique 145: Proportions d'adultes disant avoir toujours accès au soutien d'une ou de plusieurs personnes dans diverses situations, par nation.....	161
Graphique 146: Proportions d'adultes ayant déjà pensé au suicide ou tenté de se suicider au cours de leur vie selon le groupe d'âge	161
Graphique 147: Proportions d'adultes ayant déjà pensé au suicide ou tenté de se suicider, par zone géographique	162
Graphique 148: Proportions d'adultes ayant eu une expérience relative au suicide, par nation....	162
Graphique 149: Proportions d'adultes ayant été victimes de racisme, par groupe d'âge	163
Graphique 150: Proportions d'adultes ayant été victimes de racisme, par nation	164
Graphique 151: Proportions d'adultes ayant participé à des jeux de hasard où le joueur a perdu plus d'argent qu'il ne pouvait se le permettre, par sexe	164
Graphique 152: Proportions d'adultes s'étant sentis déprimés durant 2 semaines ou plus, par nation (12 mois précédant l'enquête).....	165
Graphique 153: Agents de support auxquels se sont confiés les adultes au sujet de leur santé mentale ou émotionnelle selon le sexe (12 mois précédant l'enquête)	166
Graphique 154: Proportions d'adultes ayant parlé de leur santé émotionnelle ou mentale à un ami ou un membre de la famille immédiate selon la taille de la communauté (12 mois précédant l'enquête).....	167
Graphique 155: Proportions d'adultes ayant perçu divers progrès dans leur communauté, par zone géographique	170
Graphique 156: Proportions d'adultes ayant perçu divers progrès dans leur communauté selon la taille de la communauté	170
Graphique 157: Proportions d'adultes ayant perçu divers progrès dans leur communauté selon le niveau de scolarité.....	171
Graphique 158: Perceptions des individus concernant la réduction des abus d'alcool et de drogues dans leur communauté (12 mois précédant l'enquête).....	172
Graphique 159: Proportions d'adultes estimant qu'il y a eu certains progrès quant à la disponibilité des professionnels de la santé, par nation (12 mois précédant l'enquête).....	174
Graphique 160: Proportions d'adultes estimant qu'il y a eu certains progrès quant à la sensibilisation culturelle dans les écoles selon le groupe d'âge (12 mois précédant l'enquête).....	174
Graphique 161: Proportions d'adultes estimant qu'il y a eu certains progrès quant à l'accès à l'éducation et à la formation selon le groupe d'âge (12 mois précédant l'enquête).....	175
Graphique 162: Proportions d'adultes ayant observé certains progrès dans leur communauté au sujet de la sensibilisation culturelle dans les écoles et l'accès à l'éducation et à la formation, par zone géographique	175



Graphique 163: Perceptions des progrès communautaires concernant la qualité des logements (12 mois précédant l'enquête)	176
Graphique 164: Perceptions du progrès communautaire concernant les aqueducs et les égouts (12 mois précédant l'enquête)	176
Graphique 165: Proportions d'adultes ayant obtenu la permission des autorités communautaires de circuler en VTT ou motoneige sur les routes de la communauté, par nation	178
Graphique 166: Proportions d'utilisateurs de VTT, motoneige et bateau / canot, par zone géographique.....	178
Graphique 167: Fréquences d'utilisation d'un VTT pendant la saison	179
Graphique 168: Fréquences d'utilisation d'une motoneige pendant la saison	179
Graphique 169: Fréquence du port du gilet de sauvetage en embarcation parmi les adultes circulant en embarcation	180
Graphique 170: Fréquences d'utilisation d'une embarcation durant la saison	180
Graphique 171: Proportions d'adultes circulant en bateau ou en canot, par nation.....	181
La santé des aînés (55 ans et plus)	187
Graphique 172: Proportions d'aînés ayant subi des blessures (12 mois précédant l'enquête)	190
Graphique 173: Proportions d'aînés estimant recevoir les soins à domicile dont ils ont besoin.....	191
Graphique 174: Tabagisme chez les aînés.....	194
Graphique 175: Proportions d'aînés affirmant avoir consommé de l'alcool (12 mois précédant l'enquête).....	194
Graphique 176: Fréquences de consommation d'alcool des aînés parmi ceux qui ont déclaré en avoir consommé (12 mois précédant l'enquête)	195
Graphique 177: Proportions d'aînés considérant très importants les événements culturels traditionnels, la spiritualité traditionnelle et la religion	196
Graphique 178: Proportions d'aînés s'étant sentis déprimés pendant deux semaines ou plus (12 mois précédant l'enquête).....	197
Graphique 179: Proportions d'aînés estimant qu'il n'y a eu aucun progrès communautaire dans divers domaines (12 mois précédant l'enquête)	199



Liste des tableaux

Introduction	3
Tableau 1: Sélection des communautés participantes	6
La santé des enfants (0 à 6 ans)	19
Tableau 2: Nombre de pièces dans la maison selon le nombre de mineurs (0-17 ans).....	24
Tableau 3: Niveau de scolarité des parents/tuteurs selon la taille de la communauté.....	25
Tableau 4: Proportions d'enfants capables de comprendre ou de parler une langue des Premières Nations avec aisance ou assez bien, par nation	26
Tableau 5: Personnes qui aident les enfants à comprendre leur culture, par nation	28
Tableau 6: Proportions de parents ou de tuteurs considérant très importants les événements culturels et traditionnels et la capacité de parler une langue des Premières Nations selon la taille de la communauté	29
Tableau 7: Répartition des enfants de 2 ans et plus selon les catégories de l'indice de masse corporelle (IMC)	31
Tableau 8: Obstacles rencontrés par les parents ou tuteurs dans l'accès aux services de santé pour l'enfant	35
Tableau 9: Fréquences de consommation d'aliments vides par les enfants	37
Tableau 10: Fréquences de consommation d'aliments traditionnels des enfants (12 mois précédant l'enquête).....	39
Tableau 11: Proportions d'enfants participant à des activités physiques selon le sexe et le groupe d'âge (12 mois précédant l'enquête).....	44
La santé des adolescents (12 à 17 ans)	57
Tableau 12: Proportions d'adolescents qui reçoivent des encouragements de diverses personnes pour poursuivre leurs études, par groupe d'âge.....	63
Tableau 13: Causes évoquées pour justifier le fait d'être en très bonne ou en excellente santé	65
Tableau 14: Types de blessures physiques subies par les adolescents (12 mois précédant l'enquête).....	66
Tableau 15: Examens médicaux subis par les adolescents (12 mois précédant l'enquête).....	67
Tableau 16: Soins dentaires nécessaires parmi les adolescents affirmant avoir besoin de soins dentaires.....	67
Tableau 17: Fréquences de consommation de divers aliments vides	68
Tableau 18: Fréquences de consommation d'aliments traditionnels	69
Tableau 19: Activités physiques pratiquées par les adolescents (12 mois précédant l'enquête).....	71
Tableau 20: Moyens contraceptifs employés par les adolescents qui ont eu des relations sexuelles (12 mois précédant l'enquête).....	76
Tableau 21: Perceptions des adolescents concernant leur autodétermination en fonction de divers énoncés	81
Tableau 22: Proportions d'adolescents ayant fait appel à divers confidents à propos de leur santé mentale ou émotionnelle (12 mois précédant l'enquête)	82
Tableau 23: Fréquences de la disponibilité du support social pour les adolescents	83
Tableau 24: Personnes à qui les adolescents demanderaient de l'aide s'ils avaient divers problèmes personnels	84
La santé des adultes (18 ans et plus)	91
Tableau 25: Âge des adultes selon la taille de la communauté.....	97

Tableau 26:	Proportions d'adultes qui comprennent ou parlent une langue des Premières Nations avec aisance ou assez bien, par zone géographique.....	100
Tableau 27:	Proportions d'adultes qui comprennent ou parlent une langue des Premières Nations avec aisance ou assez bien selon la taille de la communauté	100
Tableau 28:	Proportions d'adultes qui comprennent ou parlent une langue des Premières Nations, par nation.....	101
Tableau 29:	Proportions d'adultes ayant accès à divers biens et services ménagers, selon la zone géographique.....	110
Tableau 30:	Proportions d'adultes déclarant divers problèmes médicaux.....	112
Tableau 31:	Proportions d'adultes déclarant être atteints de divers problèmes médicaux, par sexe	114
Tableau 32:	Proportions d'adultes atteints de divers problèmes médicaux selon le revenu annuel individuel (exprimé en milliers de dollars)	114
Tableau 33:	Taille et poids moyens des adultes, par sexe.....	115
Tableau 34:	Proportions d'adultes selon les catégories de l'indice de masse corporelle (IMC)	115
Tableau 35:	Proportions d'adultes ayant reçu divers traitements pour contrôler le diabète	118
Tableau 36:	Comparaison de la consommation de médicaments non prescrits entre l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERLSPN) de 1997 et celle de 2002.....	121
Tableau 37:	Principales causes de blessures.....	124
Tableau 38:	Proportions de blessures impliquant l'alcool ou la drogue selon diverses causes de blessures	124
Tableau 39:	Proportions d'adultes estimant avoir besoin de soins à domicile, par groupe d'âge	125
Tableau 40:	Proportions d'adultes ayant rencontré différents obstacles parmi les adultes qui ont déclaré avoir eu des problèmes à accéder aux services de santé (12 mois précédant l'enquête)	127
Tableau 41:	Proportions d'adultes ayant rencontré divers obstacles parmi les adultes qui ont déclaré avoir eu des problèmes à accéder aux Programmes des SSNA (12 mois précédant l'enquête)	128
Tableau 42:	Temps écoulé depuis les derniers soins dentaires reçus (au moment de l'enquête).....	129
Tableau 43:	Obstacles rencontrés par les adultes qui ont eu des difficultés à recevoir des soins dentaires.....	129
Tableau 44:	Proportions d'adultes ayant besoin de divers types de soins dentaires parmi les adultes ayant affirmé nécessiter des soins.....	131
Tableau 45:	Proportions de femmes selon la fréquence d'autoexamen des seins.....	134
Tableau 46:	Temps écoulé depuis la dernière mammographie.....	134
Tableau 47:	Temps écoulé depuis la dernière cytologie	135
Tableau 48:	Temps écoulé depuis la dernière cytologie, par groupe d'âge	135
Tableau 49:	Proportions d'adultes consommant des aliments vides plusieurs fois par semaine selon la perception du régime alimentaire	136
Tableau 50:	Niveau de consommation d'aliments traditionnels, par zone géographique	138
Tableau 51:	Modes de préparation de la viande et du poisson	139
Tableau 52:	Nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs.....	141
Tableau 53:	Raisons invoquées par les ex-fumeurs pour cesser de fumer	142
Tableau 54:	Proportions d'adultes ayant mentionné diverses raisons pour utiliser les moyens contraceptifs.....	146
Tableau 55:	Méthodes contraceptives employées par les adultes selon la taille de la communauté	147
Tableau 56:	Proportions d'adultes ayant subi divers examens médicaux (12 mois précédant l'enquête).....	148
Tableau 57:	Proportions d'adultes ayant subi divers examens médicaux, par sexe (12 mois précédant l'enquête)	148



Tableau 58:	Proportions d'adultes ayant vécu diverses difficultés parmi les adultes ayant déclaré que le pensionnat a eu des répercussions négatives sur leur santé.....	149
Tableau 59:	Répercussions négatives des pensionnats sur la santé des adultes parmi ceux qui ont déclaré avoir subi des répercussions négatives, par groupe d'âge.....	150
Tableau 60:	Proportions d'adultes selon les degrés de l'Indice d'autodétermination.....	154
Tableau 61:	Degré d'accord avec diverses propositions relatives au degré de contrôle des adultes sur leur vie	155
Tableau 62:	Proportions d'adultes en accord ou fortement en accord avec diverses propositions relatives au degré de contrôle des adultes sur leur vie, par groupe d'âge	155
Tableau 63:	Proportions d'adultes ayant vécu divers problèmes sociaux au sein de la famille (12 mois précédant l'enquête).....	158
Tableau 64:	Disponibilité de différentes sources de soutien social	160
Tableau 65:	Proportions d'adultes ayant participé à divers jeux de hasard parmi les adultes ayant déclaré avoir perdu plus d'argent qu'ils ne pouvaient se le permettre	165
Tableau 66:	Agents de support auxquels se sont confiés les adultes au sujet de leur santé mentale ou émotionnelle (12 mois précédant l'enquête)	166
Tableau 67:	Comparaison des proportions d'adultes ayant observé ou non des progrès communautaires entre l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de 1997 et celle de 2002.....	168
La santé des aînés (55 ans et plus).....		187
Tableau 68:	Raisons invoquées pour expliquer l'excellente ou la très bonne santé.....	189
Tableau 69:	Proportions d'aînés atteints de divers problèmes médicaux.....	189
Tableau 70:	Proportions d'aînés ayant des complications causées par le diabète	190
Tableau 71:	Proportions d'aînés ayant divers besoins de soins à domicile	191
Tableau 72:	Proportions d'aînés ayant rencontré divers obstacles parmi les aînés ayant eu de la difficulté à accéder aux services de santé	192
Tableau 73:	Proportions d'aînés ayant rencontré divers obstacles parmi les aînés ayant eu de la difficulté à accéder aux SSNA.....	192
Tableau 74:	Proportions d'aînés ayant passé divers examens préventifs (12 mois précédant l'enquête).....	195



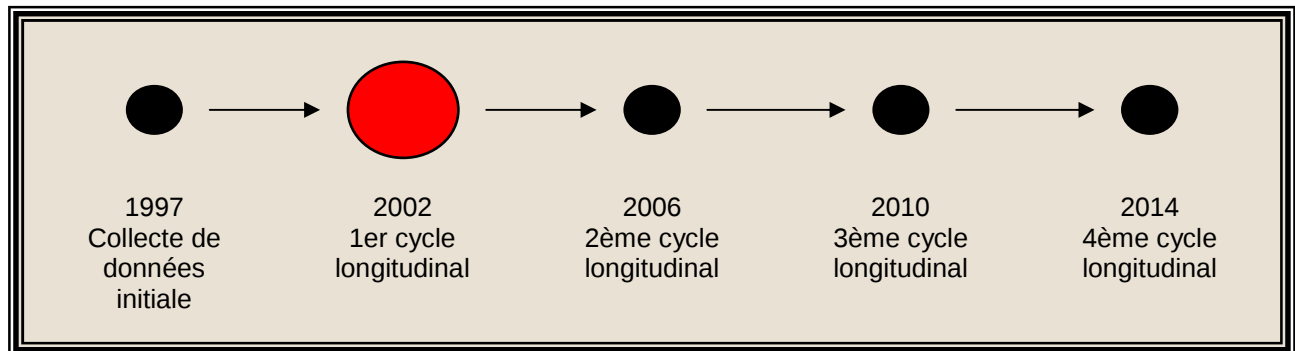
Section 1: Introduction

Introduction

Effectuée dans un esprit holistique, l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERLSPN) de la région du Québec dresse un portrait de la santé des Premières Nations du Québec en fournissant des informations descriptives et statistiques qui englobent différents aspects de la santé et du contexte socioculturel particulier de ces populations. Les résultats de cette enquête identifient ainsi les problèmes et les progrès en santé holistique. Précisons qu'il s'agit de la seconde phase d'une première recherche sur la santé des Premières Nations dont la gouvernance est entièrement sous la responsabilité des autorités des Premières Nations, au même titre que l'élaboration de la méthode de recherche et la coordination du projet.

Au cours de l'année 1997, en réponse au besoin de renseignements sur la santé des Premières Nations, le Comité des Chefs sur la Santé et l'Assemblée des Premières Nations du Canada (APNC) ont décidé que l'ERLSPN deviendrait une enquête longitudinale quadriennale qui devrait se dérouler jusqu'en 2014 comme le démontre le schéma suivant :

Graphique 1: Évolution longitudinale de l'ERLSPN



La coordination nationale de l'édition 2002 de l'ERLSPN fut assurée par le Centre des Premières Nations (CPN) de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). Dans leurs régions respectives, dix organisations régionales des Premières Nations réalisèrent le déploiement de l'enquête et la supervision de tous les aspects du processus. La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) assura le déroulement du projet pour la région du Québec.

1.1 Objectifs de l'enquête

Les trois questionnaires créés dans le cadre de cette enquête (adultes, adolescents et enfants) ont été construits en tenant compte d'objectifs spécifiques suivants :

- « Obtenir de l'information concernant les caractéristiques démographiques pouvant affecter l'état de santé des membres des Premières Nations vivant au Québec.
- Obtenir de l'information se rapportant à l'état de santé physique des membres des Premières Nations vivant au Québec.
- Obtenir de l'information touchant le bien-être des membres des Premières Nations vivant au Québec.
- Obtenir de l'information quant aux habitudes de vie des membres des Premières Nations vivant au Québec.
- Obtenir de l'information à propos de la perception des services de santé selon les membres des Premières Nations vivant au Québec. »¹
- Obtenir l'information la plus pertinente possible concernant les différentes problématiques rencontrées dans les communautés des Premières Nations vivant au Québec.

¹ CSSSPNQL, 1999, p.4.

- 
- Réaliser tous ces objectifs pour chacun des groupes d'âge identifiés dans le cadre de cette recherche, soit : enfants, adolescents et adultes.

1.2 Principes de Propriété, Contrôle, Accès et Possession (PCAP)

Le présent projet repose sur les principes de PCAP. Instaurés par les Premières Nations du Canada, les principes de Propriété, de Contrôle et d'Accès ont, dans un premier temps, été élaborés par le Comité directeur de l'ERLSPN en 1998. Le principe de Possession ayant été ajouté par la suite. Cet ensemble de règles éthiques est une expression d'autodétermination dans le domaine de la recherche, de la gestion et de la création de l'information. Les définitions suivantes définissent plus clairement ces concepts :

« Propriété »

La notion de « propriété » se rapporte à la relation d'une communauté des Premières Nations avec les connaissances, les données et l'information relatives à sa culture. Ce principe veut qu'une communauté ou un groupe détienne collectivement la propriété de l'information de la même façon qu'une personne détient la propriété de son information personnelle. Cela diffère de la gouvernance. La gouvernance ou l'administration de données ou d'informations par une institution qui doit rendre des comptes au groupe est un mécanisme au moyen duquel il est possible de réaliser la propriété.

Contrôle

Les aspirations et les droits des membres des Premières Nations concernant le maintien et la reprise du contrôle de tous les aspects de leur vie et de leurs institutions s'étendent à la recherche, à l'information et aux données. Le principe de « contrôle » veut que les membres des Premières Nations, leurs communautés et les groupes qui les représentent soient en droit de souhaiter obtenir le contrôle de tous les aspects du processus de gestion de la recherche et de l'information ayant des répercussions sur eux. Le contrôle de la recherche par les Premières Nations peut comprendre toutes les étapes d'un projet de recherche en particulier, de la conception à l'achèvement. Ce principe s'étend au contrôle des ressources et du processus d'examen, à la formulation des cadres de travail conceptuels, à la gestion des données, etc.

Accès

Les membres des Premières Nations doivent avoir « accès » à l'information et aux données qui les concernent et qui concernent leurs communautés, peu importe l'endroit où ces données sont conservées. Ce principe fait aussi référence aux droits des communautés et des organisations autochtones de gérer l'information qui les concerne collectivement et de prendre des décisions concernant l'accès à cette information. En pratique, on peut y parvenir au moyen de protocoles normalisés et officiels.

Possession

Le terme « propriété » désigne en principe la relation entre un peuple et les données existant à son sujet tandis que les termes « possession » ou « gouvernance » sont plus explicites. Bien que la possession ne soit pas une condition essentielle à la propriété, la possession des données est un mécanisme permettant d'affirmer et de protéger la propriété. Lorsqu'une partie possède des données appartenant à une autre partie, il y a risque de violation ou d'usage abusif. Cela est particulièrement important lorsqu'il existe un manque de confiance entre le propriétaire et le possesseur.

Plus important encore, les principes de PCAP sont des concepts visionnaires et proactifs. Ils ouvrent de nouvelles voies à l'autodétermination et à l'exercice des pouvoirs dans les domaines de la recherche et de l'information et laisse entrevoir des changements positifs. »²

² ONSA, 2004, p.81.

Ce qui distingue principalement l'ERLSPN des autres enquêtes portant sur les Premières Nations est l'application des principes PCAP. Il s'agit de la première recherche sur la santé des Premières Nations dont la gouvernance est entièrement sous la responsabilité des autorités des Premières Nations, de même que l'élaboration de la méthode de recherche et la coordination du projet.

Un examen éthique national conclut que l'enquête respecte la vie privée des répondants. De plus, l'utilisation de formulaires de consentement contribue grandement au principe de l'implication volontaire. Toutes les questions concernant les protocoles de protection des données relèvent d'ententes et de méthodes uniques aux Premières Nations. Enfin, la publication des données de l'ERLSPN vise la maximisation de la diffusion afin d'en faire profiter les Premières Nations tout en protégeant l'information propre à chacune des communautés. Toutes les publications doivent être effectuées sous l'approbation des autorités des Premières Nations et ce, pour chacun des niveaux national, régional et local.

1.3 Méthodologie

De nature descriptive, l'enquête consiste à interroger un échantillon représentatif de la population sous forme d'entrevue dirigée au moyen d'un questionnaire sur support électronique. Cette méthode a été retenue pour les raisons budgétaires, techniques et éthiques suivantes :

- Coûts de réalisation modestes du fait que la recherche se base sur un échantillon et non sur la totalité de la population étudiée ;
- Préservation de la confidentialité des individus et obtention de renseignements sur certains sujets qui, pour des raisons morales, ne pourraient être observés directement ;
- Rapide et simple ;
- Possibilité de standardiser l'information, facilitant du coup les analyses et les comparaisons.

1.3.1 Population totale

La population totale se définit comme étant l'ensemble de la population comprise dans l'univers d'étude. Dans le cas présent, il s'agit de la totalité des membres des Premières Nations vivant dans la région du Québec. D'après le recensement démographique du Ministère des Affaires Indiennes et du Nord Canadien de 2001 (MAINC), la région du Québec comptait 63 315 membres des Premières Nations répartis en 10 nations distinctes au moment du sondage. Sur ce nombre, 44 274 résidaient dans une communauté tandis que les 19 041 demeuraient hors communauté.

1.3.2 Population désignée

La population désignée est constituée de membres de la population totale qui répondent à certaines caractéristiques. Dans le cas de l'ERLSPN, la population désignée comprend tous les membres des Premières Nations vivant dans les communautés, à l'exception des Cris, des Inuit et des Mohawks de Kahnawake qui ne participent pas à l'enquête³. La règle selon laquelle seulement les personnes vivant dans les communautés sont retenues dans la population désignée ne s'applique cependant pas dans le cas des Malécites de Viger qui ne comptaient que deux membres vivant dans les communautés en 2001. Pour cette raison, les membres vivant hors communauté appartenant à la nation malécite ont été retenus. À partir de la population totale préalablement définie, une population désignée de 27 330 membres des Premières Nations provenant de 9 nations et vivant dans les communautés a été identifiée.

1.3.3 Échantillon désigné

L'échantillon de l'ERLSPN de la région du Québec comporte deux niveaux de tirage. En premier lieu, un échantillonnage par grappes a été effectué afin de sélectionner les communautés participantes pour chacune des nations. Nous avons ensuite effectué un échantillonnage stratifié non proportionnel dans chacune des grappes sélectionnées préalablement.

³ Les résultats associés aux Mohawks ne concernent que la communauté de Kanesatake, la communauté de Kahnawake ayant décidé de ne pas participer à l'enquête, alors que celle d'Akwesasne relève de la région de l'Ontario.

1.3.4 Échantillon par grappes

Dans le but de faire une sélection représentative des communautés participantes, nous avons réparti ces dernières selon leur taille démographique, qui a été établie comme suit : grande (1 500 habitants et plus), moyenne (de 301 à 1 499 habitants) et petite (300 habitants et moins).

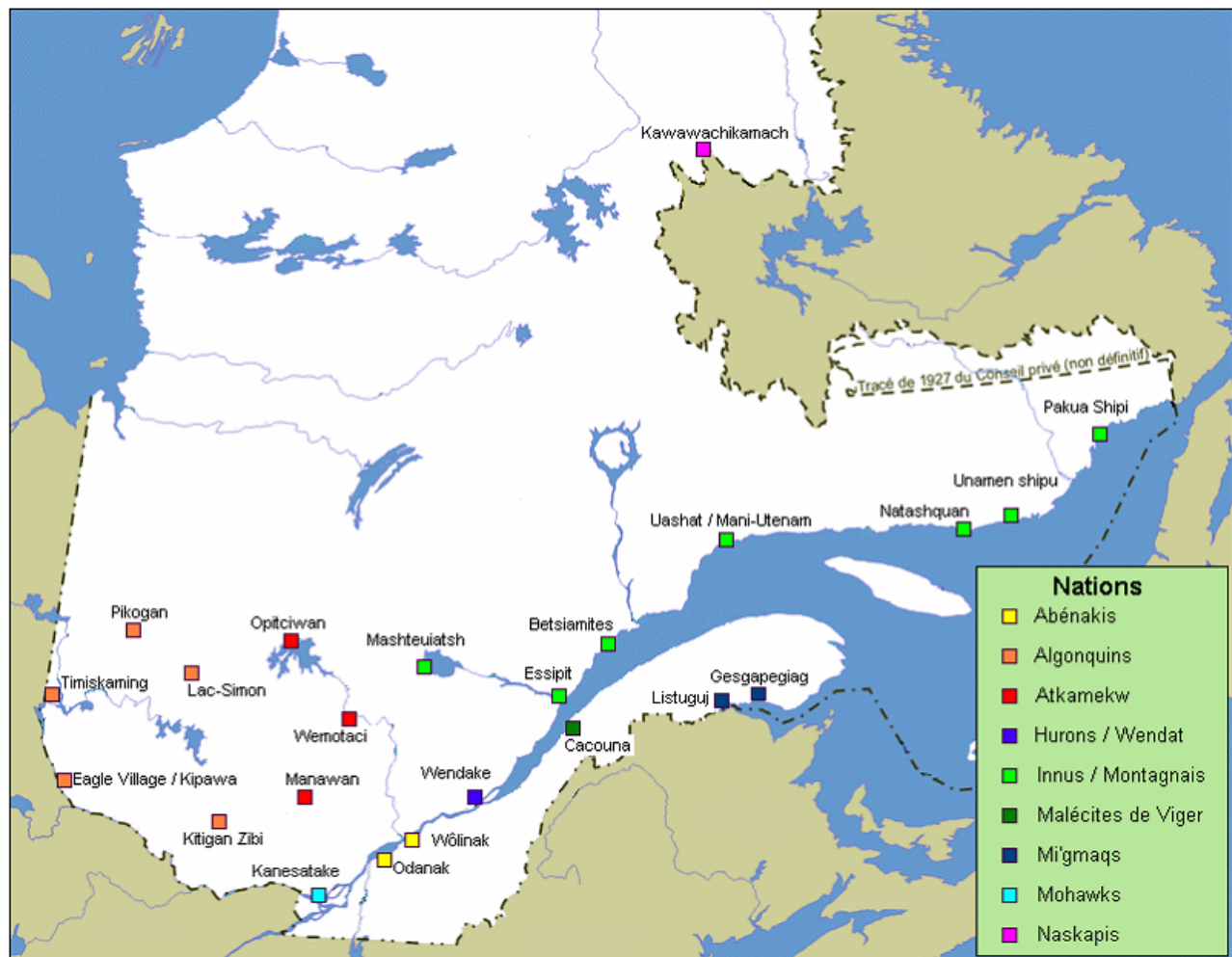
Lors de la première sélection, nous avons effectué un échantillonnage par grappes des communautés participantes. Dans le cas présent, une communauté équivaut à une grappe. Toutes les communautés de grande taille ont été automatiquement incluses à l'échantillon. Une sélection au hasard des moyennes et petites communautés a ensuite été effectuée. Lorsque certaines communautés refusaient de participer à l'enquête, on les remplaçait par d'autres qui ne figuraient pas dans la première sélection. Le tableau suivant illustre la sélection des communautés participantes, alors que la carte qui suit illustre la répartition des nations et des communautés participant à l'ERLSPN.

Tableau 1: Sélection des communautés participantes

Nations	Communautés	Communautés approchées à la première sélection	Communautés retenues en cas de refus	Sélection finale
Abénakis	Odanak	X		X
	Wôlinak	X		X
Algonquins	Barriere Lake		X	
	Eagle Village-Kipawa	X		X
	Kitigan Zibi	X		X
	Lac Simon	X		X
	Long Point		X	
	Pikogan	X		X
	Timiskaming		X	X
	Manawan	X		X
Atikamekw	Opitciwan	X		X
	Wemotaci		X	X
Hurons/Wendat	Wendake	X		X
Innus	Betsiamites	X		X
	Ekuanitshit		X	
	Essipit		X	X
	Masteuiatsh	X		X
	Matimekush		X	
	Natashquan		X	X
	Pakua Shipi	X		X
	Uashat Mak Mani-Utenam	X		X
	Unamen Shipu	X		X
Malécites	Cacouna et hors communauté	---	---	X
Mi'gmaqs	Gesgapegiag	X		X
	Listuguj	X		X
Mohawks	Kanesatake	X		X
	Kahnawake	X		
Naskapis	Kawawachikamach	X		X



Carte 1: Nations participantes à la vague 2002 de l'ERLSPN dans la région du Québec



1.3.5 Échantillon stratifié

Initialement, un échantillon stratifié non proportionnel à la population selon le groupe d'âge et le genre a été créé pour chaque communauté sélectionnée afin de représenter la population désignée. Celui-ci a été conçu afin que chacune de ces strates respecte les critères suivants :

- Un niveau de confiance de 95% (le niveau de confiance est un indicateur du degré de certitude d'en arriver à une estimation qui englobe la moyenne de la population de la strate).
- Une proportion de 20% (la proportion dans l'échantillon est un estimateur non biaisé d'une proportion réelle dans la population; dans le cas présent, ceci veut dire que si on observe un phénomène chez 20% des personnes incluses dans une strate de l'échantillon, on doit pouvoir affirmer sans biais que ce phénomène se produit chez 20% de la strate de population).
- Un coefficient de variation ne dépassant pas 40% (le coefficient de variation est une mesure en pourcentage de la dispersion des observations autour de la moyenne de l'échantillon).
- Une marge d'erreur ne dépassant pas + ou - 8% (la marge d'erreur correspond à la marge autour de laquelle un résultat issu de l'échantillon peut varier pour être représentatif de la population; par exemple, si 40% des personnes incluses dans une strate dont la marge d'erreur est de + ou - 8% vivent en appartement, ceci veut dire que cette proportion peut varier entre 32% et 48% dans la population).



Le plan d'échantillonnage prévu s'avéra trop coûteux pour le financement disponible. Le tir a donc été réajusté afin que les caractéristiques énumérées précédemment s'appliquent à un échantillon stratifié selon la nation, la taille de la communauté, le groupe d'âge et le genre. Malgré ces efforts pour rectifier la situation, la représentativité des strates révisées en a tout de même souffert. Afin d'obtenir un degré de représentativité acceptable dans le cas des communautés de petite taille, ces dernières ont été fusionnées aux communautés de moyenne taille. Ainsi, la stratification ne se fait pas sur trois tailles (grande, moyenne, petite), mais plutôt sur deux tailles (grande, moyenne/petite).

La sélection des individus a été basée sur les listes des membres de chacune des communautés participantes. Avec ces listes, un échantillon et une liste d'individus remplaçants ont été créés pour chacune des strates de façon aléatoire simple. Dans le cas où une personne sélectionnée refusait de répondre, elle était remplacée par une personne figurant sur la liste de remplacement.

1.3.6 Échantillon final

Bien que la conception d'un échantillon désigné soit relativement simple, il est très rare que toutes les personnes incluses acceptent de participer à l'enquête. Ainsi, l'échantillon final d'une recherche comprend rarement autant d'individus que les prévisions de l'échantillon désigné. Au total, 1 949 adultes, 798 adolescents et 1 038 enfants composent l'échantillon final.

Comme nous l'avons vu précédemment, un standard a été préétabli pour notre échantillon. Ainsi, le niveau de confiance est de 95% et la proportion est de 20%. L'intervalle de confiance de l'échantillon enfant est de 2,3%.

1.4 Cueillette des données

1.4.1 Sélection et formation des intervieweurs

Comme nous l'avons mentionné auparavant, l'ERLSPN se distingue des autres enquêtes, notamment par l'implication des membres des Premières Nations dans toutes les étapes de sa réalisation. Suivant ce principe d'implication, la participation d'intervieweurs membres des Premières Nations a été privilégiée. La CSSSPNQL demanda ainsi à la Direction des Centres de Santé ou des dispensaires de chacune des communautés participantes de faire le recrutement d'intervieweurs potentiels. Par la suite, la CSSSPNQL a effectué l'embauche des personnes recommandées et considérées comme étant les plus compétentes pour effectuer les différentes tâches nécessaires à la réalisation des entrevues. L'embauche de personnel contractuel membre des Premières Nations et vivant dans les communautés présente des avantages certains : la connaissance du terrain et de la langue d'usage de la communauté sont des atouts précieux pour une meilleure qualité des données recueillies. En effet, ceux-ci limitent les problèmes d'interprétation et l'incompréhension de certains concepts qui sont difficilement traduisibles. Notons également un niveau de confiance plus élevé en présence d'un concitoyen qu'en situation où l'administration du questionnaire est réalisée par une personne étrangère et allochtone.

Tous les intervieweurs sélectionnés ont signé un serment de silence devant un commissaire à l'assermentation et ont suivi une formation de trois jours qui s'est tenue à Québec du 30 septembre au 2 octobre 2002. Cette formation, dispensée par la CSSSPNQL, touchait les thèmes suivants :

- Historique de l'ERLSPN ;
- Échantillonnage ;
- Consentement à la divulgation de renseignements et protection des données ;
- Techniques d'entrevue ;
- Moyens pour faire face à différentes situations qui surviennent lors de la conduite d'entrevues ;
- Utilisation de l'ordinateur portable et des questionnaires informatisés ;
- Tenue de dossiers, expédition de matériel et rédaction de courts rapports.

Lorsque de nouveaux intervieweurs ont été engagés pour remplacer ceux qui se sont retirés au cours du processus de cueillette de données, la formation a été dispensée au besoin dans les communautés participantes.

1.4.2 Outils de saisie, de traitement et d'analyse de l'information

Toutes les entrevues effectuées dans le cadre de l'ERLSPN 2002 de la région du Québec ont été réalisées sur support informatique. Tous les intervieweurs avaient en leur possession un ordinateur portable dans lequel se trouvaient les questionnaires destinés aux enfants, aux adolescents et aux adultes. Ces questionnaires informatisés ont été créés sous la supervision du CPN de la ONSA à l'aide du logiciel Lotus Notes. Tous les questionnaires complétés par les intervieweurs étaient automatiquement encryptés, donc impossible à consulter par quiconque; la confidentialité des réponses de chacun des individus en était ainsi assurée. Après une journée de travail, les intervieweurs devaient télécharger les entrevues recueillies de leur portable vers le serveur régional à la CSSSPNQL. Une fois la totalité des entrevues terminées, les données régionales ont été ensuite, sous la supervision de la CSSSPNQL, décryptées et transférées sur support Microsoft Excel afin de les transformer en bases de données brutes. Ces dernières ont été gravées sur cédérom et envoyées au CPN de la ONSA pour être uniformisées aux bases de données des autres régions (il s'agit d'une étape nécessaire pour effectuer l'analyse au niveau national), et nettoyées à l'aide des logiciels SAS (Statistic Analysis System) et SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Une fois ces étapes complétées, le CPN a remis les données nettoyées aux régions. Pour la région du Québec, l'analyse des données a été effectuée par le secteur de la recherche de la CSSSPNQL à l'aide des logiciels SPSS et Microsoft Excel.

1.4.3 Session d'interprétation par des tiers

La CSSSPNQL a organisé, le 15 juin 2005 à l'Hôtel Clarion de Québec, une session d'interprétation par des tiers familiers avec les problématiques liées à la santé dans leur communauté respective. Cet exercice visait essentiellement à discuter de résultats préliminaires avec ces délégués des centres de santé de chacune des Nations participantes. Sous la forme d'une table ronde, tous les participants étaient invités à donner leur avis et leurs idées en ce qui concerne les différents problèmes soulevés par l'enquête. Les principaux thèmes abordés étaient les suivants :

- Médecine traditionnelle
- Soins de santé en général
- Alimentation
- Maladie et problèmes médicaux
- Soins à domicile
- Soins de santé non assurés (SSNA)
- Syndrome de l'alcoolisation fœtale / Effets de l'alcoolisation fœtale (SAF/EAF)
- Santé des femmes
- Obésité
- Natalité
- Santé holistique
- Événements culturels traditionnels
- Spiritualité
- Religion
- Langues autochtones

Cet exercice s'est avéré très constructif et a permis aux communautés de contribuer à l'étape de l'interprétation des résultats de l'ERLSPN. La rencontre a permis, entre autres, de réfléchir à plusieurs problématiques sous différents angles qui n'avaient pas toujours été explorés par l'équipe de recherche. Enfin, cette session nous a démontré que le travail en collaboration avec les communautés est indéniablement un grand pas vers la réussite de la recherche, permettant de confirmer des hypothèses, d'en apporter de nouvelles et d'assurer ainsi une plus grande adéquation des résultats à la réalité des membres des Premières Nations.

1.4.3.1 Questionnaires

Les questionnaires ont été conçus en suivant une démarche holistique qui ne s'attarde non seulement à la santé des Premières Nations, mais aussi à tous les aspects susceptibles de l'influencer. En plus de traiter de la santé dans sa globalité, les questionnaires de l'enquête ont été élaborés en tenant compte du contexte



culturel et des priorités des Premières Nations. La région du Québec a ajouté un volet régional aux questionnaires destinés aux adolescents et aux adultes. Tel que mentionné précédemment, les trois questionnaires ont été implantés sur support informatique afin de faciliter le travail des interviewers.

A) Questionnaire enfant (0 à 11 ans)

Le questionnaire destiné aux enfants a été complété sous forme d'entrevue dirigée. L'enquêteur questionnait le parent ou le tuteur, sélectionné de façon aléatoire, lequel répondait par procuration au nom de l'enfant. Ce questionnaire prenait environ 35 minutes à compléter et était composé de questions portant sur les sujets suivants :

- Composition du ménage de la famille
- Scolarité des parents
- Scolarité – niveau, réussite, PAPPN
- Taille, poids – à la naissance et actuels
- Allaitement
- Tabagisme, exposition à la fumée secondaire – fœtale, à la maison
- Langue – compréhension, usage, intérêt
- Alimentation et nutrition
- Activités – physiques, sociales, parascolaires
- État de santé, maladies – durée traitement et effets
- Blessures
- Incapacités, limitations
- Accès aux services de santé – soins de santé non assurés
- Santé dentaire, carie du biberon
- Culture traditionnelle – importance, apprentissage
- Bien-être émotionnel et social
- Service de garde
- Pensionnats (parents, grands-parents)

B) Questionnaire adolescent (12 à 17 ans)

Le questionnaire adolescent était auto administré, c'est-à-dire qu'il était directement complété par le répondant. Ce dernier devait répondre aux questions sur ordinateur portable et était assisté par l'interviewer qui restait à sa disposition si certaines précisions étaient nécessaires. D'une durée d'environ 35 à 45 minutes, le questionnaire adolescent portait sur les sujets suivants :

Volet national

- Composition du ménage / de la famille
- Scolarité – niveau, réussite, objectifs personnels
- Langue – compréhension, usage
- Alimentation et nutrition
- Activités – physiques, sociales
- Taille, poids, niveau de satisfaction
- Diabète – type, traitement
- État de santé, maladies – durée, traitement, effets
- Blessures
- Soins dentaires
- Tabagisme, alcool, drogue
- Sexualité
- Pratiques de santé préventive
- Bien-être, soutien et santé mentale
- Idées et tentatives de suicide
- Activités parascolaires



- Culture traditionnelle – importance, apprentissage
- Pensionnat (parents et grands-parents)

Volet régional

- Études, profession visée et rêves futurs

C) Questionnaire adulte et aîné (18 ans et plus)

Le questionnaire était administré sous forme d'entrevue dirigée. Le participant répondait aux questions posées par l'intervieweur. Ce dernier guidait le répondant, sans influencer ses réponses, pendant tout le processus, qui durait environ une heure. Le questionnaire destiné aux adultes et aux aînés était composé des sujets suivants :

Volet national

- Données démographiques
- Langues – compréhension, usage
- Scolarité
- Emploi
- Revenu et sources de revenu
- Ménage – composition et revenu
- Habitation – état, surpeuplement, moisissures
- Qualité de l'eau
- Services – téléphone, eau, détecteur de fumée, Internet, etc.
- Taille, poids
- État de santé, maladies – durée, traitements, effets
- Diabète – type, traitement, effet
- Blessures physiques
- Soins dentaires
- Incapacités, limitations
- Activité physique
- Alimentation et nutrition
- Soins à domicile – utilisation, besoins
- Services de santé – utilisation, accès aux SSNA
- Médecine traditionnelle, guérisseurs
- Tabagisme, alcool, drogue – consommation, abandon, traitement
- VIH / Sida, MTS et sexualité
- Grossesse, fertilité
- Pratiques de médecine préventive
- Bien-être, soutien et santé mentale
- Idées et tentatives de suicide
- Pensionnat – impact
- Bien-être communautaire
- Culture, spiritualité et religion
- Développement communautaire

Volet régional

- Études
- Moyens de transport et sécurité
- Style de vie et problèmes sociaux
- Jeux de hasard et loteries

1.5 Limites de la recherche

Une enquête de l'envergure de l'ERLSPN n'est pas à l'abri de contraintes, d'obstacles et de biais qui peuvent altérer la validité des résultats obtenus et le déroulement général de la recherche. Consciente de ces sources d'erreurs réelles comme potentielles, l'équipe de recherche qui a mené l'ERLSPN dans la région du Québec en a tenu compte dans l'analyse et l'interprétation des résultats, tout comme pour la rédaction du présent rapport. La région du Québec, comme l'ensemble des régions qui ont participé à l'ERLSPN sur le plan national, a eu à relever des défis communs et particuliers, et ce à chacune des grandes étapes de la réalisation de l'Enquête. Cette section vise à documenter, pour chacune de ces grandes étapes – soit la constitution de l'échantillon, la collecte de données et l'analyse des informations recueillies –, les biais et les sources potentielles d'erreurs inhérentes au contexte de recherche propre à l'ERLSPN⁴⁵ de la région du Québec.

La publication de cette section documentant les limites de l'ERSPNQL témoigne d'un souci de transparence du processus de recherche intégral, mais surtout d'une volonté de partage des apprentissages acquis et des savoir-faire construits au cours de la réalisation de l'Enquête. Les prochaines vagues de l'ERLSPN ainsi que les nouvelles recherches bénéficieront de cet outil pour améliorer le processus de la recherche effectuée par et pour les Premières Nations.

1.5.1 Échantillonnage

Le plan d'échantillonnage de l'Enquête s'intéressant aux membres des Premières Nations vivant dans les communautés a été planifié selon des paramètres qui permettent de produire des échantillons probabilistes. La quantité d'informateurs à inclure dans les différentes strates (nation, taille de la communauté, groupe d'âge et sexe) des échantillons a été calculée à partir du Registre des Indiens de 1999, un registre tenu à jour par le Ministère des Affaires Indiennes et du Nord Canadien. Ce registre établit le nombre de membres des Premières Nations résidant sur des Réserves Indiennes ou des terres de la Couronne. Les personnes susceptibles d'être sélectionnées dans l'échantillon ont, quant à elles, été sélectionnées de manière aléatoire dans chacune des strates, et ce à partir des listes de membres des communautés.

Le plan d'échantillonnage développé⁶ pour la collecte de données prévoyait l'obtention de données statistiques valides pour chacune des communautés participantes. Malheureusement, le plan d'échantillonnage prévu s'avéra trop coûteux pour le financement disponible. Le tir a donc été réajusté afin que les caractéristiques précises de l'échantillon (le niveau de confiance, la proportion dans l'échantillon, le coefficient de variation et la marge d'erreur⁷) s'appliquent à un échantillon stratifié selon la nation, la taille de la communauté, le groupe d'âge et le sexe. Malgré ces efforts pour rectifier la situation, la représentativité des strates révisées fut tout de même problématique; elles ont dû être ajustées à nouveau⁸.

En plus de ces contraintes, comme c'est le cas pour une forte proportion des enquêtes statistiques concernant des populations autochtones⁹, l'échantillon final n'équivaut pas à l'échantillon visé chez les adolescents et les enfants. En faisant fi des entrevues effectuées en surplus dans l'échantillon final des adultes, la région du Québec a atteint 85,5% de son objectif initial sur le plan de l'échantillonnage. Elle a ainsi obtenu les réponses de 1 949 adultes, 798 adolescents et 1 038 enfants. Par contre, si l'on considère le nombre d'entrevues effectuées en surplus auprès des adultes, le taux de participation total atteint 113,2%¹⁰. Parmi les causes identifiées pour expliquer l'écart entre l'échantillon visé et l'échantillon final chez les enfants

⁴ Pour un résumé de la méthodologie de la recherche, se référer à la section « méthodologie » de ce rapport. Pour une description détaillée de la méthodologie de l'ERSPNQL, consulter le « rapport méthodologique ».

⁵ En plus de l'examen du processus effectué à l'interne par l'équipe de recherche de la CSSSPNQL, cette section s'appuie sur le rapport du Harvard Project on American Indian Economic Development mandaté par le Comité d'information et de gouvernance des Premières Nations, un Comité Permanent du Comité des Chefs sur la santé et du Centre des Premières Nations au sein de l'organisation Nationale de la Santé des Autochtones.

⁶ Pour les détails, référer au rapport méthodologique

⁷ Pour les détails, voir le rapport méthodologique

⁸ Pour les détails, référer au rapport méthodologique

⁹ Voir le rapport cité en note 2

¹⁰ Afin d'éviter la sur-représentativité de certaines strates chez les adultes, un facteur de pondération a été introduit dans les calculs dont le présent rapport présente les résultats. Pour plus de détails, consulter le rapport méthodologique de l'ERLSPN-2002.

et les adolescents, notons le roulement important des intervieweurs au sein des communautés durant la collecte de données qui a duré 15 mois. Ce roulement a eu comme impact de réduire le temps consacré à la collecte de données dans les communautés, principalement parce que chaque nouvel intervieweur devait être formé à la collecte de données dans le cadre de cette enquête. Le gain d'expérience, par conséquent l'efficacité des intervieweurs, a aussi été limité par ce roulement important. Par ailleurs, les répondants de diverses strates de l'échantillon pouvaient, dans certains cas, être difficilement atteignables si peu de personnes correspondaient au profil de répondants visés au sein des communautés ou si le taux de refus de participer s'avérait élevé.

1.5.2 Collecte de données

1.5.2.1 Langue et traduction

En raison d'un financement limité, les formulaires de consentement en anglais et en français qui ont été systématiquement utilisés n'ont pu être fournis aux répondants potentiels dans leur langue d'origine. Toutefois, tous les intervieweurs sélectionnés maîtrisaient la langue des Premières Nations d'usage dans la communauté où ils étaient affectés ainsi que le français ou l'anglais. Conséquemment, ils pouvaient aider les répondants à comprendre les formulaires. Cependant, il est possible que les formulaires de consentement aient été mal compris ou interprétés par certains informateurs. Ceci a pu provoquer des refus de participer ou encore engendrer la signature de formulaires sans compréhension complète de leur contenu.

La gestion et la manutention des formulaires de consentement ont aussi eu un impact sur le nombre d'informateurs desquels les réponses ont pu être incluses dans l'analyse. De nombreux formulaires mal complétés ou comportant des irrégularités ont effectivement dû être rejetés en même temps que les entrevues qui leurs correspondaient.

Un autre obstacle linguistique, encore une fois causé par un financement limité, s'applique aux questionnaires d'enquête qui n'étaient disponibles qu'en français ou en anglais. Une question adressée aux répondants permet de comptabiliser la proportion d'entre eux pour lesquels une traduction fut nécessaire. Ils sont 27,9% à avoir indiqué qu'une traduction des questions a été nécessaire. L'intervieweur a été le traducteur dans la quasi-totalité des cas. La nécessité de traduire, les différentes manières de traduire ou la difficulté de traduire certains concepts dans une langue des Premières Nations ont pu influencer la compréhension des questions, provoquer la non-réponse à certaines questions ou encore le refus de répondre au questionnaire.

1.5.2.2 Roulement des intervieweurs

Le roulement des intervieweurs a aussi provoqué une multiplication des modes de conduite des entrevues qui ont pu engendrer des variations dans la qualité de la collecte de données. Sur ces deux points, il est toutefois important de noter que le contexte culturel dans lequel s'est déroulée la recherche préconisait l'utilisation d'intervieweurs appartenant à la même communauté que l'interviewé. Mentionnons que l'embauche de personnel contractuel membre des Premières Nations et vivant sur la communauté sondée offre un double avantage. Premièrement, la connaissance du terrain et de la langue d'usage peut limiter les problèmes d'interprétation et d'incompréhension de certains concepts difficilement traduisibles. En second lieu, le niveau de confiance des répondants peut aussi s'avérer plus élevé en présence d'un concitoyen que lorsque le questionnaire est administré par un étranger allochtone. Par contre, l'embauche de ce personnel peut avoir comme désavantages de soulever la crainte du bris de confidentialité chez les répondants en raison des liens étroits que les membres de la communauté entretiennent entre eux et l'interprétation des propos du répondant à partir des connaissances qu'a l'intervieweur du répondant. Ceci dit, la situation impliquant le moins de risques a donc été favorisée, soit celle de privilégier des intervieweurs locaux.

1.5.2.3 Erreurs dues au répondant

Concernant les erreurs dues au répondant, il se peut que les répondants aient faussé de manière volontaire ou involontaire certaines réponses. Certains facteurs peuvent expliquer cela. Parmi ceux-ci, le questionnaire présentait certaines questions qui pouvaient induire certaines erreurs dues à la « désirabilité sociale ». La « désirabilité sociale » consiste à donner des réponses que l'on croit « bonnes » sur le plan social (celles



auxquelles on « s'attend » socialement). Les questions habituellement concernées par ces erreurs sont celles qui abordent des sujets délicats. Le questionnaire employé pour cette enquête en compte plusieurs, un fait inévitable lorsqu'une enquête vise à documenter différents items liés à la santé des individus dans une perspective holistique.

Des erreurs dues à la non-réponse se sont aussi glissées tout au long du processus d'enquête. Pour plusieurs questions, les répondants ont donné des réponses incomplètes ou n'ont tout simplement pas répondu, ce qui fausse incontestablement les résultats.

1.5.2.4 Erreurs dues au questionnaire

Bien que réalisés avec minutie et avec le souci d'adapter les questions à la multiplicité des situations vécues par les membres des Premières Nations, les questionnaires conçus pour l'ERLSPN comportent certaines erreurs qui ont pu biaiser des réponses. Ces erreurs ont essentiellement la forme de choix de réponses comportant des catégories non mutuellement exclusives, ou encore de choix de réponses incomplets qui ne couvraient pas l'ensemble des réponses possibles.

Par ailleurs, il existe certaines questions du questionnaire qui peuvent porter à interprétation et ainsi influencer les réponses des répondants. Par exemple, une question demande aux répondants s'ils ont déjà « pensé à se suicider ». En plus d'être un thème délicat, « penser au suicide » n'a sans doute pas la même signification pour chaque répondant. On peut envisager que pour certains, penser au suicide signifie « réfléchir à la question du suicide » alors que pour d'autres c'est « avoir des idées suicidaires ». Les réponses ont ainsi pu être inspirées par la pluralité des perceptions qu'ont les répondants sur le vocabulaire employé pour aborder cette question. Par ailleurs, en cas de questions mal comprises, l'intervieweur pouvait donner des explications complémentaires. Sa formation n'impliquait cependant pas l'assimilation d'indications claires et uniformes à transmettre aux informateurs à propos de chaque question.

1.5.3 Analyse des données et rédaction des rapports

1.5.3.1 Formation des employés

Le secteur de la recherche de la CSSSPNQL a pris en charge l'analyse des données correspondantes aux Premières Nations de la région du Québec de même que la rédaction des différents rapports. Le caractère novateur de l'enquête et la spécificité de la population d'enquête impliquent des innovations méthodologiques et conceptuelles importantes pour mener à bien l'ERLSPN. Bien que l'équipe de recherche de la CSSSPNQL soit composée d'un personnel formé en recherche sociale, la formation complémentaire du personnel aux enjeux de la recherche, aux méthodes d'enquête de même qu'aux différents indicateurs de santé propres aux Premières Nations aurait facilité l'analyse et l'interprétation des résultats. Or, le contexte budgétaire restreint n'a pas permis aux différents analystes et rédacteurs de l'équipe de recherche de la CSSSPNQL d'accéder à des formations ponctuelles et complémentaires.

1.5.3.2 Roulement des employés

L'équipe de recherche de la CSSSPNQL s'est constituée et a grandi en même temps que ce cycle de l'ERLSPN se déployait. L'embauche de personnel s'est donc adaptée aux besoins identifiés au cours des mois et années durant lesquels s'est étendue l'Enquête de 2002. Un peu à l'image de la situation qui a prévalu chez les intervieweurs, le roulement des employés, particulièrement des assistants de recherche, a eu certains impacts sur la réalisation de l'Enquête. En plus de ralentir la production des différents rapports, ce roulement a aussi pu briser le suivi de certaines tâches et de certains dossiers importants dans le cadre de cette enquête. Notons par exemple le transfert des dossiers d'un employé à un autre qui a souffert de ressources limitées afin d'y consacrer le temps nécessaire.

1.6 Notes importantes à l'intention du lecteur

Dans le présent rapport, les données suivies d'un astérisque (*) ont une variabilité d'échantillonnage élevée (coefficient de variation entre 16,6% et 33,3%). Elles doivent être interprétées avec prudence.

Un dièse (#) indique que les données ont été supprimées étant donné leur variabilité d'échantillonnage trop élevée (coefficient de variation de 33,3% et plus).

La variabilité d'échantillonnage des Malécites étant trop grande, il s'avère impossible d'effectuer le moindre croisement selon cette nation; c'est pourquoi on ne les retrouve pas dans les tableaux et les graphiques traitant des résultats selon les nations.

Dans ce rapport, lorsque l'on utilise les termes « la population des Premières Nations », on se réfère à la population désignée des Premières Nations du Québec, laquelle exclue les Cris, les Inuit, les Innus du Labrador et les Mohawks, à l'exception de la communauté de Kanesatake.

Zones géographiques des communautés

Système de zonage développé par le MAINC afin de catégoriser le degré d'isolement géographique des communautés.

- Zone 1 : Situé à moins de 50km d'un centre de services¹¹ relié par une route d'accès ouverte à l'année.
- Zone 2 : Situé entre 50 et 350km d'un centre de services relié par une route d'accès ouverte à l'année.
- Zone 3 : Situé à plus de 350km d'un centre de services relié par une route d'accès ouverte à l'année.
- Zone 4 : Aucune route d'accès ouverte à l'année vers un centre de services.

Tailles des communautés

Petite taille : Entre 0 et 300 habitants.
Moyenne taille : Entre 301 et 1 499 habitants.
Grande taille : 1 500 habitants et plus.

Notons que les résultats des communautés de petite et de moyenne tailles, de même que ceux des zones 3 et 4, ont été fusionnés, car pris individuellement, ils se révélaient non significatifs au plan statistique.

Enfin, précisons que tous les résultats ont été croisés selon l'âge, le sexe, la nation, la taille et la zone des communautés. L'influence de l'éducation, de la langue la plus souvent utilisée, de l'état civil et du revenu a également été vérifiée lorsque la pertinence de tels croisements nous apparaissait valable. Si des résultats n'apparaissent pas dans le document, c'est donc que les différences n'étaient pas valables statistiquement et, afin d'alléger le texte, nous n'avons pas systématiquement mentionné ces croisements sans valeur statistique.

¹¹ Localité la plus près pour avoir accès aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.



Section 2: **La santé des enfants (0 à 6 ans)**

La santé des enfants (0 à 6 ans)

2.1 Faits saillants

2.1.1 Caractéristiques sociales

2.1.1.1 Renseignement sur le ménage :

La majorité des enfants (52,5%) vit dans des familles qui comptent 2 ou 3 mineurs (0-17 ans). On remarque que davantage d'enfants vivent dans des familles nombreuses (4 enfants ou plus) dans les communautés de la zone 2¹² (33,3%) que dans les communautés des zones 1, 3 et 4 (13,1%* et 26,3% respectivement). La majorité des enfants vit avec 2 adultes (60,9%). Toutefois, cette proportion varie d'une nation à l'autre, s'échelonnant de 48,5% chez les Atikamekw à 81,1% chez les Hurons/Wendat.

2.1.1.2 Langues des Premières Nations et culture traditionnelle :

Plus de la moitié des enfants parlent et comprennent « avec aisance » ou « assez bien » une langue des Premières Nations. Pour les parents et les tuteurs interrogés chez les Algonquins, les Mi'kmaq, les Innus, les Atikamekw et les Naskapis, il est « très important » que l'enfant apprenne une langue des Premières Nations. Les Abénakis et les Hurons/Wendat accordent moins d'importance à l'apprentissage d'une langue des Premières Nations. Cette observation concorde avec le fait que la quasi-totalité des membres de ces nations ne parle pas couramment la langue abénakise ou huronne. On observe également une relation entre l'isolement de la communauté et le fait de comprendre avec « aisance » ou « assez bien » une langue des Premières Nations. En effet, 86,7% des enfants des zones 3 et 4, 72,8% de la zone 2 et 32,8% des enfants vivant dans la zone 1 comprennent une langue des Premières Nations. Enfin, la majorité des parents ou tuteurs considère que les événements culturels traditionnels sont importants dans la vie de leur enfant. Ceci est particulièrement marqué dans les communautés de grande taille où la majorité des parents ou tuteurs accordent beaucoup d'importance aux événements culturels traditionnels (51,1%), comparativement aux communautés de petite ou de moyenne tailles (45,5%).

2.1.1.3 Éducation :

Près des trois quarts des enfants (73,1%) fréquentaient l'école primaire ou le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAP) au moment de l'enquête. On remarque que près de la moitié des enfants participe ou a déjà participé au PAP (46,9%). Également, 10,1% des enfants ont doublé une année scolaire. Cela est davantage fréquent chez les garçons que chez les filles. Le niveau de scolarité des parents ou des tuteurs des enfants est également faible pour une majorité d'entre-eux. Plus de la moitié des pères (53,1%) et des mères (50,6%) n'ont pas complété leurs études secondaires. Enfin, on remarque qu'un nombre plus important de parents n'ont pas complété leurs études secondaires dans les communautés de petite et de moyenne tailles.

2.1.2 État de santé

2.1.2.1 État de santé général :

La grande majorité des parents ou des tuteurs (44,3%) considère que la santé de l'enfant est « excellente » ou « très bonne/bonne » (51,8%). Toutefois, un nombre considérable de l'ensemble des parents ou des tuteurs affirme que l'enfant souffre de problèmes médicaux (46,6%). Les problèmes les plus fréquents sont

¹² Système de zonage développé par les Affaires Indiennes et du Nord Canadien afin de catégoriser le degré d'isolement géographique des communautés

- Zone 1 : Situé à moins de 50km d'un centre de services* relié par une route d'accès ouverte à l'année.
- Zone 2 : Situé entre 50 et 350km d'un centre de services* reliés par une route d'accès ouverte à l'année.
- Zone 3 : Situé à plus de 350km d'un centre de services* reliés par une route d'accès ouverte à l'année.
- Zone 4 : Aucune route d'accès ouverte à l'année vers un centre de services*.

* Localité la plus près pour avoir accès aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.



les problèmes respiratoires, les problèmes de la vue ou de l'ouïe et les allergies. Également, plusieurs enfants sont obèses (40,1%) ou souffrent d'embonpoint (12,2%). Les résultats démontrent que la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint est plus élevée dans les zones 3 et 4 que dans les zones 1 et 2.

Plus du tiers des enfants ont été allaités (38,7 %). La proportion d'enfants ayant été allaités varie d'une zone à l'autre. En effet, une plus grande proportion d'enfants ont été allaités dans la zone 1 (46,1 %) et dans la zone 2 (39,7%) que dans les zones 3 et 4 (16,3%). La proportion d'enfants ayant été allaités semble augmenter avec le niveau de scolarité de la mère, passant de 31,3 % pour les mères n'ayant pas complété leurs études secondaires à 69,4 % pour celles ayant étudié à l'université. Enfin, l'enquête n'a décelé aucun cas de diabète chez les enfants, ce qui peut être surprenant compte tenu de la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint. Ceci peut s'expliquer par le faible pourcentage d'enfants ayant subi un test de dépistage du diabète (7,4%).

2.1.2.2 Soins dentaires :

De manière générale, la majorité des enfants a déjà eu accès à des soins dentaires. En effet, plus des deux tiers des enfants ont reçu des soins dentaires dans les 12 mois précédant l'enquête. Également, quatre enfants sur cinq qui nécessitaient des soins dentaires au moment de l'enquête avaient besoin d'un entretien (80,2%) et plus du tiers avaient besoin d'un plombage ou d'une restauration (35,8%). Enfin, l'enquête a révélé que 14,8% des enfants ont déjà souffert de la carie du biberon.

2.1.3 Habitudes de vie

2.1.3.1 Alimentation :

Près des deux tiers des parents ou des tuteurs interrogés considèrent que l'enfant a un régime alimentaire « toujours » ou « presque toujours » équilibré et nutritif. L'enquête a également révélé que les 0-5 ans ont un régime alimentaire plus équilibré et nutritif que les 6-11 ans. Enfin, la consommation d'aliments traditionnels est faible pour l'ensemble des enfants. Toutefois, on remarque qu'elle est plus forte dans les zones 3 et 4.

2.1.3.2 Activités physiques :

De manière générale, les garçons semblent plus actifs physiquement que les filles. Près du tiers des garçons (32,1%) font des activités physiques à raison de 1 à 3 fois par semaine comparativement au quart des filles (26,6%). De plus, il y a plus d'enfants dans la zone 1 qui s'adonnent à des activités physiques structurées, ce qui peut être dû au fait que les programmes d'activités et les infrastructures y sont davantage développés. Enfin, la majorité des enfants (58,3%) joue à l'extérieur à raison d'au moins deux heures par jour.

2.1.3.3 Activités sédentaires :

Les activités sédentaires (regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo, etc.) occupent un bon nombre d'enfants, et ce, plusieurs heures par semaine. Alors que le quart des enfants (24,3%) regarde la télévision de 5 à 9 heures par semaine et qu'un autre quart (25,9%) la regarde de 10 à 14 heures par semaine, plus du tiers des enfants regardent la télévision 15 heures et plus par semaine. Enfin, près des deux tiers des garçons jouent à des jeux vidéo à raison de 10 heures et plus par semaine, alors que la moitié des filles jouent moins de 4 heures par semaine.

2.1.3.4 Tabagisme des mères :

Un peu plus de la moitié des parents ou des tuteurs ont affirmé que la mère de l'enfant fumait lorsqu'elle était enceinte (50,5%). La grande majorité d'entre elles fumait à tous les jours (85,2%) et/ou durant les 9 mois de leur grossesse (83,8%). On constate que les taux de tabagisme des femmes enceintes diffèrent d'une zone à l'autre. Les résultats démontrent qu'il y a plus de mères qui ont fumé lorsqu'elles étaient enceintes dans les zones 3 et 4 (62,2%), que dans la zone 1 (40,6%) et la zone 2 (59,1%). Également, plus de la moitié des parents et des tuteurs ont affirmé qu'au moins un autre membre du ménage fumait lorsque la mère était enceinte. Enfin, près de la moitié des domiciles n'offre pas un environnement sans fumée pour l'enfant.



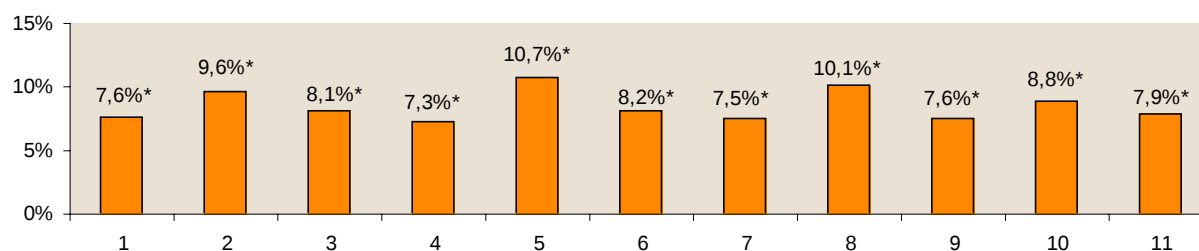
2.2 Profil démographique

2.2.1 Âge, sexe et lieu de résidence

2.2.1.1 Âge

Le graphique suivant présente l'âge des enfants. La moyenne d'âge est de 5,8 ans.

Graphique 2: Âge des enfants



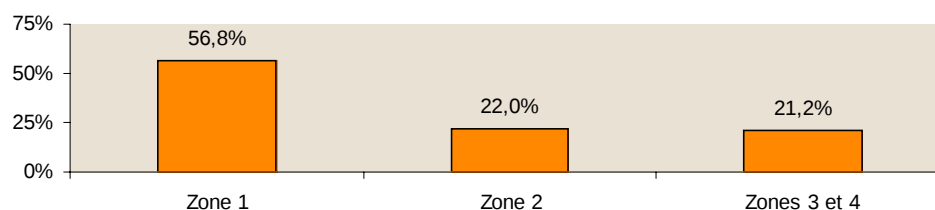
2.2.1.2 Sexe

Les pourcentages de garçons (51,0%) et de filles (49,0%) sont semblables pour l'ensemble de la population des Premières Nations. Cependant, au sein des communautés des zones 3 et 4, on compte un plus grand pourcentage de filles (53,3%) que de garçons (46,7%), à l'instar des communautés de petite et de moyenne tailles qui comptent 52,9% de filles. On remarque une situation inverse chez les Atikamekw qui comptent 52,5% de garçons.

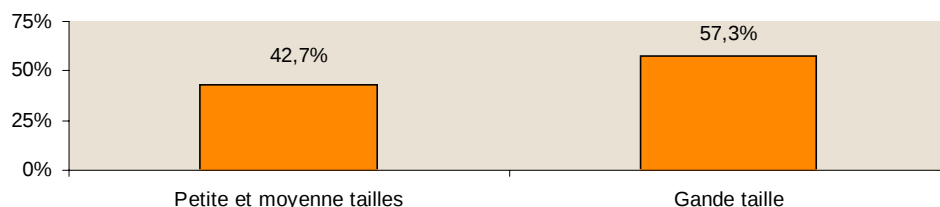
2.2.1.3 Lieu de résidence

Comme nous pouvons le remarquer dans les graphiques qui suivent, plus de la moitié des enfants habitent en zone 1 et dans les communautés de grande taille, soit 56,8% et 57,3%. De plus, 22,0% habitent en zone 2 et 21,2% en zones 3 et 4. Les enfants habitent donc majoritairement dans des communautés rapprochées des centres urbains. Le fait que ces communautés soient plus populeuses explique probablement que la proportion d'enfants soit plus élevée.

Graphique 3: Répartition des enfants par zone géographique



Graphique 4: Répartition des enfants selon la taille de la communauté



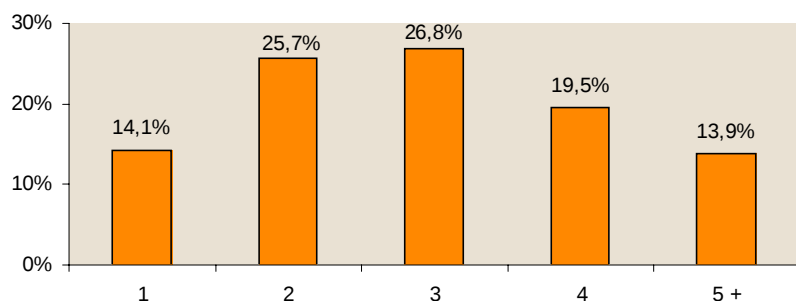
2.2.2 Renseignements sur le ménage

2.2.2.1 Nombre de mineurs (0 à 17 ans) à la maison

Plus de la moitié des enfants vivent dans des ménages comptant 2 ou 3 mineurs à la maison. Un enfant sur trois vit dans un ménage comptant au moins 4 mineurs (graphique 5).

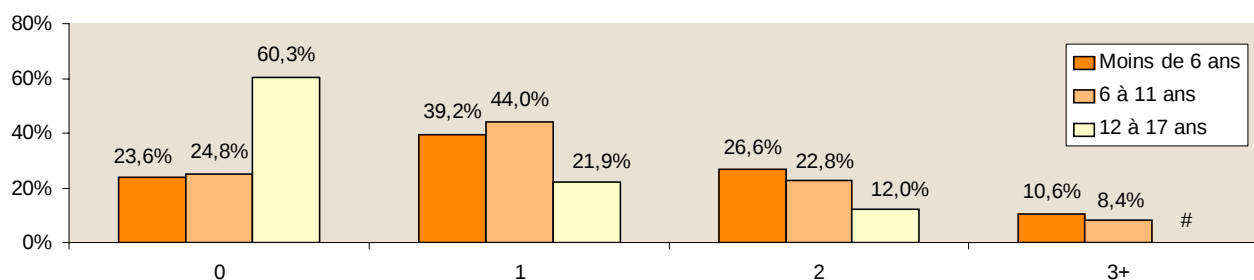
On observe une relation entre la zone géographique et les enfants vivant dans des ménages comptant 4 mineurs, passant ainsi de 13,1%* en zone 1 à 26,3% en zones 3 et 4. La zone 2 se démarque, quant à elle, avec le tiers des enfants vivant dans des ménages ayant 5 mineurs et plus.

Graphique 5: Nombre de mineurs par ménage (0 à 17 ans)



Le graphique 6 répartit le nombre d'enfants à la maison selon le groupe d'âge. Spécifions que ces enfants ne sont pas nécessairement des frères et sœurs et qu'exceptionnellement pour cette section sur la santé des enfants, les adolescents sont inclus. Enfin, la cohorte des enfants se révèle visiblement plus nombreuse que celle des adolescents.

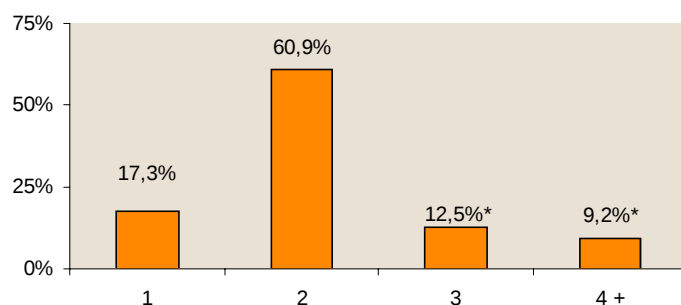
Graphique 6: Nombre de mineurs à la maison, présenté par groupe d'âge





2.2.2.2 Nombre d'adultes dans le ménage

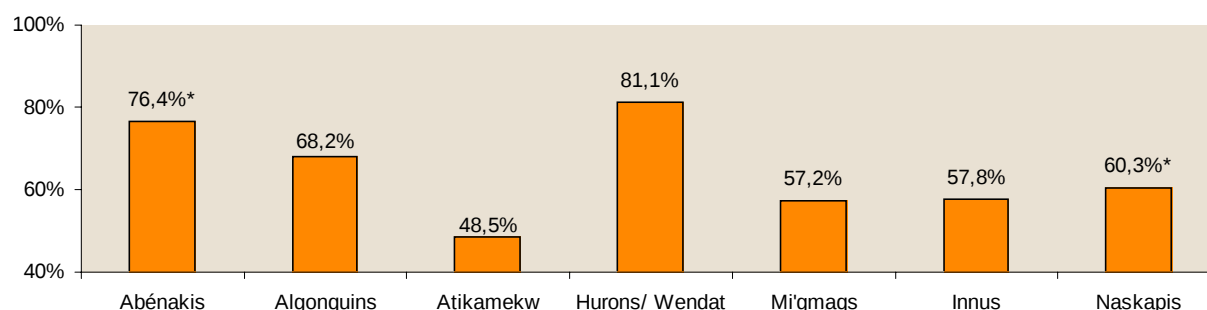
Graphique 7: Nombre d'adultes dans le ménage



60,9% des enfants vivent dans des ménages constitués de deux adultes. 96,2% des ménages ne comptent aucun adulte de 65 ans et plus.

Le graphique 8 présente le pourcentage d'enfants vivant dans des ménages comptant deux adultes selon la nation. Le modèle occidental du couple avec ses enfants semble rejoindre la plupart des ménages, exception faite des Atikamekw, dont près d'un ménage sur cinq avec enfants comptent trois adultes. Soulignons qu'un ménage innu sur cinq est monoparental, cette proportion grimpant à plus du tiers chez les Mi'gmaqs.

Graphique 8: Proportions d'enfants vivant dans un ménage comptant deux adultes, par nation



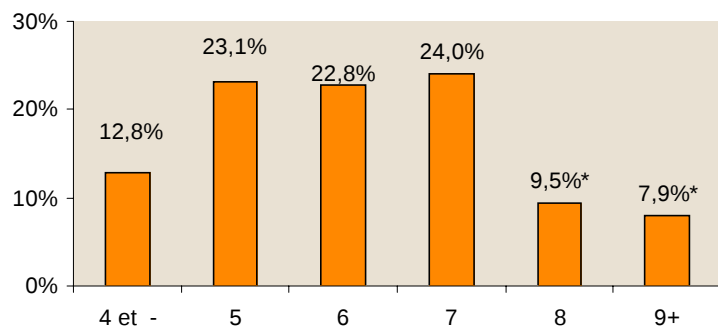
Note : L'absence des Malécites de Viger et des Mohawks s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

67,8% des enfants de zone 1 proviennent d'un ménage comptant deux adultes; ils sont 56,0% dans les autres zones.

Dans les communautés de grande taille, plus d'un enfant sur cinq vit dans une famille monoparentale, contre 15,6%* dans les petites et moyennes communautés. Plus des deux tiers des enfants de ces dernières proviennent de ménages comptant deux adultes, contre 56,8% dans les communautés de grande taille.

2.2.2.3 Grandeur du logement

Graphique 9: Nombre de pièces dans la maison



On obtient une moyenne de 6,2 pièces par maison (sans compter les salles de bain, les entrées, la salle de lavage et les hangars attenants).

Le tableau 2 présente le nombre de pièces dans la maison selon le nombre de mineurs inclus dans le ménage.

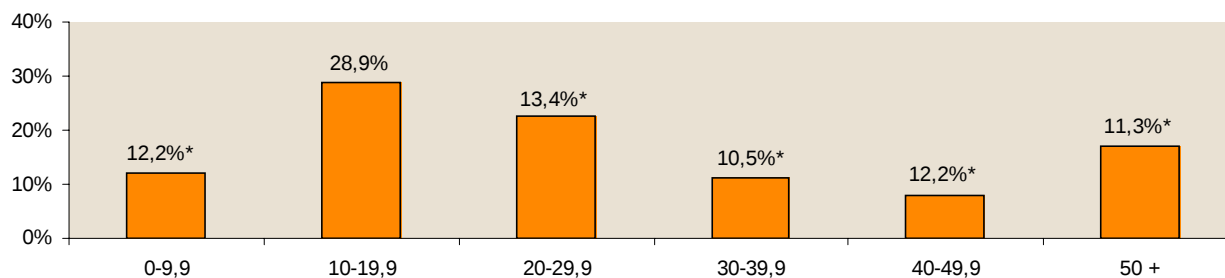
Tableau 2: Nombre de pièces dans la maison selon le nombre de mineurs (0-17 ans)

Nombre de pièces	Nombre de mineurs				
	1	2	3	4	5 et plus
4 et moins	31,4%	15,8%*	#	#	#
5	19,4%*	20,7%*	30,7%	21,6%*	18,8%*
6	#	23,8%	23,6%	31,8%	#
7	20,1%*	21,2%*	23,2%	21,0%*	38,3%
8	#	#	#	#	#
9 et plus	#	#	#	#	18,7%*

2.2.2.4 Revenu annuel du ménage

Le revenu annuel moyen des ménages avec enfants est de 22 500\$ (ceci représente le revenu net total de tous les membres du ménage). Le gouvernement du Québec a établi de manière transitoire le seuil de pauvreté à 18 200 \$ pour un couple avec un enfant et 24 500\$ pour les familles de trois enfants et plus¹³.

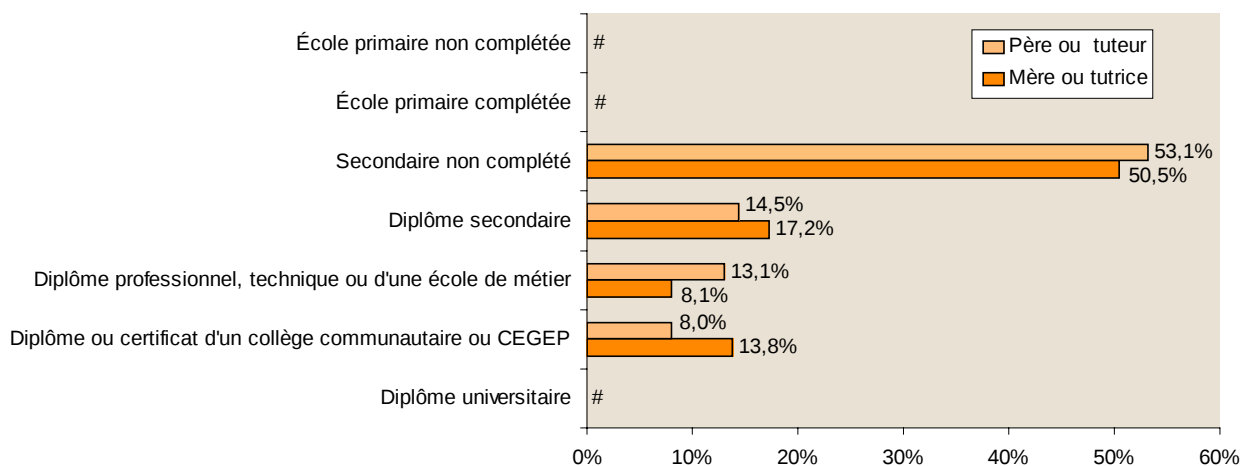
Graphique 10: Proportions des ménages avec enfants en fonction du revenu annuel (exprimé en milliers de dollars)



¹³ Lévesque, K. et Chouinard, T., *Le Devoir*, lundi 10 novembre 2003.

2.2.2.5 Niveau de scolarité des parents ou tuteurs

Graphique 11: Niveau de scolarité des parents ou tuteurs



Alors qu'en zone 1, le tiers des mères ou tuteurs n'ont pas complété leurs études secondaires, cette proportion atteint les deux tiers dans les autres zones. Les proportions s'avèrent similaires pour les hommes ou tuteurs, bien qu'ils soient plus nombreux en zone 1 à ne pas avoir complété leurs études secondaires (39,6%).

Les différences apparaissent également importantes selon la taille de la communauté : les parents ou tuteurs s'avèrent généralement plus éduqués dans les grandes communautés, comme le démontre le tableau 3.

Tableau 3: Niveau de scolarité des parents/tuteurs selon la taille de la communauté

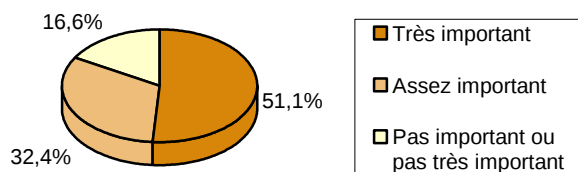
Scolarité	Taille de la communauté			
	Petite et moyenne tailles		Grande taille	
	Mère/Tutrice	Père/Tuteur	Mère/Tutrice	Père/Tuteur
Secondaire non complété	48,1%	51,5%	37,3%	47,9%
Diplôme secondaire	17,0%*	16,3%*	23,8%	18,1%
Diplôme d'une école de métier, technique ou professionnel	#	12,7%*	10,7%*	13,4%*
Diplôme ou certificat d'un collège communautaire ou CEGEP	15,4%*	#	17,5%	10,2%*

2.2.3 Langues des Premières Nations et culture traditionnelle

2.2.3.1 Langues comprises et langues parlées

Le graphique 12 témoigne de l'importance accordée par la grande majorité des parents ou tuteurs à l'intégration d'une langue des Premières Nations chez leur enfant.

Graphique 12: Degré d'importance accordé par les parents ou tuteurs à l'apprentissage d'une langue des Premières Nations par l'enfant



Alors que 58,4% des enfants comprennent une ou plusieurs langues des Premières Nations avec aisance ou assez bien, ils sont 50,6% à la ou les parler avec aisance ou assez bien.

Plus du tiers des parents ou tuteurs se disent très satisfaits du degré de maîtrise d'une langue des Premières Nations atteint par leur enfant. Un autre tiers se dit satisfait alors que 17,8% sont insatisfaits ou très insatisfaits.

Pour plus de deux tiers des Abénakis, il n'est pas très important ou pas important du tout que leur enfant apprenne une langue des Premières Nations, comparativement à la moitié des Hurons/Wendat. Près de la moitié des Algonquins et des Mi'gmaqs considère au contraire que c'est très important, tout comme 79,7% des Innus, 84,5% des Atikamekw et 96,5% des Naskapis. Ces perceptions se reflètent directement dans la compréhension ou l'utilisation d'une ou plusieurs langues des Premières Nations par les enfants, comme le démontre le tableau ci-dessous.

Tableau 4: Proportions d'enfants capables de comprendre ou de parler une langue des Premières Nations avec aisance ou assez bien, par nation

Capacité de comprendre ou de parler une langue des Premières Nations avec aisance ou assez bien	Nations					
	Abénakis	Algonquins	Atikamekw	Mi'gmaqs	Innus	Naskapis
Comprend une ou plusieurs langues des Premières Nations	#	40,8%	84,3%	22,4%*	66,7%	92,5%
Parle une ou plusieurs langues des Premières Nations	0,0%	21,8%*	78,9%	#	61,8%	87,3%

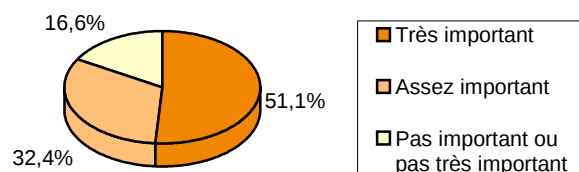
Note : L'absence des Hurons / Wendat, des Malécites de Viger et des Mohawks s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

Le degré d'isolement de la communauté est associé à la perception des individus sur l'importance que les enfants apprennent une langue des Premières Nations. Alors que moins de la moitié des parents (47,2%) considère cet apprentissage très important en zone 1, 33,0% sont de cet avis en zone 2 et 94,6% en zones 3 et 4. Enfin, 18,7% des parents vivant en zone 1 considèrent qu'il n'est pas très important ou pas important du tout que son enfant apprenne une langue des Premières Nations.

86,7% des enfants en zones 3 et 4 comprennent avec aisance ou assez bien une ou plusieurs langues des Premières Nations, comparativement à 72,8% en zone 2 et à 32,8% en zone 1. Alors que 81,0% des enfants vivant en zones 3 et 4 parlent une ou plusieurs langues des Premières Nations, ils sont 71,6% en zone 2 et 21,7% en zone 1. La proportion de parents très satisfaits du degré de maîtrise d'une langue des Premières Nations par leurs enfants suit donc le même modèle, passant de 15,8%* en zone 1 à 69,7% en zones 3 et 4. Enfin, on remarque que pour plus de la moitié des parents des communautés de petite et de moyenne tailles et plus des deux tiers des communautés de grande taille, il est très important que leur enfant apprenne une langue des Premières Nations.

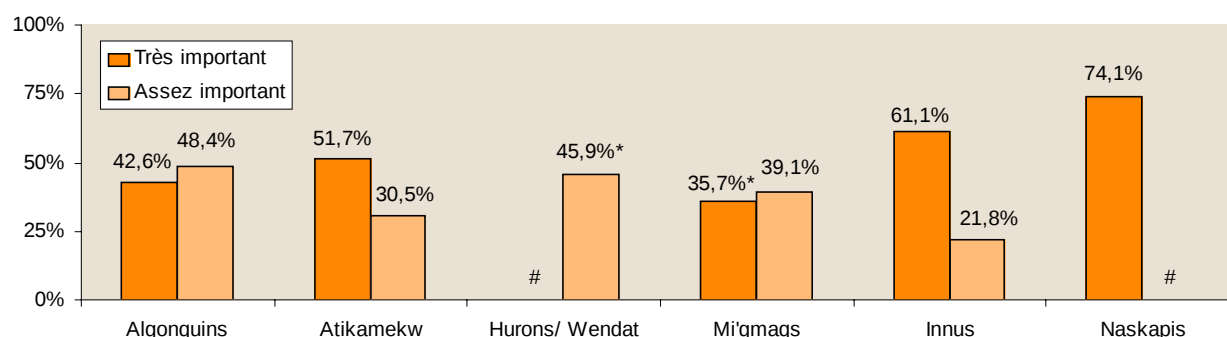
2.2.3.2 Culture traditionnelle

Graphique 13: Degré d'importance des événements culturels traditionnels dans la vie de l'enfant



La majorité des parents ou tuteurs considère que les événements culturels traditionnels sont importants dans la vie de l'enfant. Les proportions d'individus qui considèrent les événements culturels traditionnels très importants ou assez importants dans la vie de leur enfant sont présentées par nation dans le graphique suivant.

Graphique 14: Degré d'importance des événements culturels traditionnels dans la vie de l'enfant, par nation

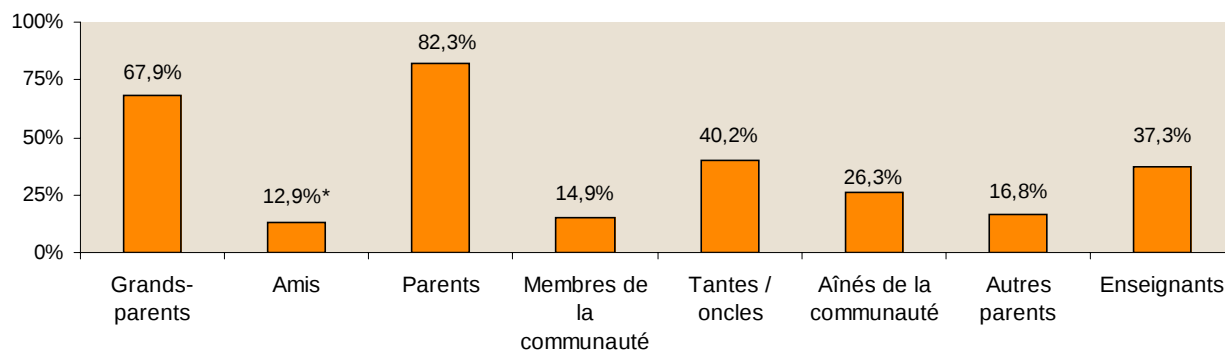


Note : L'absence des Abénakis et des Malécites de Viger et des Mokawks s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

Ajoutons qu'environ le quart des Mi'gmaqs (25,0%*) juge que les événements culturels traditionnels ne sont pas très importants ou pas importants du tout dans la vie de leur enfant, à l'instar de 17,4%* des Atikamekws et des Innus.

Le graphique 15 présente les personnes qui, selon les parents ou tuteurs interrogés, aident l'enfant à comprendre sa culture. Divers membres de la famille se partagent ce rôle qui est majoritairement assumé par les parents et les grands-parents. On constate que le rôle des enseignants est relativement peu élevé, ce qui peut s'expliquer par le fait que la majorité des enseignants sont allochtones.

Graphique 15: Personnes qui aident les enfants à comprendre la culture traditionnelle.



Les parents ou tuteurs occupent la première place en tant que personne-ressource aidant l'enfant à comprendre sa culture, à l'exception des Naskapis et des Mi'gmaqs, où ce sont les grands-parents qui assurent ce rôle. Ces derniers se trouvent néanmoins au deuxième rang chez les autres nations. Notons que les aînés jouent un rôle prépondérant chez les Atikamekw.

Tableau 5: Personnes qui aident les enfants à comprendre leur culture, par nation

Qui aide les enfants ?	Nations						
	Abénakis	Algonquins	Atikamekw	Hurons/Wendat	Mi'gmaqs	Innus	Naskapis
Grands-parents	#	62,9%	79,2%	35,6%*	52,3%	72,8%	83,6%
Amis	#	#	22,0%*	#	#	12,1%*	#
Parents	81,5%	81,5%	88,4%	83,8%	43,0%	89,1%	56,7%*
Membres de la communauté	#	17,9%*	29,3%	#	#	#	#
Tantes/Oncles	#	35,6%	65,4%	#	25,1%*	35,5%	#
Aînés de la communauté	#	#	50,3%	#	#	27,9%	#
Autres parents	0,0%	#	32,5%	#	#	11,8%*	#
Enseignants	#	51,2%	35,0%	#	46,5%	33,3%	#

Note : L'absence des Malécites de Viger et des Mohawks s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

La culture étant intrinsèquement liée à la langue, l'importance qu'accordent les parents à l'une suit l'importance donnée à la seconde. Les résultats obtenus indiquent toutefois que la langue semble primer sur les événements culturels traditionnels. En effet, alors que 42,2% des parents en zone 1 trouvent très importants les événements culturels traditionnels dans la vie de l'enfant (47,2% pour la langue), ils sont 63,0% dans les zones 3 et 4 (94,6% pour la langue). Enfin, 17,1% en zone 1 jugent que ces événements ne sont pas très importants ou pas importants du tout.

Le constat est le même pour la taille des communautés en ce qui a trait à l'importance des événements culturels traditionnels et à l'importance de parler une langue des Premières Nations, comme le démontre le tableau 6.



Tableau 6: Proportions de parents ou de tuteurs considérant très importants les événements culturels et traditionnels et la capacité de parler une langue des Premières Nations selon la taille de la communauté

Parents/ tuteurs considérant très importants :	Taille de la communauté	
	Petite et moyenne	Grande
Événements culturels et traditionnels	45,5%	51,1%
Parler une langue des Premières Nations	55,8%	68,5%

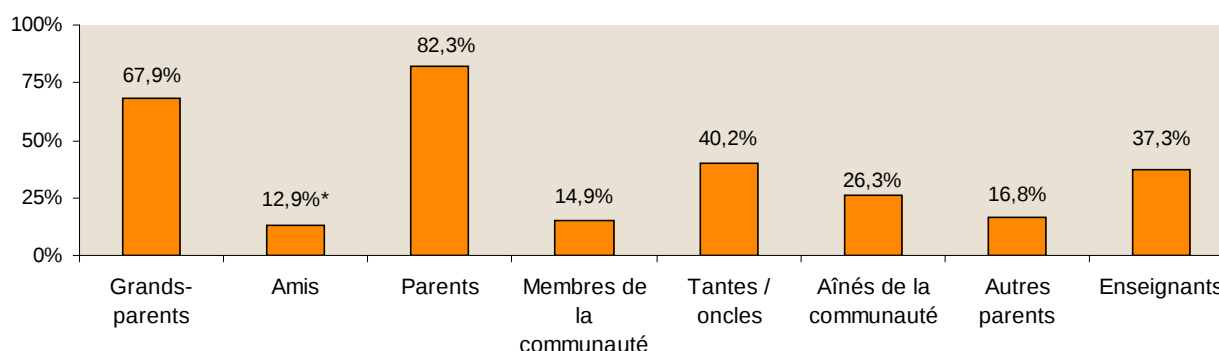
2.2.4 Éducation

73,1% des enfants fréquentaient l'école primaire ou le Programme d'aide préscolaire des Premières Nations (PAPPN) au moment de l'enquête. 46,9% des enfants ont d'ailleurs déjà participé au PAPPN.

Les parents ou tuteurs ont souvent tendance à valoriser leur enfant et cette tendance semble se refléter lorsqu'on leur demande d'évaluer le classement scolaire de leur enfant. En effet, selon les parents et les tuteurs, 27,4% des enfants sont supérieurs à la moyenne alors que 24,3% sont légèrement supérieurs à la moyenne. Toutefois, l'enquête révèle que 10,1% des enfants ont déjà doublé une année scolaire.

Précisons que les garçons reçoivent une évaluation de leur rendement scolaire inférieure à celle des filles : alors que près du tiers d'entre elles sont considérées supérieures à la moyenne, moins du quart des garçons le sont (22,5%). Ces derniers sont, par conséquent, plus nombreux à être évalués par leurs parents ou tuteurs comme étant dans la moyenne : 44,6% par rapport au tiers des filles. Enfin, notons que 13,4%* des garçons ont d'ailleurs doublé une année scolaire, contre un pourcentage qui n'est pas significatif sur le plan statistique chez les filles.

Graphique 16: Proportions d'enfants fréquentant ou ayant fréquenté l'école ou le Programme d'aide préscolaire des Premières Nations (PAPPN), par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger et des Mohawks s'explique par des résultats non significatifs sur le plan statistique.

L'absence de statistiques significatives pour les Hurons/Wendat peut surprendre. Il faut savoir que le PAPPN peut être livré au sein de la communauté sous divers volets : visites à domicile, dans des établissements d'éducation, ou à partir d'autres infrastructures telles que les services de garde. Dans le passé, les fonds destinés à ce programme ont servi à offrir plusieurs activités, dont des sessions d'information, des activités parentales, des événements culturels avec la garderie, etc. Ce n'est que depuis 2003-2004 qu'un programme en établissement est en vigueur à Wendake, soit après la réalisation de la présente étude dans cette communauté.

2.3 État de santé

2.3.1 État de santé général

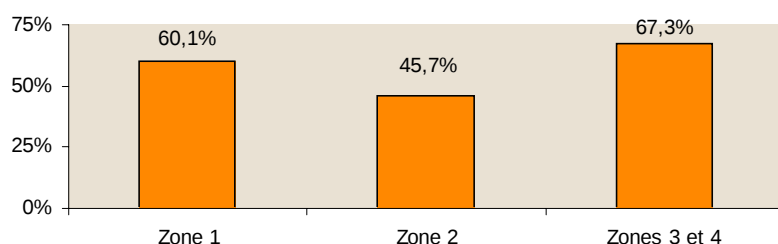
Les parents ou les tuteurs de l'enfant ont généralement une perception positive de l'état de santé de l'enfant. Effectivement, 44,3% estiment que l'enfant est en excellente santé et 51,8% estiment qu'il est en très bonne ou en bonne santé. Nous pouvons remarquer, par contre, qu'un pourcentage important de parents ou tuteurs affirme que la mère de l'enfant fumait lorsqu'elle était enceinte (50,5%), qu'une proportion élevée d'enfants n'ont pas été allaités (61,3%) et qu'une proportion importante d'enfants souffrent d'obésité (40,1%).

2.3.1.1 Tabagisme de la mère lors de la grossesse

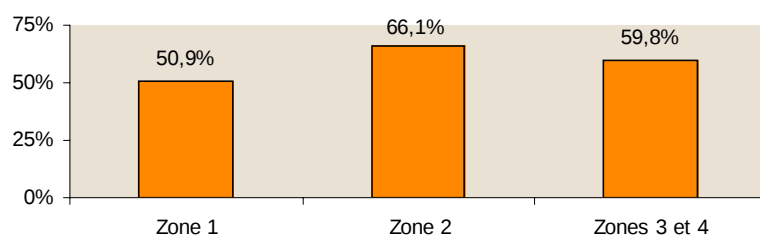
En ce qui concerne les mères ayant fumé durant leur grossesse (50,5% des mères), 38,0% d'entre elles ont fumé tout au long de leur grossesse et 6,8% ont cessé de fumer au cours du premier trimestre. Parmi les mères qui ont fumé tout au long de leur grossesse, 76,1% fumaient tous les jours. Par ailleurs, 59,0% des parents ou tuteurs de l'enfant ont affirmé qu'un autre membre du ménage fumait lorsque la mère était enceinte. De plus, 44,5% mentionnent que leur domicile n'offre pas un environnement sans fumée pour l'enfant.

La proportion de mères qui ont fumé lorsqu'elles étaient enceintes est moins élevée en zone 1. Par contre, les mères qui ont fumé durant leur grossesse ont davantage fumé en zones 1 et 2, avec des pourcentages respectifs de 76,5% et 79,9% de fumeuses enceintes qui ont fumé tous les jours. En zones 3 et 4, ce pourcentage atteint 60,9%. En ce qui concerne l'exposition à la fumée secondaire, la zone 2 est la plus affectée. 66,1% des parents ou tuteurs de l'enfant affirment qu'un autre membre du ménage fumait lorsque la mère était enceinte et moins de la moitié (45,7%) affirment que leur domicile offre un environnement sans fumée pour l'enfant.

Graphique 17: Proportions de parents ou de tuteurs ayant un domicile sans fumée, par zone géographique



Graphique 18: Proportions de répondants affirmant qu'au moins un autre membre du ménage fumait durant la grossesse de la mère, par zone géographique



2.3.1.2 Poids, embonpoint et obésité

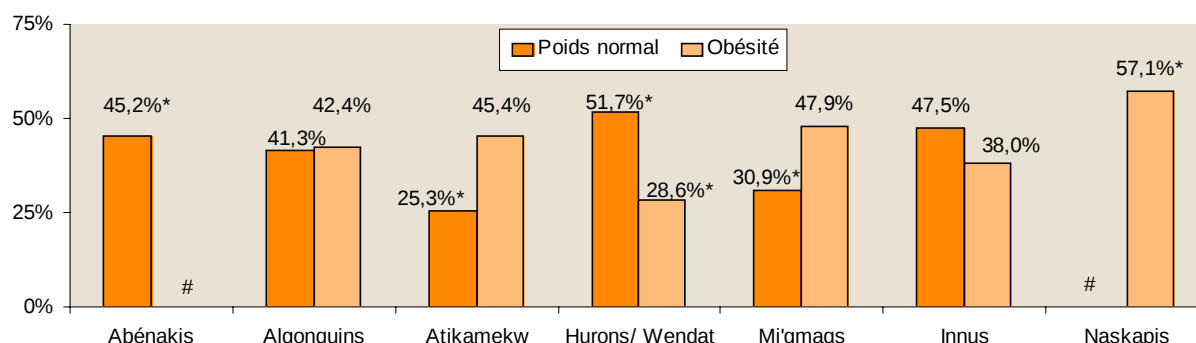
Nous constatons que 40,1% des enfants sont obèses, pourcentage pratiquement identique à celui des enfants qui ont un poids normal, tel que démontré dans le tableau 7. Soulignons également que 12,2%* des enfants font de l'embonpoint.

Tableau 7: Répartition des enfants de 2 ans et plus¹⁴ selon les catégories de l'indice de masse corporelle (IMC)¹⁵

Catégories de poids de l'IMC	% d'enfants
Poids insuffisant	#
Poids normal	40,3%
Embonpoint	12,2%*
Obésité	40,1%

Les communautés situées en zones 3 et 4 obtiennent une prévalence d'obésité infantile particulièrement élevée où 65,6% des enfants sont obèses. La zone 1 obtient, quant à elle, une prévalence de 37,1% d'obésité infantile. Pour les communautés situées en zone 2, nous n'obtenons pas de pourcentages significatifs d'embonpoint et d'obésité infantile, nous ne pouvons donc pas la comparer aux autres zones. Toutefois, nous remarquons que les Algonquins et les Atikamekw, qui comptent plusieurs communautés en zone 2, obtiennent des prévalences élevées d'obésité, avec respectivement 42,4% et 45,4% des enfants. Ce sont tout de même les Naskapis qui obtiennent le taux le plus élevé, avec plus de la moitié des enfants qui souffrent d'obésité (57,1%), suivi des Mi'gmaqs (47,9%). Enfin, les Innus ont une prévalence d'obésité infantile de 38,0%.

Graphique 19: Proportions d'enfants de poids normal ou souffrant d'obésité, par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger et des Mohawks s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

Parmi les phénomènes pouvant expliquer la forte occurrence d'IMC indiquant l'embonpoint ou l'obésité des enfants, le coût élevé des aliments frais dans les communautés isolées n'est pas à négliger. Dans les communautés qui sont davantage isolées, il est moins cher de se procurer des croustilles et du chocolat que des fruits et des légumes. Des subventions pour le transport des aliments sains et frais pourraient être une solution. On ajoute que consommer des fruits et légumes n'est pas nécessairement une action facile dans les communautés isolées et que cela ne fait pas nécessairement partie de la culture traditionnelle. Ceci se reflète dans le fait que certains fruits et légumes n'ont pas de nom équivalent dans la langue locale.

Enfin, en ce qui a trait à l'activité physique, certaines communautés n'ont pas d'installations sportives, alors que celles qui en ont manquent de fonds pour y organiser des activités et des loisirs.

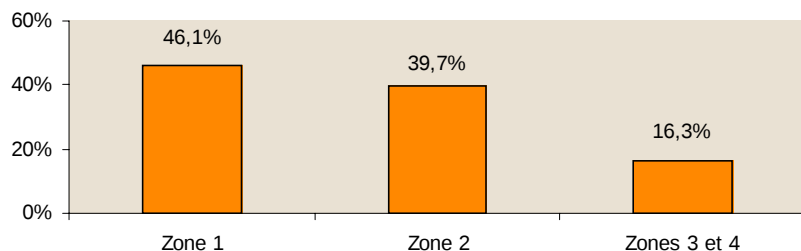
¹⁴ L'indice de masse corporelle ne peut se calculer chez les enfants âgés de moins de 2 ans.

¹⁵ L'indice de masse corporelle est un outil utilisé pour déterminer le poids santé d'un individu. En calculant le poids (kg) d'un individu divisé par sa taille au carré (mètres), on obtient l'indice de masse corporelle. Chez les enfants et les adolescents, on applique cet indice à une charte de croissance qui nous indique dans quelle catégorie de poids le sujet se situe : poids insuffisant, poids normal, embonpoint ou obésité.

2.3.1.3 Allaitement

On remarque des différences importantes entre les situations géographiques des communautés en ce qui a trait aux proportions d'enfants allaités ou ayant été allaités. Les communautés situées en zones 3 et 4 obtiennent la proportion la plus basse d'enfants ayant été allaités, soit 16,3% comparativement à 39,7% en zone 2 et 46,1% en zone 1.

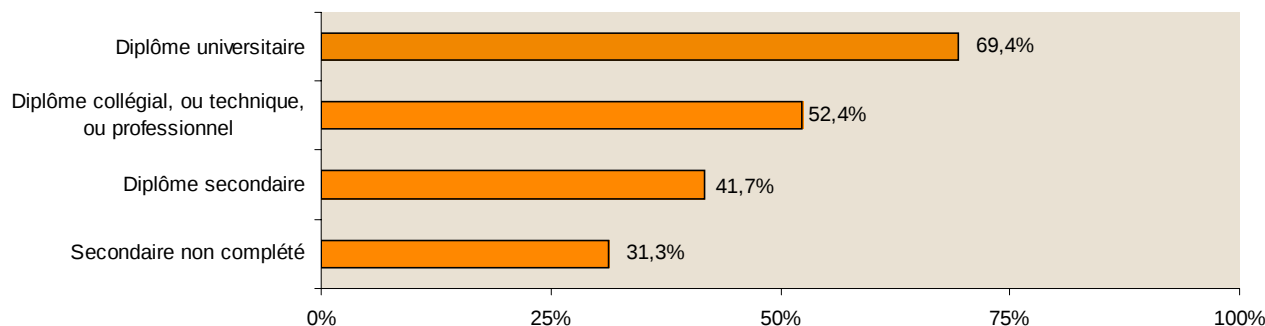
Graphique 20: Proportions d'enfants allaités ou ayant été allaités, par zone géographique



Les commentaires des participants à la session d'interprétation ont été très éclairants au sujet des facteurs liés au choix d'allaiter ou non son enfant. Par exemple, en zone 4, les futures mères quittent leur communauté trois semaines avant l'accouchement, puis y reviennent après avoir passé une semaine à l'hôpital. L'aide et le support étant primordiaux pour l'allaitement, plusieurs abandonnent à défaut d'accès à cette aide. On retrouve davantage de ressources en zone 1 où le support et le suivi à l'allaitement peuvent aller jusqu'à un an. Ce support peut prendre la forme, par exemple, du « Welcome Baby Basket » contenant des informations, du matériel et les noms de divers organismes de support aux nouvelles mères (ex. : Ligue La Leche), etc.

Nous constatons que le niveau de scolarité de la mère semble être associé au choix d'allaiter ou non son enfant. En effet, le taux d'allaitement tend à augmenter avec le niveau de scolarité. Le revenu par ménage semble avoir une influence moindre. Toutefois, les ménages gagnant 40 000\$ et plus par année présentent un taux d'allaitement plus élevé (53,3%) que ceux ayant des revenus plus bas (entre 35,0% et 40,0% pour les ménages ayant des revenus annuels inférieurs à 40 000\$).

Graphique 21: Proportions d'enfants ayant été allaités selon le niveau de scolarité de la mère



2.3.1.4 Améliorations et changements chez les mères

Nous constatons des changements concernant la consommation de tabac des mères, l'exposition à la fumée secondaire et l'allaitement. 40,7% des mères des enfants de 6 à 11 ans ont fumé tout au long de leur grossesse, comparativement à 35,0% des mères des enfants de 0 à 5 ans. Par contre, la grande majorité des mères qui ont fumé tout au long de leur grossesse ont fumé à tous les jours. Enfin, 49,2% des enfants de 6 à 11 ans habitent un domicile sans fumée, comparativement à 62,3% des enfants de 0 à 5 ans.



Les changements les plus marqués concernent l'allaitement. Parmi les enfants de 6 à 11 ans, 29,2% ont été allaités alors que cette proportion atteint 48,9% chez les enfants de 0 à 5 ans.

Pour conclure cette section, il est intéressant de constater que malgré ces changements de comportements liés à la consommation de tabac et à l'allaitement, nous ne remarquons aucun changement en ce qui a trait aux perceptions que les parents ou les tuteurs ont sur l'état de santé de l'enfant. En effet, les parents ou les tuteurs des enfants de 6 à 11 ans et ceux des enfants de 0 à 5 ans présentent pratiquement les mêmes pourcentages en ce qui concerne les perceptions (excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise) sur l'état de santé de leur enfant.

De plus, nous remarquons que les communautés situées en zones 3 et 4 obtiennent les proportions les plus élevées de parents ou de tuteurs affirmant que l'enfant est en excellente santé (51,1%), malgré le fait que ces communautés soient également celles où l'on constate le taux d'allaitement le plus bas et la prévalence d'obésité infantile la plus élevée.

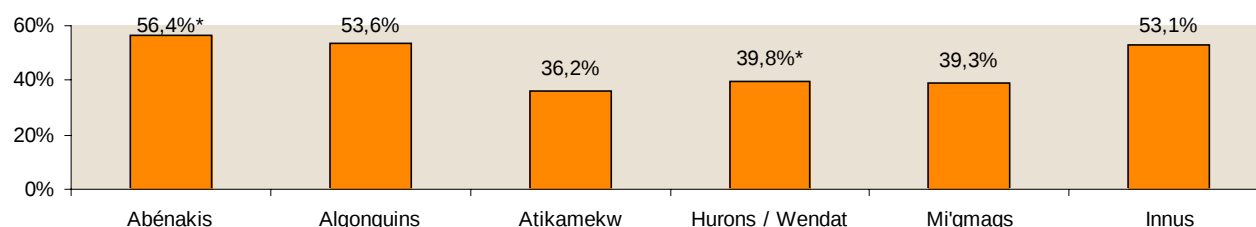
2.3.2 Problèmes médicaux des enfants

Un peu moins de la moitié des enfants (46,6%) sont atteints de problèmes médicaux. Parmi ceux-ci, 21,3% sont atteints de problèmes respiratoires, 20,2% de problèmes de la vue ou de l'ouïe et 14,7% souffrent d'allergies.

Aucun cas de diabète chez les enfants n'a été diagnostiqué, ce qui peut surprendre compte tenu de la prévalence élevée d'obésité. Notons que seulement 7,4% des enfants ont subi une analyse pour déterminer leur taux de glycémie. Ce faible taux de dépistage constitue une raison qui pourrait expliquer qu'aucun cas de diabète n'ait été détecté chez les enfants. En fait, le test de dépistage n'est généralement administré que lorsqu'il y a un doute important. Santé Canada souligne que : « la plupart des cas de diabète diagnostiqués chez les jeunes, dans la population générale, relèvent du type 1. Toutefois, les cas observés chez les jeunes des Premières nations sont essentiellement du type 2. Fait inquiétant, ces jeunes cas de diabète de type 2 sont diagnostiqués dès l'âge de 5 à 8 ans chez les enfants des Premières Nations, tant dans le nord de l'Ontario qu'au Manitoba, et l'incidence de la maladie semble s'accroître »¹⁶.

Pour ce qui est des différences entre les nations, on constate que plus de la moitié des enfants chez les Abénakis, les Algonquins et les Innus sont atteints de problèmes médicaux. Les communautés algonquines ont un pourcentage de 28,9% d'enfants atteints de problèmes respiratoires, comparativement à 20,9% chez les Atikamekw et à 20,4% chez les Innus. Les enfants des communautés situées en zone 1 obtiennent une proportion légèrement plus élevée d'enfants atteints de problèmes médicaux comparativement à celles situées en zones 3 et 4. Toutefois, les communautés situées en zones 3 et 4 obtiennent des proportions légèrement plus élevées en ce qui concerne les infections ou les problèmes chroniques de l'oreille que les communautés situées en zone 1.

Graphique 22: Proportions d'enfants atteints de problèmes médicaux, par nation (selon les parents ou tuteurs)



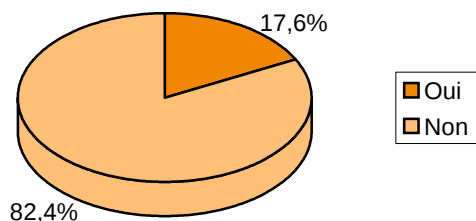
Note : L'absence des Malécites de Viger, des Mohawks et des Naskapis s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

¹⁶ Santé Canada, *Le diabète dans les populations autochtones du Canada : les faits*, Mars 2000, p. 12.

2.3.2.1 Blessures physiques

Sur l'ensemble des enfants, 17,6% ont subi une ou plusieurs blessures dans les 12 mois précédant l'enquête. Parmi ces derniers, 46,6% ont subi des coupures, des éraflures ou des contusions, 27,0% des fractures et 13,7% des brûlures. Dans environ la moitié des cas, ces blessures sont dues aux chutes et aux faux-pas (48,5%). Également, 14,3% des blessures sont causées par des accidents de bicyclette n'impliquant pas de véhicule motorisé.

Graphique 23: Occurrence de blessures physiques chez les enfants (12 mois précédant l'enquête)



Nous remarquons qu'il y a peu de différences entre les enfants de 0 à 5 ans et les enfants de 6 à 11 ans, mis à part le fait que les enfants de 6 à 11 ans aient subi plus de fractures au cours des 12 mois précédant l'enquête que les 0 à 5 ans (30,9% et 23,5% respectivement). Ensuite, les garçons ont également subi plus de blessures que les filles. Les proportions de coupures, d'éraflures et de contusions atteignent 55,1%, comparativement à 34,7% pour les filles. Les filles obtiennent toutefois une proportion légèrement plus élevée de fractures comparativement aux garçons, soit 30,7% par rapport à 24,4%.

2.3.2.2 Obstacles d'accessibilité aux soins de santé pour les enfants

Plus du tiers des parents ou tuteurs des enfants affirment avoir eu un ou plusieurs obstacles pour que l'enfant reçoive des soins de santé (36,7%). Parmi les obstacles mentionnés par ces personnes, ceux qui reviennent le plus souvent sont : les listes d'attente trop longues (39,9%), pas de médecin ou d'infirmière à proximité (27,0%), les services sont non couverts par le Programme des Services de santé non assurés (SSNA) (26,2%) et les difficultés à recevoir des soins traditionnels (23,4%). Le tableau suivant présente la liste complète des obstacles mentionnés par les parents ou les tuteurs.



Tableau 8: Obstacles rencontrés par les parents ou tuteurs dans l'accès aux services de santé pour l'enfant

Obstacles rencontrés*	% des parents ou des tuteurs
Liste d'attente trop longue	39,9%
Pas de médecin ou d'infirmière dans ma région	27,0%
Non couverts par le Programme des SSNA	26,2%
Difficulté à recevoir des soins traditionnels	23,4%
A choisi de ne pas consulter un professionnel de la santé	20,4%
Service non disponible dans ma région	19,4%*
Impression que les soins étaient inadéquats	18,8%*
Ne pouvait assumer les frais de garde pour les enfants	18,4%*
Pas d'établissement de santé dans ma région	17,8%*
Impression que les soins n'étaient pas culturellement adaptés	16,0%*
Refus d'une autorisation préalable de recevoir les services offerts en vertu du SSNA	12,9%*
Incapable de trouver du transport	12,7%*
Ne pouvait assumer les coûts directs des soins	#
Ne pouvait assumer les coûts de transport	#

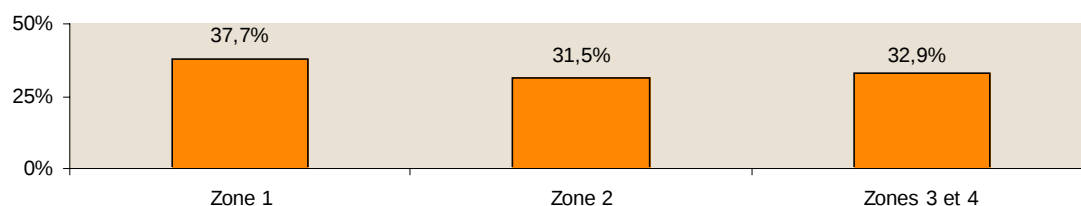
* parmi les parents ou tuteurs ayant déclaré avoir rencontré au moins un obstacle

Ce sont les parents ou tuteurs hurons/wendat, naskapis et mi'gmaqs qui ont rencontré le moins d'obstacles pour que l'enfant reçoive des soins, avec des proportions au-dessus de 80,0% de parents ou tuteurs n'ayant rencontré aucun obstacle. Viennent ensuite les Atikamekw (71,4%), les Innus (60,0%), les Abénakis (59,3%) et les Algonquins (50,0%). Les Innus et les Algonquins sont ceux qui affirment avoir rencontré le plus d'obstacles d'accessibilité. Le cas des Innus est particulier puisque, contrairement aux autres nations, les principaux obstacles mentionnés diffèrent des autres nations.

En effet, alors que le principal obstacle pour l'ensemble des nations est le fait que les listes d'attente soient trop longues, les Innus obtiennent le pourcentage le plus faible d'individus ayant mentionné cet obstacle, soit 25,5% comparativement à des pourcentages entre 50,0% et 70,0% chez certaines nations. Pour les Innus, le principal obstacle est la difficulté à recevoir des soins traditionnels (32,1%).

Enfin, c'est dans les communautés situées en zone 1 que nous remarquons le pourcentage le plus élevé de parents ou de tuteurs qui affirment avoir eu un ou plusieurs obstacles pour accéder aux soins de santé, soit 37,7% comparativement à 31,5% en zone 2 et à 32,9% en zones 3 et 4. Le graphique suivant illustre ceci.

Graphique 24: Proportions de parents ou de tuteurs ayant rencontré un ou plusieurs obstacles dans l'accès aux soins de santé pour l'enfant, par zone géographique



2.3.3 Soins dentaires

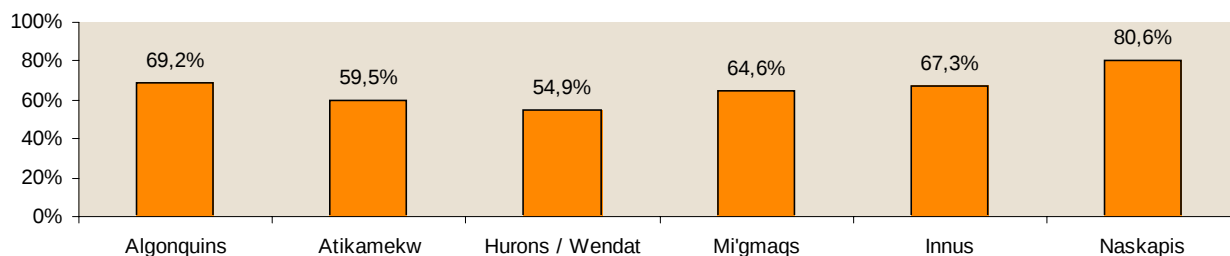
Plus des deux tiers des enfants (71,2%) ont reçu leurs derniers soins dentaires dans l'année précédant l'enquête. Parmi les enfants nécessitant des soins dentaires, 80,2% avaient besoin d'un entretien, 35,8%

d'un plombage ou d'une restauration, 14,7% d'un traitement au fluor et 7,0% d'un traitement d'orthodontie. Nous remarquons peu de différences entre les nations, mis à part pour les Naskapis, qui obtiennent une proportion plus élevée d'enfants nécessitant des soins dentaires, soit 80,6%. Parmi ceux-ci, 64,3% ont besoin de plombages ou de restaurations, ce qui est aussi un pourcentage élevé par rapport aux autres nations.

Le fait que les enfants naskapis nécessitent plus de soins dentaires ne semble pas être lié à leur alimentation. Nous n'avons pas constaté de différences importantes en ce qui concerne la consommation d'aliments vides dans les différentes nations. Lors de notre session d'interprétation, un intervenant a mentionné que les Naskapis avaient un manque à gagner en matière de soins dentaires et que ceci pouvait peut-être expliquer que les enfants nécessitent plus de soins dentaires.

Les Algonquins et les Innus sont les deux nations qui suivent les Naskapis en ce qui a trait aux besoins en soins dentaires des enfants. Ils sont 69,2% des enfants algonquins et 67,3% des enfants innus à avoir des besoins en soins dentaires non comblés au moment de l'enquête. Ces enfants nécessitent davantage de soins en ce qui concerne l'entretien des dents, alors qu'ils présentent des pourcentages moindres pour les plombages ou les restaurations, soit respectivement 48,9% et 31,1%. Les Naskapis et les Algonquins obtiennent également des proportions plus élevées d'enfants ayant eu la carie du biberon comparativement aux autres nations, soit respectivement 20,5% et 22,3% par rapport à des proportions de plus ou moins 15,0% pour les autres nations. Les enfants algonquins atteints de la carie du biberon sont légèrement plus nombreux à recevoir un traitement en comparaison avec les enfants naskapis. Les pourcentages d'enfants ayant été traités chez ces deux nations sont de 88,1% chez les Algonquins et de 80,8% chez les Naskapis.

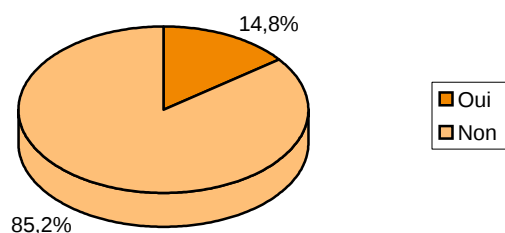
Graphique 25: Proportions d'enfants nécessitant des soins dentaires, par nation



Note : L'absence des Abénakis, des Malécites de Viger et des Mohawks s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

L'enquête révèle que 14,8% des enfants étaient, au moment de l'enquête, ou ont été atteints de la carie du biberon. Sur ce, 84,0% ont reçu un traitement. On remarque une légère diminution de la carie du biberon, car 16,8% des enfants de 6 à 11 ans en ont été atteints comparativement à 12,5% des enfants de 0 à 5 ans. Nous constatons également que bien que la carie du biberon touche similairement les garçons et les filles, plus de garçons atteints ont eu un traitement, soit 87,7% comparativement à 81,0% des filles. De plus, les enfants des communautés de grande taille sont également plus nombreux à avoir reçu un traitement contre la carie du biberon comparativement à ceux des communautés de petite taille, alors que les proportions d'enfants atteints sont sensiblement les mêmes.

Graphique 26: Proportions d'enfants ayant eu la carie du biberon





2.4 Habitudes de vie

2.4.1 Alimentation

2.4.1.1 Consommation d'aliments vides

Près des deux tiers des parents ou tuteurs considèrent que le régime alimentaire de leur enfant est toujours ou presque toujours équilibré et nutritif, alors que le tiers le perçoit comme étant parfois équilibré et nutritif.

Selon les parents ou tuteurs, 68,3% des enfants de 0 à 5 ans ont un régime toujours ou presque toujours équilibré et nutritif, comparativement à 57,3% des 6 à 11 ans. En considérant les données qui suivent, on peut supposer que l'écart entre ces deux groupes d'âge soit, en réalité, plus grand :

- alors que 21,9% des 0 à 5 ans consomment des boissons gazeuses quelques fois par semaine, ils sont 50,2% des 6 à 11 ans à faire de même;
- moins du tiers (31,2%) des 0 à 5 ans mangent des repas-minutes quelques fois par semaine, comparativement à plus de la moitié des 6 à 11 ans (54,2%);
- 46,9% des 0 à 5 ans mangent des gâteaux, des biscuits ou des bonbons quelques fois par semaine, contre 57,9% des 6 ans et plus;
- moins de la moitié des 0 à 5 ans (45,3%) mangent des frites et des croustilles quelques fois par semaine, contre les deux tiers (66,4%) des 6 à 11 ans;
- alors que plus des trois quarts (76,4%) des 0 à 5 ans n'ajoutent jamais ou presque jamais du sel, on en dénombre 57,3% chez les 6 à 11 ans;
- enfin, les deux tiers (63,1%) des 0 à 5 ans n'ajoutent jamais ou presque jamais de sucre, contre 38,7% des 6 à 11 ans.

À la lumière de ce qui précède, on constate que les perceptions des parents ou tuteurs concernant l'état de santé de l'enfant sont probablement supérieures à la réalité. Rappelons que 40,1% des enfants souffrent d'obésité et que 12,2%* souffrent d'embonpoint. Toutefois, l'alimentation ne constitue pas le seul déterminant de la santé; l'activité physique est, entre autres, un facteur déterminant (voir section 1.3.2). Enfin, dans la section 2, « La santé des adolescents (12-17 ans) », nous verrons quels sont les principaux déterminants qui justifient l'excellente ou la très bonne santé selon les adolescents interrogés. Ceci nous permettra de mieux comprendre comment les membres des Premières Nations définissent une excellente ou très bonne santé.

Le tableau 9 présente les fréquences de consommation d'aliments vides chez les enfants. Nous constatons que ces aliments vides, mis à part l'ajout de sucre et de sel, sont consommés quelques fois par semaine.

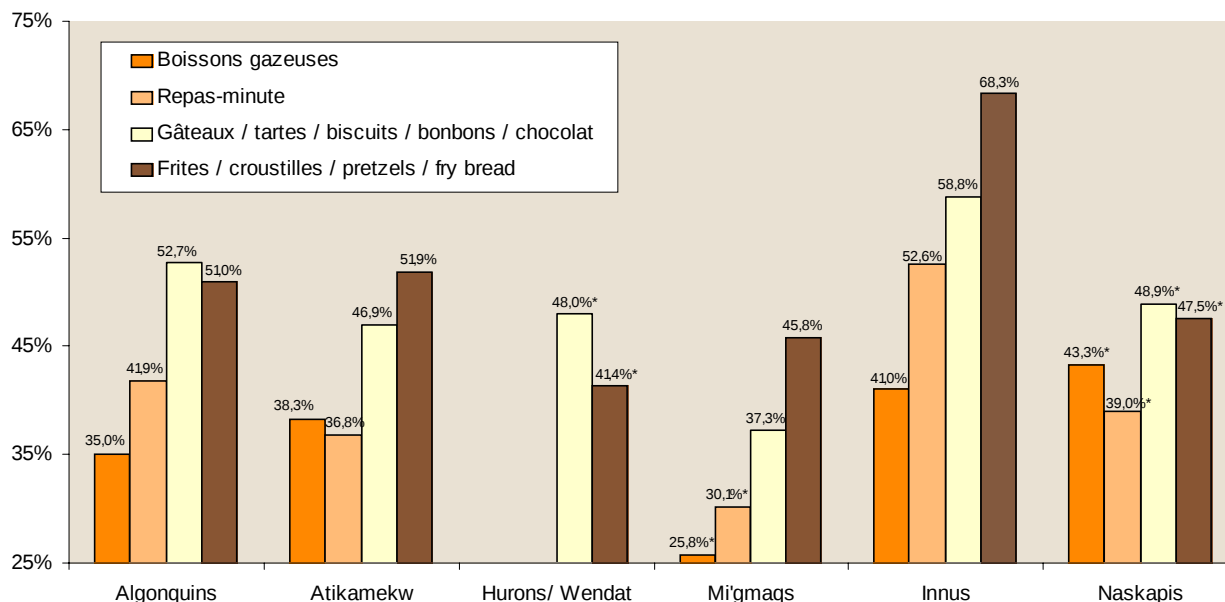
Tableau 9: Fréquences de consommation d'aliments vides par les enfants

Aliments vides	Fréquences de consommation			
	Jamais / Presque jamais	Moins d'une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Une fois par jour
Repas-minutes	16,8%	38,8%	43,1%	#
Gâteaux, tartes, biscuits, bonbons, chocolat	14,2%	21,4%	52,6%	9,7%*
Frites, croustilles, bretzels, fry bread	13,6%	26,2%	56,3%	#
Ajout de sel	66,4%	9,8%*	11,9%*	9,1%*
Ajout de sucre	50,4%	16,5%	21,4%	8,6%*

Enfin, bien que 31,5% des jeunes ne consomment jamais ou presque jamais de boissons gazeuses, 36,6% en consomment quelques fois par semaine et 7,2%* en consomment de une à plusieurs fois par jour.

Enfin, la seule différence significative sur le plan statistique entre les sexes est que les garçons sont un peu plus nombreux que les filles à manger des repas-minutes quelques fois par semaine. Le graphique suivant présente la consommation de divers aliments vides quelques fois par semaine dans les différentes nations.

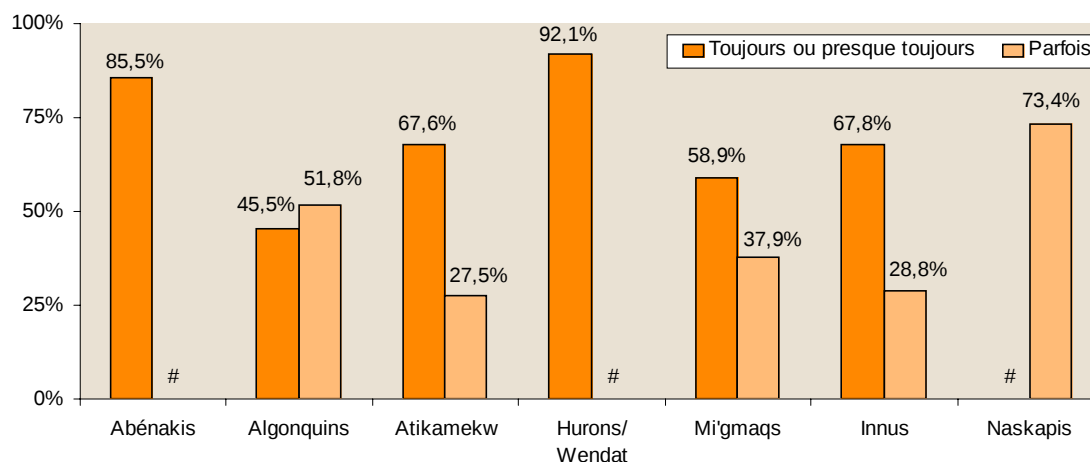
Graphique 27: Proportions d'enfants consommant divers aliments vides quelques fois par semaine, selon la nation



Note : L'absence des Abénakis, des Malécites et Viger et des Mohawks s'explique par des pourcentages trop petits sur le plan statistique pour être considérés.

À l'exception des boissons gazeuses, pour lesquelles les pourcentages s'apparentent à ceux des Naskapis et des Atikamekws, les Innus ont les plus grandes proportions de personnes consommant quelques fois par semaine les aliments énumérés dans le graphique ci-haut. De plus, 15,5%* des enfants innus mangent des gâteaux / biscuits / bonbons / chocolats au moins une fois par jour et 11,1% ajoutent du sel au moins une fois par jour. Pourtant, le graphique suivant démontre que 67,8% des parents ou tuteurs innus considèrent que le régime alimentaire de leur enfant est toujours ou presque toujours nutritif et équilibré (graphique 28).

Graphique 28: Perceptions des parents ou tuteurs sur l'équilibre et la valeur nutritive du régime alimentaire de l'enfant, par nation





Note : L'absence des Malécites et Viger et des Mohawks s'explique par des pourcentages trop petits sur le plan statistique pour être considérés.

Bien qu'environ les deux tiers des parents affirment que le régime alimentaire de leur enfant est équilibré, les données exposées dans cette section nous laissent croire que cette perception n'est pas tout à fait juste. Certaines hypothèses peuvent expliquer la différence entre la perception du régime alimentaire des enfants et la réalité :

- pour certaines personnes, une saine alimentation se résume à prendre trois repas par jours sans se soucier de la valeur nutritive des aliments consommés;
- les individus mangent des aliments sains, mais les accompagnent d'aliments vides;
- les portions sont trop grosses;
- la façon de préparer et de cuire les aliments peut déprécier la valeur d'un repas; plusieurs utilisent le beurre et la graisse.

La consommation de thé ou de café chez les enfants semble associée au degré d'isolement des communautés. En effet, 94,1% des enfants en zone 1 n'en consomment jamais ou presque jamais, contre 70,3% en zones 3 et 4. Quant aux autres aliments, aucune tendance générale ne se dégage, hormis que les enfants ajoutent plus de sucre à leurs aliments dans les zones 2, 3 et 4 qu'en zone 1.

Pour ce qui est des différences entre les communautés de différentes tailles, plus de la moitié des parents des communautés de petite et moyenne tailles (54,4%) considèrent le régime alimentaire de leur enfant toujours ou presque toujours équilibré et nutritif, ce pourcentage grimpe à 67,2% dans les communautés de grande taille.

Enfin, les enfants des petites et des moyennes communautés consomment davantage de café ou de thé, de gâteaux et autres sucreries et ajoutent du sel et du sucre dans une plus grande proportion que les enfants des grandes communautés. Ces derniers consomment cependant davantage de frites et de croustilles.

2.4.1.2 Consommation d'aliments traditionnels

Tableau 10: Fréquences de consommation d'aliments traditionnels des enfants (12 mois précédant l'enquête)

Aliments traditionnels	Fréquences de consommation		
	Pas du tout	Parfois	Souvent
Gros gibier	24,4%	56,4%	19,1%
Petit gibier	41,3%	52,8%	#
Gibier à plumes	40,4%	52,0%	7,6%*
Poisson d'eau douce	35,4%	51,2%	13,4%
Poisson d'eau salée	74,2%	22,3%	#
Autres aliments des cours d'eau	83,6%	14,0%	#
Mammifères marins	99,5%	#	#
Baies ou fruits sauvages	22,7%	63,4%	14,0%
Bannique / Fry bread	18,7%	53,8%	27,5%
Soupe au maïs	89,2%	9,4%*	#

Concernant la consommation d'aliments traditionnels en fonction du genre, les seules différences significatives sur le plan statistique sont :

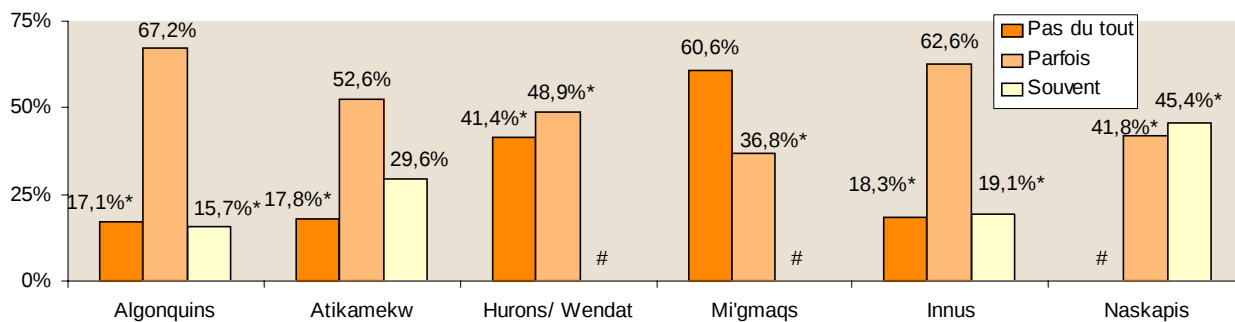
- La consommation de gibier à plumes : 55,7% des filles en consomment parfois, contre 48,4% des garçons;
- La consommation de baies ou fruits sauvages : 68,2% des filles en mangent parfois, contre 58,7% des garçons.

Les différences significatives sur le plan statistique entre l'âge et la consommation d'aliments traditionnels concernent également ces deux types d'aliments, en plus de la bannique :

- La consommation de gibier à plumes : 37,8% des enfants de 6 à 11 ans n'en mangent pas, contre 43,1% des 0 à 5 ans;
- La consommation de baies ou fruits sauvages : 68,3% des enfants de 6 à 11 ans en consomment parfois, contre 58,0% des 0 à 5 ans;
- La consommation de bannique : près des deux tiers des enfants de 6 à 11 ans en mangent souvent, contre moins du quart des 0 à 5 ans.

Les différences entre les nations relatives à la consommation d'aliments traditionnels s'avèrent importantes. Les enfants algonquins et innus sont presque toujours les plus nombreux à en consommer parfois, oscillant entre la moitié et les deux tiers des enfants. Les Atikamekw se retrouvent souvent parmi ceux qui consomment davantage divers aliments traditionnels. Les graphiques 29 à 33 présentent les différences dans la consommation d'aliments traditionnels entre les nations.

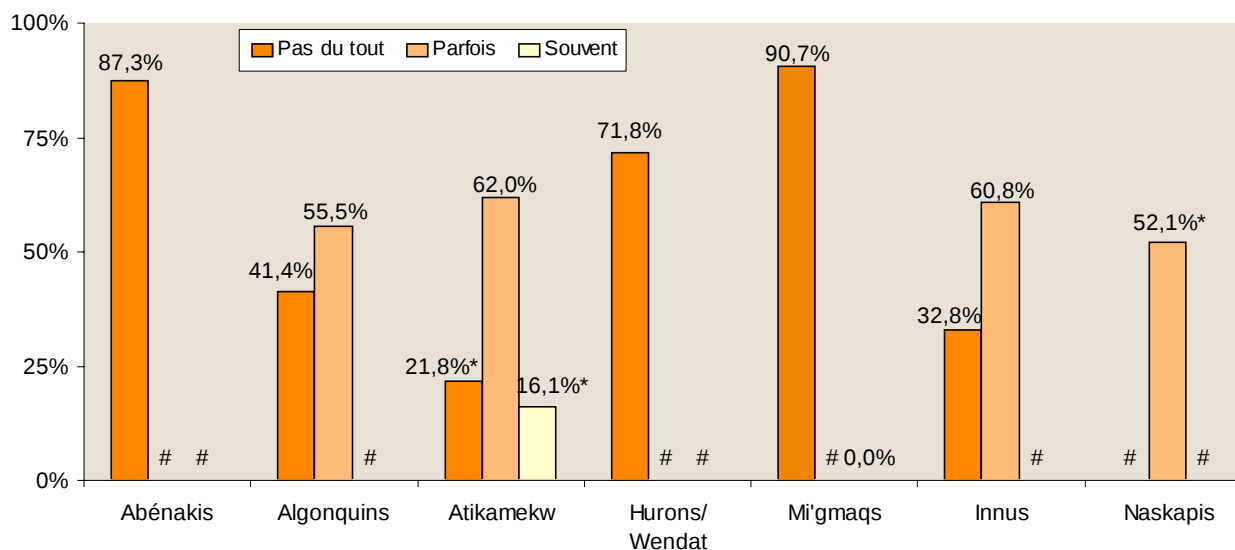
Graphique 29: Fréquences de consommation de gros gibier, par nation



Note : L'absence des Abénakis, des Malécites de Viger et des Mohawks s'explique par des pourcentages trop petits sur le plan statistique pour être considérés.

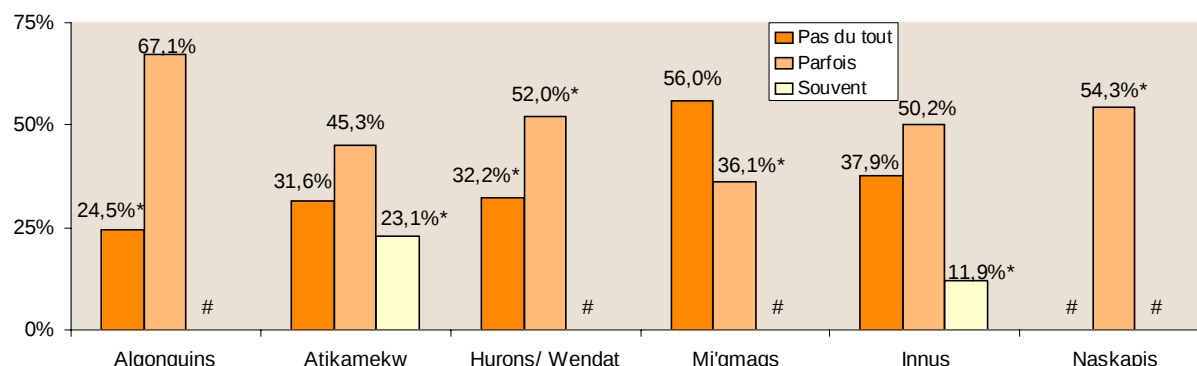
La consommation de petit gibier est moins fréquente chez les enfants que la consommation de gros gibier. En effet, 90,9% des enfants abénakis et mi'gmaqs n'en mangent pas du tout, comparativement à 79,7% des Hurons/Wendat et des Naskapis. De plus, la moitié des enfants algonquins et plus des deux tiers des enfants atikamekw et innus en consomment parfois. Notons que la différence dans l'accessibilité des aliments traditionnels entre les nations est certainement un facteur influent.

Graphique 30: Fréquences de consommation de gibier à plumes, par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger et des Mohawks s'explique par des pourcentages trop petits sur le plan statistique pour être considérés.

Graphique 31: Fréquences de consommation de poisson d'eau douce, par nation

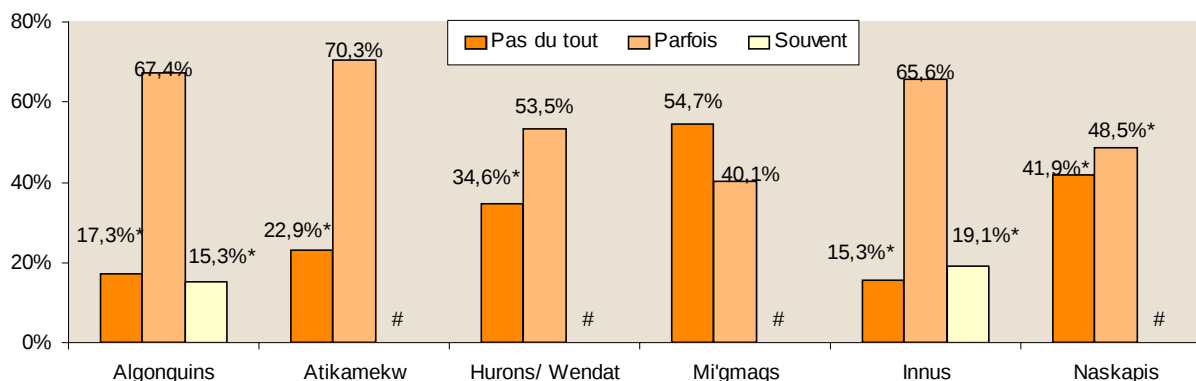


Note : L'absence des Abénakis, des Malécites de Viger et des Mohawks s'explique par des pourcentages trop petits sur le plan statistique pour être considérés.

Les poissons d'eau salée sont moins consommés que les poissons d'eau douce, probablement en raison de l'accès moins facile à ces produits dans plusieurs communautés. Ainsi, 91,5% des enfants algonquins, atikamekws et naskapis n'en mangent pas du tout. Les enfants hurons/wendat sont les plus grands consommateurs, avec 43,0% en mangeant parfois, comme plus du tiers des Abénakis, des Innus et des Mi'gmaqs.

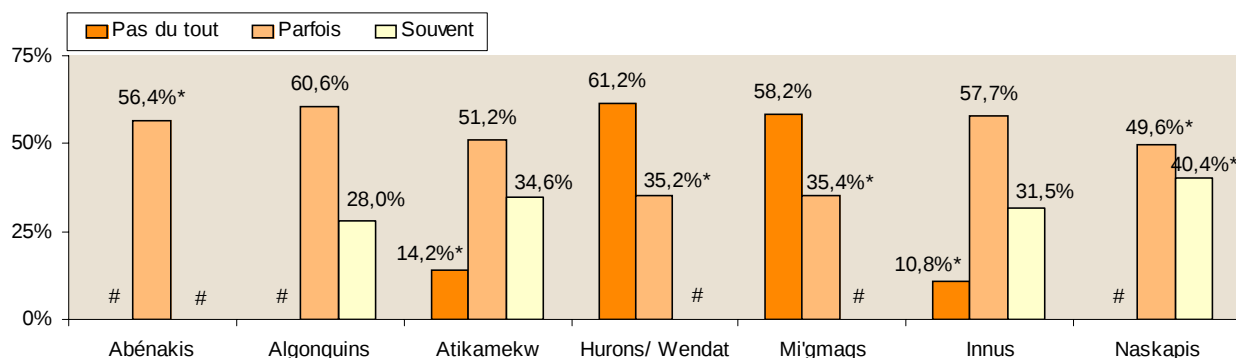
La consommation d'autres aliments provenant des cours d'eau est encore plus basse, variant entre 83,6% (Abénakis) et 95,6% (Naskapis) d'enfants n'en consommant pas du tout. Près du quart des Mi'gmaqs et près d'un Innu sur cinq en mangent, quant à eux, parfois.

Graphique 32: Fréquences de consommation de baies ou autres fruits sauvages, par nation



Note : L'absence des Abénakis, des Malécites de Viger et des Mohawks s'explique par des pourcentages trop petits sur le plan statistique pour être considérés.

Graphique 33: Fréquences de consommation de bannique, par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger et des Mohawks s'explique par des pourcentages trop petits sur le plan statistique pour être considérés.

Précisons, en terminant, que la soupe au maïs n'est pas fréquemment consommée par les enfants : de 85,0% à 94,4% n'en mangent jamais, dépendamment des nations. Les Abénakis, quant à eux, se démarquent avec 76,4%*. Rappelons que la culture du maïs se limitait à la vallée du St-Laurent, principalement chez les Hurons/Wendat et les Mohawks.

La fréquence de consommation d'aliments traditionnels par les enfants vivant en zone 1 est moins importante que les autres zones, hormis pour les autres aliments des cours d'eau, où ils sont les plus nombreux à en manger. Une autre exception concerne les poissons d'eau salée : l'accès à des épiceries à grande surface et à des prix moins élevés pourraient expliquer le fait que les enfants des communautés situées en zone 1 en consomment davantage. Seule la consommation de baies (parfois) et de bannique (souvent) semble associée à l'isolement des communautés.

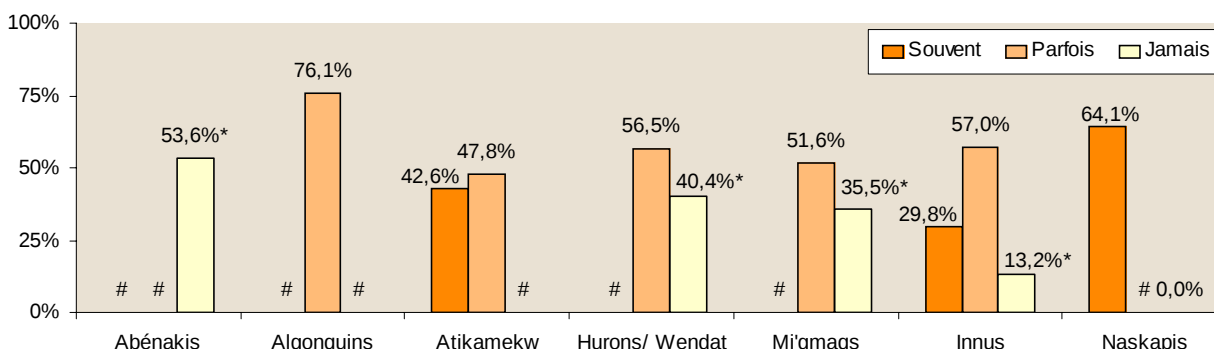
Pour ce qui est de la taille des communautés, on constate que les enfants des communautés de petite et de moyenne tailles sont généralement plus nombreux à consommer parfois les divers aliments traditionnels en comparaison aux enfants des grandes communautés. Par contre, la tendance s'inverse pour les poissons d'eau salée. Enfin, notons que pour les autres aliments provenant des cours d'eau ainsi que pour la bannique, on ne constate aucune différence significative sur le plan statistique.

Les enfants dont les parents ou tuteurs considèrent les événements culturels traditionnels comme très importants dans leur vie sont les plus nombreux à manger parfois des aliments traditionnels comme du gibier à plumes, du petit gibier, des baies et autres fruits sauvages. Les proportions diminuent progressivement en fonction de l'importance accordée par les parents aux événements culturels traditionnels pour l'enfant. Les enfants de parents ou tuteurs qui n'accordent aucune importance aux événements culturels traditionnels sont cependant les plus nombreux à consommer souvent du gros gibier.

Enfin, à la question « Combien de fois quelqu'un a-t-il partagé des aliments traditionnels avec les personnes de votre ménage ? », 27,0% des personnes ont répondu souvent, 57,6% parfois et 15,4% jamais. On enregistre cependant de bonnes différences entre les nations, comme démontré dans le graphique 34.



Graphique 34: Fréquences du partage des aliments traditionnels, par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger et des Mohawks s'explique par des pourcentages trop petits sur le plan statistique pour être considérés.

Soulignons que le partage d'aliments traditionnels tend à augmenter en fonction de l'isolement de la communauté. Ainsi, la proportion d'enfants vivant dans des ménages où le partage d'aliments traditionnels est fréquent varie de 12,7%* en zone 1 à 50,6% en zones 3 et 4. Le quart des enfants vivant dans un ménage en zone 1 n'a jamais partagé d'aliments traditionnels.

2.4.2 Activités physiques et activités sédentaires

2.4.2.1 Activités physiques

Selon l'Association nationale américaine des sports et de l'activité :

- les tout-petits devraient suivre des activités physiques structurées¹⁷ pendant au moins 30 minutes par jour et les enfants d'âge préscolaire pendant au moins 60 minutes;
- les tout-petits et les enfants d'âge préscolaire devraient suivre des activités physiques non structurées¹⁸ pendant au moins 60 minutes jusqu'à plusieurs heures par jour et ne devraient pas être sédentaires pendant plus de 60 minutes à la fois, sauf lorsqu'ils dorment¹⁹.

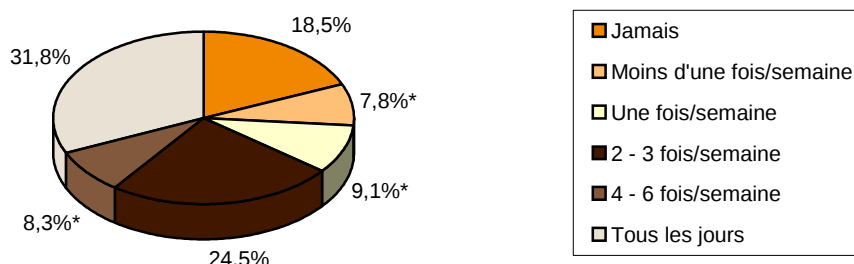
À la lumière de ces informations, le graphique 35 témoigne d'un manque flagrant d'activités physiques chez les enfants des Premières Nations, car moins du tiers participe à des activités physiques quotidiennement.

¹⁷ Comprennent les jeux et les activités dirigés ou auxquels un adulte participe avec l'enfant.

¹⁸ Ce que font librement, mais sous supervision, les enfants, seuls ou avec d'autres.

¹⁹ Tiré du *Bulletin du secteur de la petite enfance*, avril 2005, CSSSPNQL, p. 6. L'Agence de santé publique du Canada rappelle que des « maladies qui favorisent l'hypertension artérielle, l'ostéoporose, le diabète, un taux de cholestérol élevé ou d'autres maladies cardiovasculaires commencent dès l'enfance si le niveau d'activité physique est insuffisant ». (http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/enfants_jeunes/media/qa.html#5)

Graphique 35: Fréquences de participation des enfants à des activités physiques (en dehors des heures de classe)



On n'observe pas de différences statistiques entre les âges pour ce qui est de la participation quotidienne à des activités physiques (excluant à l'école). Cependant, 35,5% des garçons participent à des activités physiques à tous les jours, contre 27,9% des filles.

Le quart des enfants vivant en zone 1 participent à des activités physiques à tous les jours, contre un peu plus du tiers dans les autres zones. Lors de la session d'interprétation, des intervenants ont signalé que le fait d'avoir des installations sportives ou récréatives ne suffit pas : il faut des programmes structurés et des loisirs organisés. La panoplie de problèmes communautaires fait en sorte que les loisirs se retrouvent plus souvent qu'autrement au bas de la liste des priorités.

Le tableau ci-dessous présente les activités physiques pratiquées par les enfants au cours des 12 mois précédant l'enquête, en ordre d'importance. La première colonne présente les données pour l'ensemble des enfants, suivi des comparaisons par sexe et par groupe d'âge. Nous n'avons indiqué que les différences significatives entre les sexes.

Tableau 11: Proportions d'enfants participant à des activités physiques selon le sexe et le groupe d'âge (12 mois précédant l'enquête)

Activités physiques	Enfants	Garçons	Filles	0 – 5 ans	6 ans +
Marche	85,9%	86,2%	85,6%	78,5%	92,7%
Bicyclette	74,8%	75,1%	74,4%	55,3%	92,4%
Natation	51,4%	53,3%	49,4%	37,7%	63,7%
Course	45,9%	48,7%	42,8%	33,9%	56,7%
Patin à glace	45,1%	45,3%	45,0%	23,4%	64,7%
Cueillette de baies	42,6%	38,4%	46,9%	31,8%	52,2%
Pêche	33,2%	42,2%	23,8%	20,0%	45,1%
Randonnée pédestre	26,7%	29,7%	23,5%	16,4%*	35,9%
Sports de compétition / de groupe	26,7%	33,7%	19,3%	#	43,6%
Patin à roues alignées	25,5%	29,3%	21,6%	#	41,5%
Danse	24,8%	17,7%	32,3%	22,1%	27,3%
Canot	20,1%	24,4%	15,6%*	15,6%*	24,2%
Chasse/piégeage	18,5%	25,1%	11,6%*	11,8%*	24,6%
Gymnastique aérobique / conditionnement physique	16,2%	15,4%*	17,0%*	#	25,5%
Planche à roulettes	10,2%*	17,4%*	#	#	16,8%*
Raquette	10,1%*	12,4%*	#	#	15,6%*
Quilles	9,8%*	10,1%*	9,6%*	#	16,3%*

La cueillette de baies ou de fruits sauvages et la danse sont les deux seules activités plus fréquemment pratiquées chez les filles que chez les garçons. Par ailleurs, les enfants de 6 à 11 ans sont généralement plus nombreux à pratiquer différentes activités physiques que les enfants de 0 à 5 ans.

Nous n'observons pas de tendance permettant d'associer l'isolement des communautés et le niveau d'activité physique des enfants. Par contre, on remarque que les communautés de zone 1 arrivent au dernier



rang pour la pratique d'activités physiques plus traditionnelles, telles la chasse ou le piégeage, la raquette, le canot et la cueillette de baies ou de fruits sauvages, alors qu'elles sont au premier rang pour la bicyclette, la natation, les quilles et la randonnée pédestre.

Enfin, nous constatons que les enfants dont les parents ou tuteurs considèrent très importants les événements culturels traditionnels sont plus nombreux à pratiquer la chasse et la pêche.

Pratique d'activités sportives structurées (en dehors des heures de classe)

Pour ce qui est des activités physiques structurées (programmes de sport ou équipe sportive), l'enquête révèle que moins du tiers des enfants (29,4%) y participent de une à trois fois par semaine, alors que plus de la moitié (56,6%) n'y ont jamais participé.

Les garçons participent davantage aux activités sportives que les filles. Ils sont 32,1% à participer à des activités sportives de 1 à 3 fois par semaine, contre 26,6% des filles. Ces dernières sont par conséquent plus nombreuses (59,7%) à ne jamais avoir participé à une activité sportive structurée comparativement aux garçons (53,6%). Enfin, on constate que les enfants de 6 à 11 ans sont plus nombreux à prendre part à ces activités que les enfants de 0 à 5 ans.

Plus du tiers des enfants vivant en zone 1 prennent part de 1 à 3 fois par semaine à un programme de sport ou font partie d'une équipe sportive, alors que la proportion oscille entre un enfant sur quatre et un enfant sur cinq dans les autres zones. Ces résultats diffèrent de ceux présentés précédemment. En effet, alors que le quart des enfants vivant en zone 1 participent à des activités physiques tous les jours, c'est un peu plus du tiers dans les zones 2, 3 et 4. À partir de ces résultats, on peut supposer que soit l'organisation formelle des activités sportives est plus structurée en zone 1 et/ou que les installations et infrastructures sportives sont présentes et adéquates.

Enfin, pour ce qui est des différences entre les différentes tailles de communautés, on constate que près de la moitié des enfants des communautés de petite et de moyenne tailles n'ont jamais participé à un programme de sport. Ils sont près des deux tiers dans la même situation dans les grandes communautés.

Voici diverses observations sur les activités physiques pratiquées par les enfants selon les nations :

- chasse ou piégeage : les enfants innus se démarquent puisque 25,4% s'y adonnent. Chez les autres nations, les proportions d'enfants qui pratiquent cette activité oscillent entre 3,6% (Abénakis) et 16,7% (Algonquins) ;
- pêche : 39,8% des enfants innus ont pêché au cours des 12 mois précédant l'enquête, tout comme 34,2% des Atikamekw, 29,1% des Algonquins, 22,2% des Mi'gmaqs et 16,9% des Naskapis ;
- canot : 35,7% des Atikamekw et 20, 7% des Innus font du canot. Chez les autres nations, les proportions d'enfants qui pratiquent cette activité varient entre 1,5% et 10,5% ;
- marche : entre 77,2% (Atikamekw) et 88,7% (Algonquins) des enfants s'adonnent à la marche, cette proportion atteint 98,5% chez les Naskapis ;
- natation : on observe une grande variabilité pour la pratique de la natation, passant de 37,7% d'enfants chez les Atikamekw à 79,6% chez les Naskapis ;
- danse : 51,8% des Naskapis pratiquent la danse, cette proportion varie entre 16,2% et 35,3% chez les autres nations ;
- course : 74,8% des algonquins et 77,4% des naskapis pratiquent la course, à l'instar de plus de 53,3% des Mi'gmaqs, 43,9% des Atikamekw, 32,2% des Hurons/Wendat et 30,6% des Innus ;
- randonnée pédestre : alors que les proportions d'enfants oscillent entre 25,0% et 33,3% dans la plupart des nations, environ 1 enfant mi'gmaq sur 10 s'adonne à cette activité ;
- raquette : seulement 10,1% des enfants pratiquent cette activité. Parmi ceux s'y adonnant le plus, on retrouve les Abénakis (16,4%) et les Atikamekw (15,4%).
- cueillette de baies ou fruits sauvages : la participation à cette activité se situe entre près du quart et le tiers des enfants, la proportion augmentant à la moitié chez les enfants Atikamekw et innus ;
- sports de compétition ou de groupe : environ le quart des enfants pour toutes les nations pratiquent des sports de compétition ou de groupe, à l'exception de plus du tiers chez les Algonquins ;

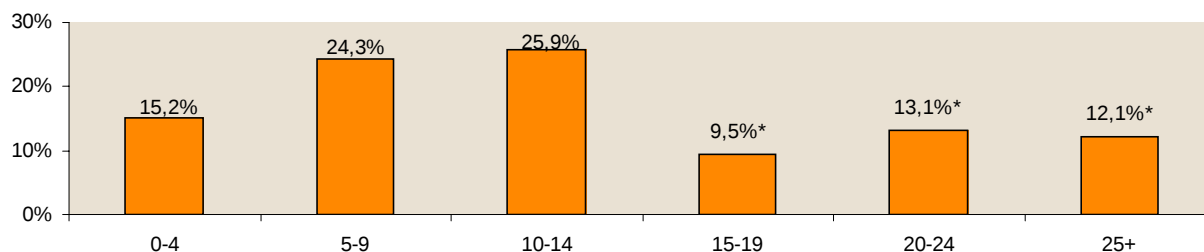
- quilles : les enfants abénakis, mi'gmaqs et hurons/Wendat, trois nations vivant à proximité d'un centre urbain, jouent aux quilles.

2.4.2.2 Activités sédentaires

L'enquête révèle que plusieurs enfants s'adonnent à des activités sédentaires et ce, plusieurs heures par semaine. Un regard approfondi sur ces activités nous permet de tracer un portrait de la sédentarité des enfants.

A) Regarder la télévision

Graphique 36: Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à regarder la télévision

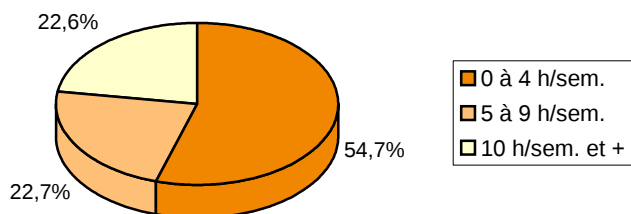


Les principales observations retenues à propos de la moyenne d'heures par semaine à regarder la télévision selon l'âge sont les suivantes :

- Plus d'un enfant de 0 à 5 ans sur cinq regarde la télévision entre 0 et 4 heures par semaine contre un enfant de 6 à 11 ans sur dix;
- Près d'un enfant de 0 à 5 ans sur cinq regarde la télévision entre 10 et 14 heures par semaine contre près du tiers des 6 à 11 ans (30,6%).

B) Jeux vidéo

Graphique 37: Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à jouer à des jeux vidéo



Les garçons jouent plus fréquemment aux jeux vidéo que les filles. Près d'un garçon sur quatre joue entre 5 et 9 heures par semaine, comparativement à environ une fille sur cinq. Alors que près des deux tiers des garçons jouent 10 heures et plus par semaine, la moitié des filles jouent 4 heures et moins par semaine.

On compte la même proportion d'enfants de 0 à 5 ans que de 6 à 11 ans jouant plus de 10 heures par semaine, soit environ 1 enfant sur 5.

Selon la nation, on constate que 20,0%* des Innus jouent à des jeux vidéo à raison de 10 heures et plus par semaine, comparativement à 25,6% des Algonquins et 29,9%* des Atikamekw.

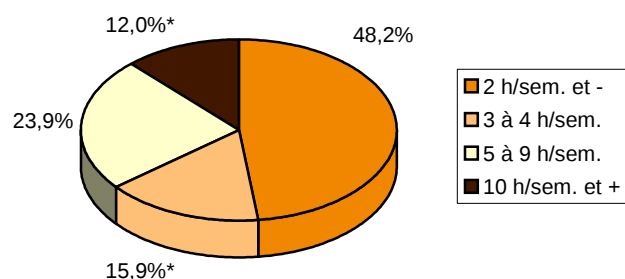


De plus, la zone dans laquelle se situe la communauté semble associée au nombre d'heures consacrées aux jeux vidéo. Ainsi, les enfants des zones 3 et 4 sont ceux qui passent le plus de temps à jouer à ces jeux, suivis des enfants de la zone 2, puis de la zone 1.

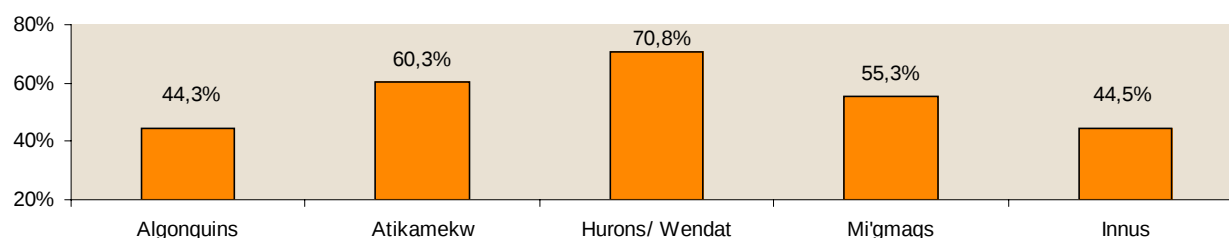
Enfin, on constate que les enfants dont la mère ne détient pas de diplôme passent plus d'heures par semaine à jouer à des jeux vidéo, comparativement aux enfants dont la mère est diplômée. En effet, alors que la moitié des enfants dont la mère n'est pas diplômée consacre de 0 à 4 heures par semaine à jouer à des jeux vidéo, ce sont les deux tiers des enfants dont la mère est diplômée qui en font de même.

C) Ordinateur

Graphique 38: Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à utiliser un ordinateur



Graphique 39: Proportions d'enfants utilisant un ordinateur 2 heures et moins par jour, par nation



Note : L'absence des Abénakis, des Malécites de Viger, des Mohawks et des Naskapis s'explique par des taux non significatifs sur le plan statistique.

Alors que 55,4% des enfants des petites et moyennes communautés utilisent un ordinateur deux heures et moins par semaine, ils sont 47,7% dans les grandes communautés à en faire autant.

Enfin, 30,7% des enfants consommant des repas-minute quelques fois par semaine utilisent l'ordinateur de 5 à 9 heures par semaine, alors que 16,4%* l'utilisent 10 heures par semaine et plus.

2.4.3 Bien-être émotionnel et social

2.4.3.1 Activités et passe-temps

A) Activités artistiques ou musicales (en dehors des heures de classe)

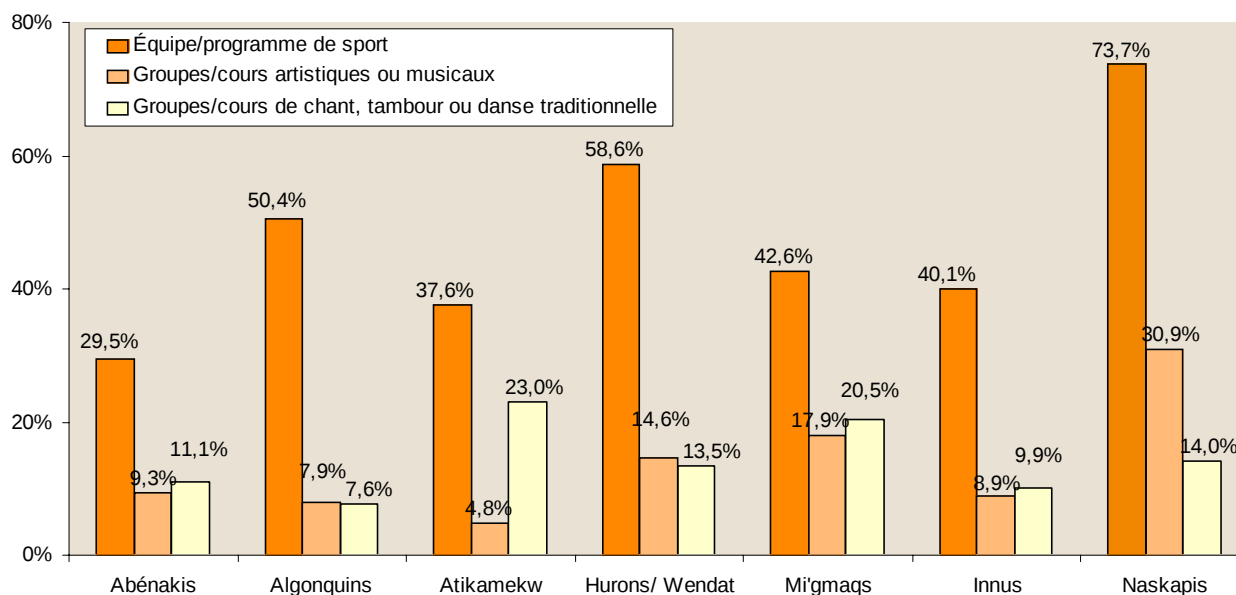
90,6% des enfants n'ont pas suivi de cours artistiques ou musicaux ou n'ont jamais été membres d'un groupe artistique ou musical.

Les enfants de 6 à 11 ans sont plus nombreux à prendre part à des activités artistiques ou musicales que les enfants 0 à 5 ans.

B) Activités traditionnelles (en dehors des heures de classe)

86,1% des enfants n'ont pas suivi de cours de chant, de tambour ou de danse traditionnelle. Les enfants de 6 à 11 ans sont plus nombreux à prendre part à ces activités que les enfants de 0 à 5 ans. Le graphique suivant présente les différences de participation à certains types d'activités entre les nations.

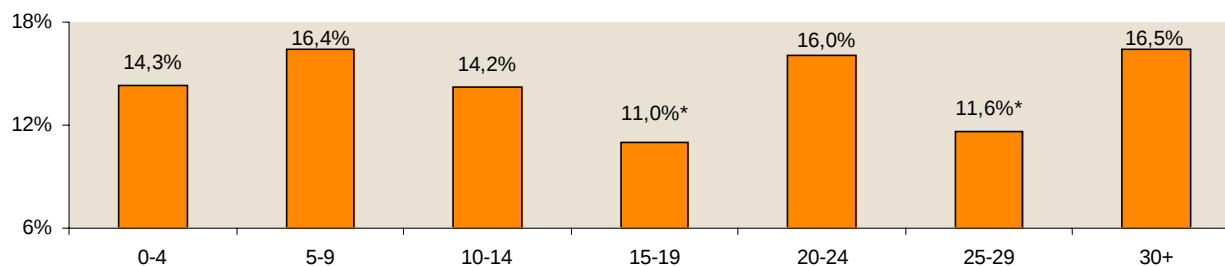
Graphique 40: Proportions d'enfants participant à des activités en dehors des heures de classe, par nation (6 mois précédant l'enquête)



Note : L'absence des Malécites de Viger et des Mohawks s'explique par des pourcentages trop petits sur le plan statistique pour être considérés.

C) Jeux à l'extérieur

Graphique 41: Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à jouer à l'extérieur

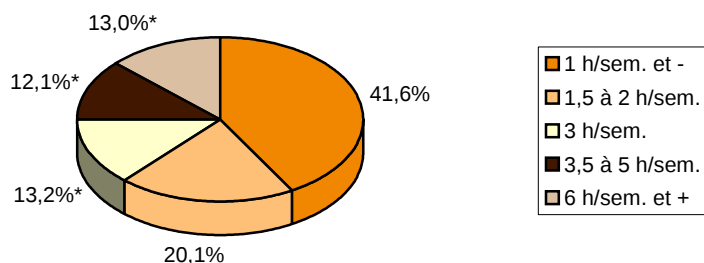


Ce graphique démontre que 55,1% des enfants passent en moyenne 15 heures et plus par semaine à jouer à l'extérieur.

Nous n'avons observé aucune différence significative sur le plan statistique entre les enfants affichant un poids normal ou ceux souffrant d'obésité et le nombre d'heures consacrées hebdomadairement à jouer à l'extérieur.

D) Aide aux travaux ménagers

Graphique 42: Nombre d'heures consacrées hebdomadairement aux travaux ménagers

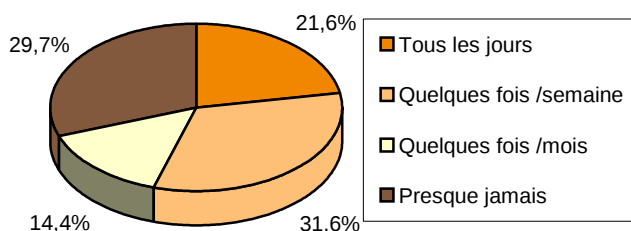


47,0% des garçons apportent leur aide aux travaux ménagers une heure par semaine et moins, contre 36,8% des filles. De plus, 43,5% des filles aident aux travaux ménagers 3 heures et plus par semaine.

71,7% des enfants hurons/wendat aident aux travaux ménagers une heure par semaine et moins, tout comme les deux tiers des Abénakis. Chez les autres nations, les pourcentages varient entre 34,6%* et 43,3%, à l'exception des Naskapis, dont le pourcentage n'est pas valide sur le plan statistique pour être considéré.

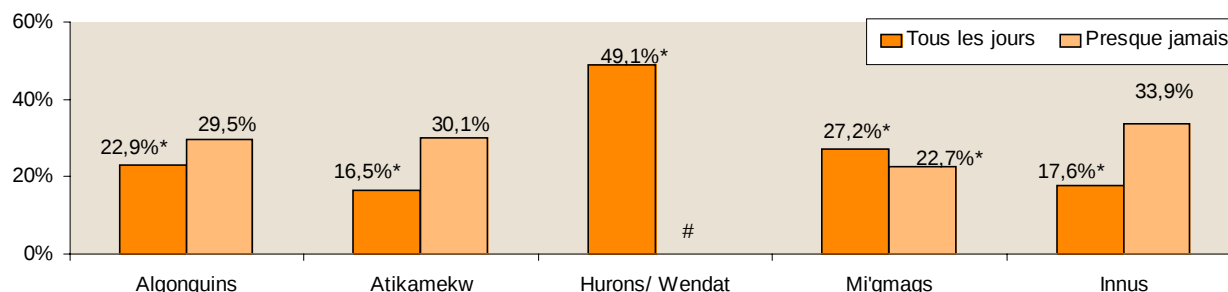
E) Lecture

Graphique 43: Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à la lecture



Les résultats démontrent que les filles lisent davantage que les garçons. En effet, plus du quart d'entre elles lisent tous les jours, contre 16,9%* des garçons. Près du tiers de ces derniers ne lisent presque jamais, contre 26,2% des filles.

Graphique 44: Fréquences de la pratique de la lecture, par nation



Note : L'absence des Abénakis, des Malécites de Viger, des Mohawks et des Naskapis s'explique par des proportions non significatives statistiquement.

Les plus grands lecteurs vivent en zone 1, car plus du quart de ces enfants lisent tous les jours, contre 17,3% dans les autres zones. Un peu plus du quart des enfants ne lisent presque jamais en zone 1, contre plus du tiers dans les autres zones. Nous pouvons supposer que dans les communautés situées en zone 1, la plus

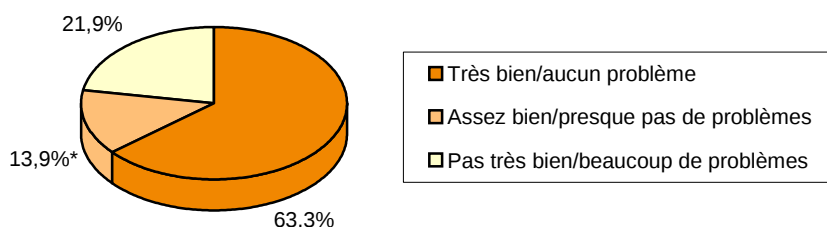
grande accessibilité aux bibliothèques et aux librairies facilite très certainement la lecture chez les enfants. D'ailleurs les Hurons/Wendat, situés en zone 1, sont ceux qui obtiennent la proportion la plus élevée de lecteurs.

Également, les enfants des communautés de grande taille lisent en moyenne davantage que dans les communautés de petite et de moyenne tailles.

Enfin, la proportion d'enfants ne lisant presque jamais semble associée au niveau de scolarité de la mère ou de la tutrice. Ainsi, plus du tiers des enfants dont la mère ou la tutrice n'a pas complété ses études secondaires ne lisent presque jamais, contre moins du quart des enfants dont la mère ou la tutrice est diplômée d'une école de métier, technique ou professionnelle. Même constat pour le père ou le tuteur puisque 16,2%* des enfants dont le père ou le tuteur n'est pas diplômé lisent tous les jours, contre 23,8%* dont le père ou tuteur est diplômé du secondaire et 34,8%* dont le père ou tuteur est diplômé d'un collège.

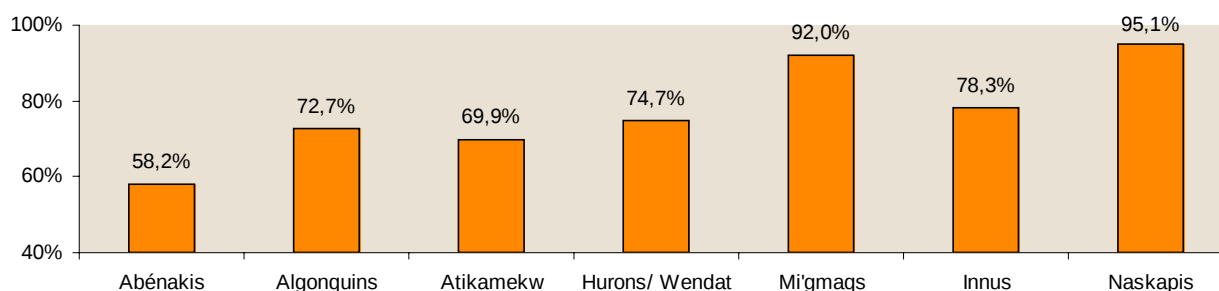
2.4.3.2 Relations avec la famille

Graphique 45: Perceptions des parents ou tuteurs sur les relations de l'enfant avec la famille (6 mois précédant l'enquête)



Selon leurs parents ou tuteurs, les 0 à 5 ans entretiennent de meilleures relations avec leur famille que les 6 à 11 ans. En effet, 67,8% des 0 à 5 ans n'ont eu aucun problème, comparativement à 59,1% des 6 à 11 ans. 24,7% de ces derniers ont toutefois connu beaucoup de problèmes, comparativement à 18,9% des 0 à 5 ans.

Graphique 46: Proportions de parents ou tuteurs estimant que l'enfant a de bonnes ou très bonnes relations avec la famille, par nation (6 mois précédant l'enquête)



Note : L'absence des Malécites de Viger et des Mohawks s'explique par des taux non significatifs statistiquement.

40,2% des enfants vivant en zone 2 ne s'entendent pas très bien ou pas bien du tout avec le reste de leur famille. Ce pourcentage est de 22,0% en zone 1 et de 16% en zones 3 et 4.

Enfin, 29,4% des enfants vivant dans les communautés de petite taille ne s'entendent pas très bien ou pas bien du tout avec le reste de leur famille. Ce pourcentage est de 28,9% dans les communautés de moyenne taille et de 13,0% dans les grandes communautés.



2.4.3.3 Troubles émotionnels et comportementaux

Il y a 16,5% des parents ou tuteurs considèrent que leur enfant a eu plus de problèmes émotionnels ou comportementaux que les autres enfants du même âge au cours des six mois précédant l'enquête. 12% des 0 à 5 ans ont eu plus de problèmes émotionnels ou comportementaux que les autres enfants de leur âge. Ce pourcentage est de 20,6% chez les 6 à 11 ans.

Chez les Atikamekw, 20,2% des enfants éprouvent plus de problèmes émotionnels ou comportementaux que les autres. Chez les Abénakis, les Algonquins, les Hurons/Wendat et les Mi'gmaqs, les proportions varient entre 11,1% et 15,7%. Enfin, la proportion est de 7,1% chez les Naskapis.

Tout comme les relations familiales, c'est en zone 2 que l'on retrouve la plus forte proportion d'enfants ayant davantage de problèmes émotionnels et comportementaux que les autres enfants : 27,9% des enfants en zone 2 comparativement à 14,5%* en zone 1 et un pourcentage non significatif sur le plan statistique en zones 3 et 4.

Le questionnaire se terminait par la question suivante : « Y a-t-il d'autres problèmes touchant le bien-être des enfants de la communauté sur lesquels nous devrions poser des questions ? ». Parmi les réponses que nous avons regroupées, une seule obtient un taux significatif sur le plan statistique, soit la consommation de drogues ou de substances volatiles et la consommation de boissons alcoolisées (15,6%).

Voici un aperçu des réponses regroupées n'ayant pas obtenu une proportion significative sur le plan statistique :

- activités pour les enfants;
- support parental;
- abus sexuels;
- infrastructures récréatives, activités;
- crime et violence;
- connaissances et activités traditionnelles;
- bien-être général de l'enfant;
- sécurité communautaire;
- sécurité à l'égard des chiens errants (nombre élevé de chiens en liberté);
- taxage, rudesse et non-respect entre les jeunes à l'école;
- éducation à l'école et de la part des parents;
- négligence;
- supports sociaux.

2.4.4 Pensionnats autochtones²⁰

Un faible pourcentage d'enfants a au moins un parent ayant fréquenté un pensionnat autochtone (16,1%). Toutefois, un peu plus de la moitié (53,1%) ont un ou plusieurs grands-parents qui ont fréquenté un pensionnat autochtone. Sur ce, on remarque un pourcentage plus élevé de grand-mères maternelles ayant fréquenté un pensionnat autochtone, soit 37,8%. Les communautés situées en zone 2 obtiennent des pourcentages plus élevés d'enfants dont les grands-parents ont fréquenté les pensionnats autochtones. Les principales nations ayant des communautés en zone 2 sont les Atikamekw et les Algonquins.

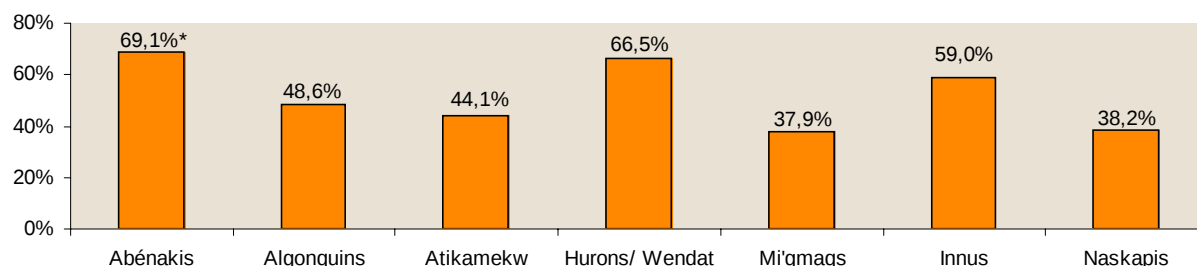
2.4.5 Dispositions relatives aux services de garde

50,7% des enfants se font garder lorsque leurs parents ou tuteurs sont au travail ou à l'école. Sur ce, 34,3% se font garder en garderie, 25,2% se font garder ailleurs par une personne apparentée et 21,6% se font garder à domicile par un frère ou une sœur. Ce sont les Abénakis, les Hurons/Wendat et les Innus qui obtiennent les proportions les plus élevées d'enfants se faisant garder, avec des proportions respectives de

²⁰ Les pensionnats, qu'on nomme aussi écoles résidentielles, sont les institutions exploitées par le gouvernement fédéral ou des communautés religieuses où ont vécu de nombreux enfants autochtones de partout au Canada entre 1860 et 1974.

69,1%, 66,5% et 59,0%. Les autres nations, quant à elles, obtiennent toutes des proportions sous les 50,0% d'enfants.

Graphique 47: Proportions d'enfants qui se font garder lorsque les parents/tuteurs sont au travail ou à l'école, par nation

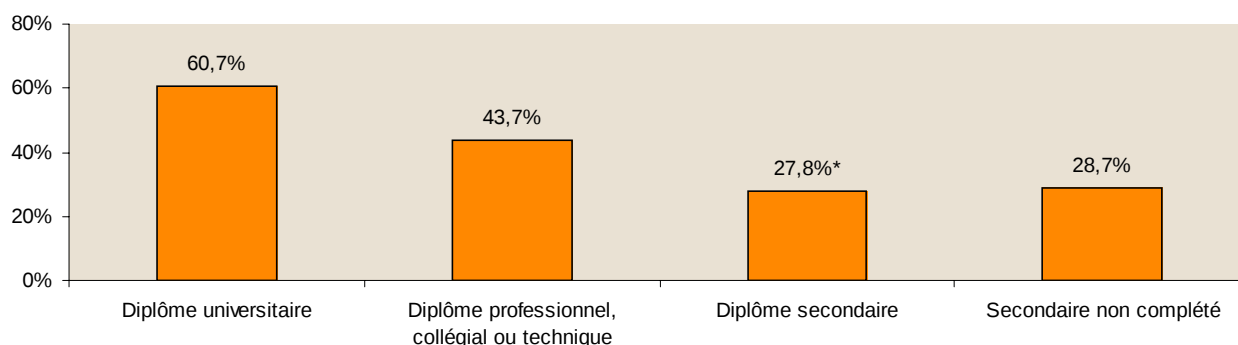


Note : L'absence des Malécites de Viger et des Mohawks s'explique par des taux non significatifs sur le plan statistique.

Les Abénakis et les Hurons/Wendat obtiennent les proportions les plus élevées d'enfants se faisant garder en garderie, soit respectivement 60,5% et 51,3%. Cette constatation pourrait être liée au fait que toutes leurs communautés sont situées en zone 1, car pour les Innus qui obtiennent également un pourcentage important d'enfants se faisant garder, nous observons des résultats différents. En effet, parmi les enfants qui nécessitent des services de garde chez les Innus, 25,7% se font garder en garderie, 25,7% se font garder à domicile par un frère ou une sœur et 29,9% se font garder ailleurs par une personne apparentée. Pour les Naskapis, qui sont également situés en zone isolées, on obtient un pourcentage particulièrement important d'enfants se faisant garder ailleurs par une personne apparentée, soit 66,1%.

Nous pouvons difficilement comparer les dispositions relatives aux services de garde avec le revenu du ménage et le niveau d'éducation de la mère ou de la tutrice, puisque nous obtenons plusieurs résultats qui ne sont pas significatifs sur le plan statistique. Toutefois, on remarque une différence marquée entre les mères ou les tuteurs ayant un niveau plus bas d'éducation et celles ayant un niveau plus élevé, en ce qui concerne la fréquentation de la garderie des enfants. En effet, les mères ou les tuteurs n'ayant pas terminé leurs études secondaires et celles ayant terminé leurs études secondaires obtiennent des proportions respectives de 28,7% et 27,8% d'utilisation de la garderie, tandis que les mères ou les tuteurs qui ont un diplôme technique, professionnel ou collégial et celles détenant un diplôme universitaire obtiennent des proportions respectives de 43,7% et 60,7% d'utilisation de la garderie.

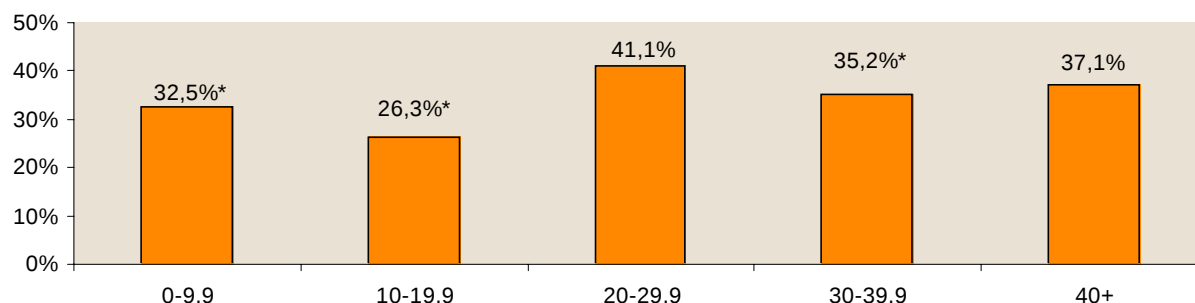
Graphique 48: Proportions d'enfants qui fréquentent la garderie selon le niveau de scolarité de la mère ou de la tutrice



Nous remarquons également que les ménages ayant des revenus situés entre 10 000\$ et 19 999\$ sont ceux qui utilisent le moins les garderies, soit dans une proportion de 26,3% comparativement à des proportions au-dessus de 30,0% pour les autres tranches de revenus. Les ménages ayant un revenu annuel situé entre 20 000\$ et 29 999\$ et ceux ayant un revenu annuel supérieur à 40 000\$ obtiennent les proportions les plus élevées avec respectivement, 41,1% et 37,1% d'utilisation de la garderie.



Graphique 49: Proportions d'enfants qui fréquentent la garderie selon le revenu du ménage (en milliers de dollars)



Finalement, les enfants de 6 à 11 ans obtiennent des pourcentages plus élevés d'enfants se faisant garder par une personne apparentée ailleurs qu'à leur domicile ou encore à domicile par un frère ou une sœur, comparativement aux enfants de 0 à 5 ans. Ces derniers se font plutôt garder à la garderie dans une proportion de 48,3%.

2.5 Conclusion : La santé des enfants (0 à 11 ans)

2.5.1 Profil démographique

Plus de la moitié des enfants habitent près des centres urbains, soit en zone 1. Nous remarquons que pour les Naskapis plus particulièrement, plus des trois quarts de leurs enfants sont âgés de 6 à 11 ans. Les ménages situés dans les zones 3 et 4 comptent plus d'enfants que les ménages en zone 1. Enfin, dans les communautés de grande taille, plus d'un ménage sur cinq est monoparental.

Un fort pourcentage des familles ayant 3 enfants ou plus vivent sous le seuil de la pauvreté. Le tiers des mères n'ont pas complété leurs études secondaires en zone 1 et cette proportion augmente aux deux tiers des mères dans les autres zones.

Le degré d'isolement semble associé à l'importance accordée par les parents ou tuteurs au fait que l'enfant apprenne une langue des Premières Nations. Plus on s'éloigne des centres urbains, plus cela semble important. En règle générale, les parents ou tuteurs sont très satisfaits ou satisfaits du degré de maîtrise d'une langue des Premières Nations atteint par leur enfant. Ils considèrent également les événements culturels traditionnels comme étant importants dans la vie de l'enfant. On constate que ce sont les divers membres de la famille qui ont un rôle prépondérant pour ce qui est d'aider l'enfant à comprendre sa culture traditionnelle.

En ce qui concerne les études, un enfant sur dix a déjà doublé une année scolaire et les garçons reçoivent une évaluation inférieure à celle des filles de la part des parents ou tuteurs concernant leur rendement scolaire. C'est dans les communautés huronne/wendat et mi'gmaq que le Programme d'aide préscolaire aux Premières Nations (PAPPN) était le moins fréquenté au moment de l'enquête.

2.5.2 État de santé et habitudes de vie

Les principaux constats concernant l'état de santé des enfants sont le fait qu'une proportion importante de femmes enceintes ont fumé pendant leur grossesse, qu'une proportion élevée d'enfants n'ont pas été allaités et qu'un pourcentage important d'enfants sont obèses. Soulignons que plus du tiers des femmes ayant fumé pendant qu'elles étaient enceintes affirment avoir fumé tout au long de leur grossesse.

En ce qui concerne l'allaitement et l'obésité infantile, nous remarquons des différences importantes entre les zones géographiques. En fait, c'est dans les zones 3 et 4 que nous observons la proportion la plus basse d'enfants ayant été allaités ainsi que la prévalence la plus élevée d'obésité infantile. Soulignons que, depuis la première phase de l'enquête en 1997, nous remarquons une augmentation marquée de la proportion d'enfants ayant été allaités.



Un peu moins de la moitié des enfants sont atteints de problèmes médicaux. Les problèmes de santé les plus importants sont, en ordre d'importance, les problèmes respiratoires, les problèmes de la vue ou de l'ouïe et les allergies. L'asthme est le problème de santé nécessitant le plus de traitements et entraînant le plus de limitations chez les enfants.

L'obstacle le plus important qu'ont rencontré les parents ou tuteurs pour que leur enfant reçoive des soins de santé est le fait que les listes d'attente soient trop longues. Toutefois, le cas des Innus est particulier, puisque pour ceux-ci, l'obstacle principal est le fait d'avoir de la difficulté à obtenir des soins traditionnels.

La majorité des enfants ont reçu leurs derniers soins dentaires dans les 12 mois précédant l'enquête et nécessitaient, pour la plupart, un entretien dentaire. Nous remarquons peu de différences entre les nations, mis à part qu'un plus grand pourcentage d'enfants naskapis nécessitent des soins dentaires.

En ce qui concerne l'alimentation des enfants, nous constatons qu'une proportion élevée d'enfants consomment des repas-minutes, des gâteaux, des frites, etc. quelques fois par semaine. De plus, bien que la consommation de thé ou de café soit très faible chez les enfants, l'enquête révèle qu'en zones 3 et 4, un peu moins du tiers des enfants en consomment.

De plus, environ la moitié des enfants consomment parfois des aliments traditionnels. Toutefois, les différences entre les nations s'avèrent importantes. Les nations où les enfants en consomment le plus sont les Atikamekw et les Naskapis, suivis des Algonquins et des Innus. Les enfants mi'gmaqs sont ceux qui consomment le moins d'aliments traditionnels.

Finalement, en se fiant aux directives d'activités physiques pour bébés et enfants publiées par l'Association nationale américaine des sports et de l'activité physique, les enfants des Premières Nations témoignent d'un manque flagrant d'activités physiques. Les garçons pratiquent davantage d'activités physiques que les filles et les enfants des zones 2, 3 et 4 en pratiquent également plus que les enfants de la zone 1. Toutefois, un peu plus d'enfants en zone 1 font partie d'un programme de sport ou d'une équipe sportive.

La majorité des enfants n'ont pas suivi de cours artistiques ou musicaux, ni participé à des activités traditionnelles telles que le chant, le tambour et les danses en dehors des heures de classe, au cours des 12 mois précédant l'enquête.

2.5.3 Bien-être émotionnel et social

En ce qui concerne la relation avec la famille, nous remarquons que près du quart des 6 à 11 ans ont connu beaucoup de problèmes à s'entendre avec les autres membres de leur famille. La majorité des parents ou tuteurs estiment que leur enfant n'a pas eu plus de problèmes émotionnels ou comportementaux que les autres enfants de son âge. C'est en zone 2 que l'on retrouve la plus forte proportion d'enfants ayant davantage de problèmes que les autres enfants.

En ce qui concerne les dispositions relatives aux services de garde, la moitié des enfants se font garder lorsque leurs parents ou tuteurs sont au travail ou à l'école. Sur ce, le tiers se font garder en garderie et le quart par une personne apparentée. Ce sont les Abénakis, les Hurons/Wendat et les Innus qui obtiennent les proportions les plus élevées d'enfants nécessitant des services de garde.



Section 3: **La santé des adolescents (12 à 17 ans)**

La santé des adolescents (12 à 17 ans)

3.1 Faits saillants

3.1.1 Caractéristiques sociales

3.1.1.1 Renseignements sur le ménage :

Les résultats de l'enquête ont révélé que plus de la moitié des adolescents (57,6 %) vivent avec deux adultes. De plus, la moitié des adolescents habitent avec leurs 2 parents biologiques (51,7 %), alors que près du quart (24,1 %) habitent avec leur mère biologique uniquement. Près de la moitié (45,7 %) affirment que leurs parents biologiques sont conjoints/mariés et vivent ensemble, alors que plus du quart (28,8 %) disent qu'ils ne vivent pas ensemble/non mariés. Enfin, on constate des différences entre les zones²¹ relativement au fait que les parents soient des conjoints mariés ou non. En effet, il y a plus d'adolescents qui ont des parents conjoints et mariés dans la zone 2 (59,1 %) et dans les zones 3 et 4 (66,6 %) que dans la zone 1 (35,2 %).

3.1.1.2 Langues des Premières Nations et culture traditionnelle :

L'enquête démontre que pour près de la moitié des adolescents (48,9 %), il est important de parler une langue des Premières Nations. Ceci se reflète par le fait que la majorité comprennent et parle une langue des Premières Nations (62,4 % et 55,7 % respectivement). Les avis semblent toutefois partagés concernant l'importance des événements culturels traditionnels, où près de la moitié affirme qu'ils sont très importants (44,3 %) et plus de la moitié affirme qu'ils ne sont pas très importants ou pas importants du tout (52,1 %). Enfin, on remarque que les adolescents des zones plus isolées des centres urbains (zones 2, 3 et 4) accordent plus d'importance au fait de parler une langue des Premières Nations comparativement aux adolescents habitant près des centres urbains (zone 1). Il en est de même pour l'importance accordée aux événements culturels traditionnels.

3.1.1.3 Éducation :

Les études semblent poser des difficultés à une majorité d'adolescents. En effet, la moitié d'entre eux (50,4 %) a déjà doublé une année scolaire et deux adolescents sur cinq (41,0 %) affirment avoir déjà eu des problèmes d'apprentissage à l'école. Également, on remarque qu'une grande proportion d'adolescents aime moyennement l'école. Enfin, les parents sont les personnes qui encouragent le plus les adolescents dans la poursuite de leurs études. En effet, 86,3 % des adolescents estiment que leur mère les encourage et 69,6 % reçoivent des encouragements de leur père.

3.1.2 État de santé

3.1.2.1 État de santé général :

Près des deux tiers des adolescents estiment que leur santé est excellente ou très bonne. Selon eux, la principale raison qui influence la mention d'une excellente ou d'une très bonne santé est la pratique d'exercices physiques réguliers (70,8 %). Toutefois, plusieurs adolescents ont des problèmes de santé et ce, davantage dans la zone 1 (45,1 %, comparativement à 29,5 % en zone 2 et 25,8 % en zone 3 et 4). Alors que la majorité des adolescents (56,0 %) ont un poids normal, 20,3 % souffrent d'embonpoint et 21,7 % souffrent d'obésité. Enfin, il semble que la proportion d'adolescents ayant un poids normal diminue

²¹ Système de zonage développé par les Affaires Indiennes et du Nord Canadien afin de catégoriser le degré d'isolement géographique des communautés

- Zone 1 : Situé à moins de 50km d'un centre de services* relié par une route d'accès ouverte à l'année.
- Zone 2 : Situé entre 50 et 350km d'un centre de services* reliés par une route d'accès ouverte à l'année.
- Zone 3 : Situé à plus de 350km d'un centre de services* reliés par une route d'accès ouverte à l'année.
- Zone 4 : Aucune route d'accès ouverte à l'année vers un centre de services*.

* Localité la plus près pour avoir accès aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.



avec l'isolement de la communauté. En effet, ils sont 62,7 % dans la zone 1, 50,7 % dans la zone 2 et 42,6 %* dans les zones 3 et 4 à avoir un poids normal.

3.1.2.2 Soins dentaires :

La majorité des adolescents (85,5 %) ont reçu des soins dentaires dans les 12 mois précédant l'enquête. Malgré tout, un fort pourcentage nécessite des soins dentaires, soit 69,8 % des adolescents. Parmi ceux-ci, les trois quarts des adolescents (75,9 %) nécessitent un entretien et près de la moitié (48,5 %) nécessite un plombage ou une restauration.

3.1.2.3 Santé sexuelle :

Plus de deux adolescents sur cinq sont actifs sexuellement. Parmi ceux-ci la méthode de contraception la plus populaire est le condom. En effet, la grande majorité (86,6 %) a utilisé le condom lors de ses relations sexuelles. L'enquête ne permet pas de savoir si les adolescents utilisent le condom à chacune de leurs relations sexuelles. Les raisons principales pour l'utilisation du condom sont empêcher les grossesses et se protéger contre les maladies transmises sexuellement (MTS).

3.1.2.4 Bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel :

En ce qui concerne le bien-être, la majorité des adolescents (57,8 %) estime avoir un niveau d'équilibre moyen. Le niveau d'équilibre a été établi en fonction du degré d'accord des adolescents avec certains énoncés portant sur la vie en général. De plus, près des trois quarts des adolescents ont une haute estime personnelle. Ceci est légèrement plus élevé chez les garçons que chez les filles (79,6 % et 67,4 % respectivement). Pour ce qui est de l'Indice d'autodétermination, c'est-à-dire du degré de contrôle qu'un adolescent exerce sur sa vie, 61,9 % des garçons et 56,1 % des filles ont un indice élevé. Toutefois, le soutien social, c'est-à-dire la possibilité de discuter de sa santé émotionnelle ou mentale avec une personne de confiance, semble faible pour une forte majorité d'adolescents. En effet, la minorité affirme avoir accès à un confident en tout temps (47,5% en zone 1, 35,4% en zone 2 et 28,6% en zone 3 et 4). Également, le soutien social varie d'une zone à l'autre et diminue avec l'isolement de la communauté. Alors que 47,5 % des adolescents vivant dans la zone 1 estiment avoir accès à un confident en tout temps, ils sont 35,4 % dans la zone 2 et 28,6 % dans les zones 3 et 4. Enfin, la détresse psychologique de plusieurs adolescents est sans équivoque. L'enquête révèle que 46,5% des filles et 23,6% des garçons ont déjà pensé au suicide au cours de leur vie et deux adolescents sur cinq se sont sentis déprimés durant deux semaines consécutives ou plus au cours des 12 mois précédant l'enquête.

3.1.2.5 Blessures :

D'après les résultats, de nombreux adolescents (55,0 %) se sont blessés dans les 12 mois précédant l'enquête. Les blessures les plus fréquentes sont les coupures, les éraflures et les contusions (50,7 %), les entorses ou les foulures (41,9 %), les fractures (34,9 %) et les brûlures (25,9 %). Les principales causes sont la pratique de sport (50,1 % des adolescents ayant subi des blessures) et les chutes ou les faux-pas (43,6 % des adolescents ayant subi des blessures).

3.1.3 Habitudes de vie

3.1.3.1 Alimentation :

Les résultats démontrent qu'une majorité d'adolescents a un régime alimentaire parfois équilibré et nutritif. Ce régime se dégrade plus les adolescents vieillissent. En effet, 57,8 % des 12 à 14 ans consomment des aliments vides une fois ou plus par jour contre 65,2 % des 15 à 17 ans. Également, on constate que l'alimentation des filles est meilleure que celle des garçons. Ces derniers consomment davantage de café ou de thé, de boissons gazeuses et de gâteaux que les filles. Pour ce qui est de la consommation d'aliments traditionnels, elle est relativement faible dans l'ensemble des zones géographiques, mais plus fréquente dans les communautés de grande taille.

3.1.3.2 Activités physiques :

D'après les résultats, les adolescents semblent assez actifs puisque près de la moitié d'entre eux (43,0 %) pratique des activités physiques à raison de 4 fois et plus par semaine (21,0 % de 4 à 6 fois par semaine et 22,0 % à tous les jours). La marche et la bicyclette sont les sports les plus pratiqués. Enfin, le tiers de adolescents (33,1 %) joue à l'extérieur de 3 à 5 heures par jour, alors que près du tiers (30,5 %) consacre de 1 à 2 heures par jour aux jeux à l'extérieur.

3.1.3.3 Activités sédentaires :

Les activités sédentaires (regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo, etc.) occupent un bon nombre d'adolescents et ce, plusieurs heures par jour. Près de la moitié des adolescents (45,0 %) regarde la télévision de 1 à 2 heures par jour. Également, plus du tiers des adolescents regardent la télévision de 3 à 5 heures par jour. Les jeux vidéo sont aussi très populaires auprès des adolescents et ce, particulièrement chez les garçons (70,6 %). Parmi les garçons qui jouent à des jeux vidéo, près de la moitié (45,6 %) y consacre de 1 à 2 heures par jour et le quart (25,0 %) y consacre plus de 3 heures par jour. Enfin, deux adolescents sur cinq (39,9 %) passent de 1 à 2 heures par jour devant l'ordinateur.

3.1.3.4 Tabagisme :

La consommation de tabac des adolescents est élevée dans les communautés des Premières Nations. Plus de la moitié des adolescents fument (51,2 %). La majorité des adolescents fumeurs (66,8 %) est âgée entre 15 et 17 ans, alors que le tiers (33,2 %) a entre 12 et 14 ans. De plus, les deux tiers des fumeurs adolescents (66,0 %) fument à tous les jours. On remarque que les adolescents ont commencé à fumer très jeune. En effet, les trois quarts (76,5 %) ont déclaré avoir commencé à fumer avant l'âge de 13 ans. Enfin, la moitié des adolescents a affirmé que leur domicile n'était pas un environnement sans fumée.

3.1.3.5 Consommation d'alcool :

La consommation d'alcool augmente considérablement au cours de l'adolescence. En effet, alors que le tiers des 12 à 14 ans a bu de la bière, du vin, des spiritueux ou des boissons alcoolisées dans les 12 mois précédant l'enquête, les trois quarts des 15 à 17 ans (75,9 %) en ont consommé.

3.1.3.6 Consommation de drogues et substances volatiles :

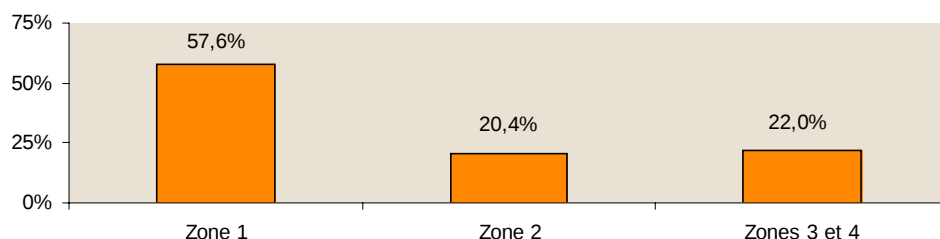
Les résultats révèlent que plus de deux adolescents sur cinq (44,2 %) ont consommé de la drogue ou des substances volatiles dans les 12 mois précédant l'enquête. Les proportions sont légèrement plus élevées chez les filles (45,9 %) que chez les garçons (42,6 %). La marijuana est la drogue la plus consommée par les adolescents. En effet, la grande majorité des adolescents qui ont consommé de la drogue (92,1 %) a consommé de la marijuana.

3.2 Profil démographique

3.2.1 Âge, sexe et lieu de résidence

Les adolescents englobent les jeunes de 12 à 17 ans. Au sein des Premières Nations, il y a légèrement plus de jeunes âgés entre 15 et 17 ans que de jeunes âgés entre 12 et 14 ans (54,2% et 45,8% respectivement). On dénombre toutefois autant de filles que de garçons. Plus de la moitié des adolescents habitent en zone 1 (57,6%) et dans les communautés de grande taille (56,6%). Dans les autres zones géographiques, la proportion d'adolescents se situe autour de 20,0%. Enfin, 43,4% des adolescents habitent dans les communautés de petite et de moyenne tailles.

Graphique 50: Répartition des adolescents par zone géographique



Note : Les zones 3 et 4 sont fusionnées pour des raisons de validité statistique.

3.2.2 Renseignements sur le ménage

80,9% des adolescents habitent avec un ou deux autres adolescents, 41,6% avec un ou deux enfants âgés entre 6 et 11 ans et 32,4% avec un ou deux enfants âgés de 0 à 5 ans (notons que les adolescents et les enfants ne sont pas nécessairement des frères et sœurs biologiques). Plus de la moitié des adolescents habitent avec deux adultes (57,6%) et 7,0% habitent avec un ou plusieurs aînés de 65 ans et plus. La moitié des adolescents habitent avec leurs parents biologiques (51,7%) et ce pourcentage est plus élevé dans les zones 2, 3 et 4. Il est important de souligner que 24,1% des adolescents habitent avec leur mère biologique seulement, ce qui laisse présager qu'il y a un pourcentage élevé de familles monoparentales.

Un peu moins de la moitié des adolescents (45,7%) affirment que leurs parents biologiques sont mariés et 28,8% affirment qu'ils ne vivent pas ensemble. Les parents biologiques des adolescents de la zone 1 affichent la proportion la plus basse de conjoints mariés, soit 35,2% par rapport à 59,1% dans la zone 2 et à 66,6% dans les zones 3 et 4. On dénote également moins de conjoints mariés dans les communautés de grande taille par rapport à celles de petite et de moyenne tailles.

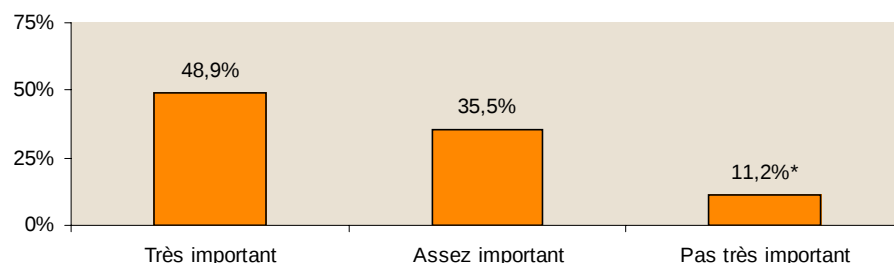
3.2.3 Langues des Premières Nations et culture traditionnelle

3.2.3.1 Langues comprises et langues parlées

Pour la moitié des adolescents, il est très important de parler une langue des Premières Nations (48,9%), alors que 35,5% affirment, quant à eux, que c'est assez important et seulement 11,2% affirment que ce n'est pas important. De plus, 62,4% des adolescents comprennent parfaitement ou assez bien une ou plusieurs langues des Premières Nations, alors que 55,7% parlent parfaitement ou assez bien. Un peu plus de filles que de garçons comprennent et parlent une ou plusieurs langues des Premières Nations.



Graphique 51: Degré d'importance accordé au fait de parler une langue des Premières Nations



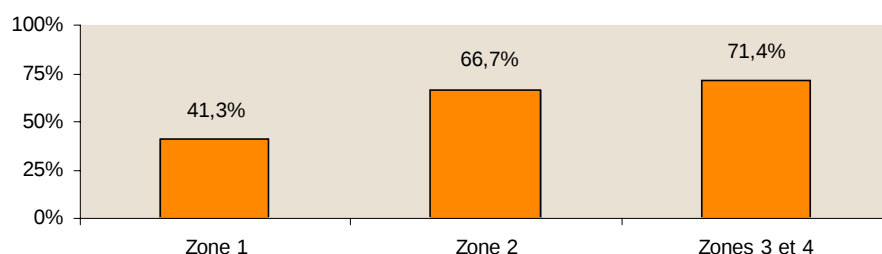
Plus d'adolescents comprennent et parlent avec aisance le français que l'anglais. En effet, 38,7% des adolescents comprennent avec aisance l'anglais et 38,2% le parlent avec aisance, par rapport à 50,5% qui comprennent avec aisance le français et à 47,6% qui parlent le français avec aisance. Les adolescents de 15 à 17 ans comprennent et parlent légèrement plus fréquemment l'anglais que les 12 à 14 ans. Soulignons que les Cris et les Inuits, qui ne comptent que des communautés anglophones, n'ont pas participé à cette enquête. Chez les nations ayant participé à l'enquête, nous retrouvons plus de communautés francophones, ce qui explique très certainement ces résultats.

En ce qui concerne les événements culturels traditionnels, les adolescents semblent divisés. En effet, 44,3% affirment qu'ils sont très importants et 52,1% affirment qu'ils ne sont pas importants. Plus de filles que de garçons considèrent que les événements culturels traditionnels sont très importants, soit 47,9% des filles par rapport à 40,6% des garçons.

Plus de la moitié des adolescents ont mentionné que leurs grands-parents (53,9%) et leurs parents (52,7%) les aident à comprendre leur culture, alors que 29,7% des adolescents ont mentionné leurs tantes et leurs oncles. En ce qui concerne les personnes ne faisant pas partie de la famille les aidant à comprendre leur culture, 31,9% ont mentionné les aînés de la communauté et 24,1% les enseignants.

En ce qui concerne les différentes zones géographiques, nous remarquons que pour les adolescents habitant dans les zones 2, 3 et 4, il est plus important de parler une langue des Premières Nations comparativement aux adolescents habitant dans la zone 1 (66,7% dans la zone 2, 71,4% dans les zones 3 et 4 comparativement à 41,3% dans la zone 1). D'ailleurs, plus de 85,0% des adolescents habitant les zones 2, 3 et 4 comprennent et parlent parfaitement ou assez bien une ou plusieurs langues des Premières Nations. En zone 1, 42,6% comprennent une ou plusieurs langues des Premières Nations et 35,2% en parlent une ou plusieurs. Il semble y avoir une association entre l'isolement et le fait de parler une ou plusieurs langues des Premières Nations, puisque la nécessité de parler cette ou ces langues est plus présente dans les régions isolées.

Graphique 52: Degré d'importance accordé à la capacité de parler une ou plusieurs langues des Premières Nations, par zone géographique



Note : Les zones 3 et 4 sont fusionnées pour des raisons de validité statistique.

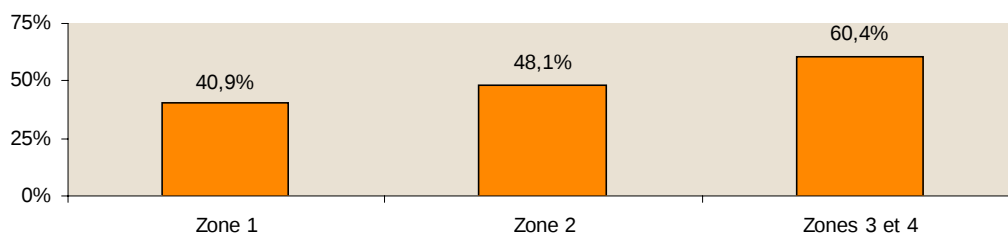
Enfin, il est difficile de comparer l'usage et la compréhension du français et de l'anglais entre les différentes zones géographiques puisque nous obtenons plusieurs proportions qui ne sont pas significatives sur le plan

statistique. Toutefois, nous remarquons que les adolescents des communautés de grande taille comprennent et parlent l'anglais plus aisément que les adolescents des communautés de petite et de moyenne tailles. Inversement, les adolescents des communautés de petite et de moyenne tailles comprennent et parlent plus aisément le français.

3.2.3.2 Culture traditionnelle

Les événements culturels traditionnels sont également plus importants pour les adolescents des zones 2, 3 et 4, que pour les adolescents vivant dans la zone 1. En effet, 48,1% des adolescents de la zone 2 et 60,4% des zones 3 et 4 affirment que les événements culturels traditionnels sont très importants dans leur vie comparativement à 40,9% des adolescents de la zone 1. Plus de 70,0% des adolescents des zones 2, 3 et 4 affirment que leurs grands-parents les aident à comprendre leur culture comparativement à 42,8% des adolescents de la zone 1. L'aide des aînés semble également plus fréquente dans les zones 2, 3 et 4. Enfin, en zone 1, l'aide des enseignants semble plus importante puisque 26,5% des adolescents de la zone 1 obtiennent de l'aide des enseignants, comparativement à 13,1% de la zone 2 et à 7,7% des zones 3 et 4.

Graphique 53: Proportions d'adolescents considérant les événements culturels très importants, par zone géographique

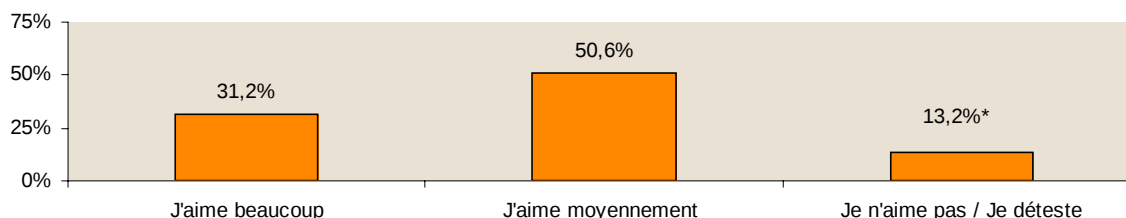


Note : Les zones 3 et 4 sont fusionnées pour des raisons de validité statistique.

3.2.4 Éducation

La majorité des adolescents fréquentaient l'école au moment de l'enquête (92,7%). La moitié affirme aimer moyennement l'école, 31,2% aiment beaucoup l'école et 13,2% ne l'aiment pas ou la détestent (graphique 54). La majorité des adolescents n'ont jamais sauté une année scolaire (90,3%). Toutefois, la moitié d'entre eux ont déjà doublé une année scolaire (50,4%) et 41,0% affirment avoir déjà eu des problèmes d'apprentissage à l'école. Le tiers des adolescents souhaite terminer un diplôme d'études collégiales, professionnelles ou techniques (32,0%) alors que 29,5% souhaitent terminer un diplôme universitaire. Enfin, 17,1% ne souhaitent que terminer leurs études secondaires.

Graphique 54: Degré d'appréciation des adolescents de l'école



Les filles et les garçons obtiennent pratiquement la même proportion de problèmes d'apprentissage. Toutefois, on remarque que plus de filles que de garçons estiment avoir des problèmes de lecture et d'écriture. En effet, 69,8% des filles affirment avoir des problèmes de lecture et 81,3% affirment avoir des problèmes d'écriture, comparativement à, respectivement, 59,2% et 61,3% des garçons. Par contre, les garçons ont plus fréquemment doublé une année scolaire, soit 54,3% par rapport à 46,3% des filles.

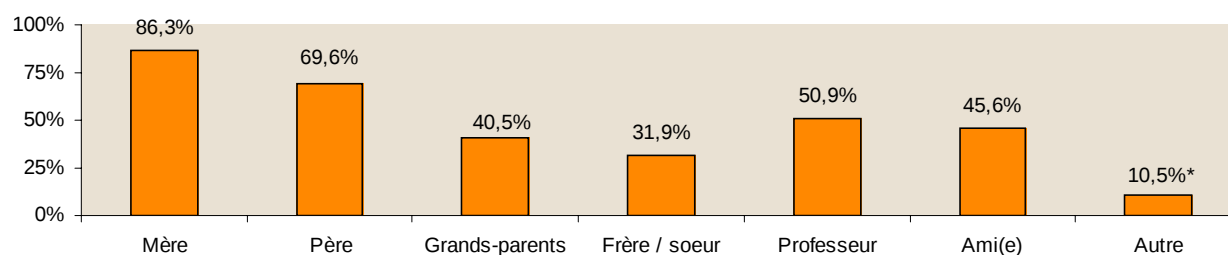


Certaines différences semblent être associées à l'âge des adolescents. Les problèmes pour comprendre l'enseignant et les problèmes de distraction sont plus fréquents chez les 12 à 14 ans que chez les 15 à 17 ans. Toutefois, un pourcentage nettement plus élevé d'adolescents de 15 à 17 ans (60,7%) que d'adolescents de 12 à 14 ans (38,3%) a doublé une année scolaire.

En ce qui a trait aux différentes zones géographiques, on remarque que les adolescents de la zone 2 apprécient davantage l'école. En effet, plus de la moitié d'entre eux aiment beaucoup l'école, comparativement à 22,9% pour les adolescents habitant la zone 1 et 34,7% pour ceux habitant les zones 3 et 4. Les adolescents de la zone 2 sont également plus nombreux à souhaiter compléter des études universitaires, soit 39,0% par rapport à 29,0% en zone 1 et à 28,9% en zones 3 et 4.

Aucune différence ne se remarque concernant la proportion d'adolescents ayant eu des problèmes d'apprentissage selon les différentes zones géographiques. Toutefois, les adolescents des zones 3 et 4 obtiennent une proportion plus élevée d'adolescents ayant des problèmes de concentration, soit 88,9%, par rapport à 69,9% en zone 1 et à 62,4% en zone 2. De plus, les adolescents des zones 2, 3 et 4 obtiennent des proportions plus élevées de problèmes de distraction comparativement aux adolescents habitant dans la zone 1, soit respectivement 87,5% et 88,9% par rapport à 74,5%. On dénote également une proportion plus faible d'adolescents ayant doublé une année scolaire en zone 1. En effet, 49,3% des adolescents en zone 1 ont doublé une année scolaire comparativement à 61,1% en zone 2 et à 66,9% en zones 3 et 4.

Graphique 55: Proportions d'adolescents qui reçoivent des encouragements pour la poursuite de leurs études de la part de diverses personnes



Nous remarquons, dans le graphique précédent, que les mères sont les principales sources d'encouragement pour la poursuite des études chez les adolescents.

Pour ce qui est des différences entre les filles et les garçons relativement aux sources d'encouragement, les seules différences significatives sont :

- 35,2% des filles sont encouragées par leurs frères ou leurs sœurs, contre 28,8% des garçons;
- 54,8% des filles sont encouragées par un(e) ami(e), contre 36,7% des garçons.

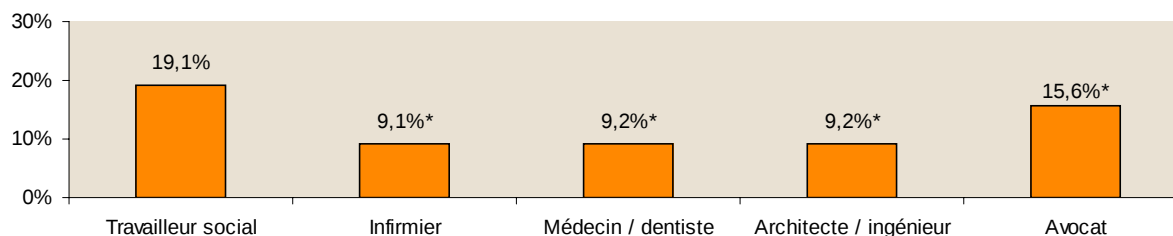
Enfin, quant aux différences entre les groupes d'âge, l'enquête révèle que les encouragements offerts aux adolescents plus jeunes (12-14 ans) viennent davantage d'adultes, alors que pour les adolescents plus vieux (15-17 ans), les encouragements proviennent plutôt d'individus du même âge, comme le démontre le tableau suivant.

Tableau 12: Proportions d'adolescents qui reçoivent des encouragements de diverses personnes pour poursuivre leurs études, par groupe d'âge

Personnes qui encouragent les adolescents	Groupes d'âge	
	12-14 ans	15-17 ans
Grands-parents	45,1%	36,6%
Frère ou sœur	28,4%	35,0%
Professeur	55,7%	46,8%
Ami(e)	40,4%	50,0%

Enfin, les adolescents ont été interrogés sur la profession qu'ils aimeraient exercer dans leur vie adulte. Le graphique suivant présente les professions les plus fréquemment mentionnées par les adolescents.

Graphique 56: Principales professions visées par les adolescents

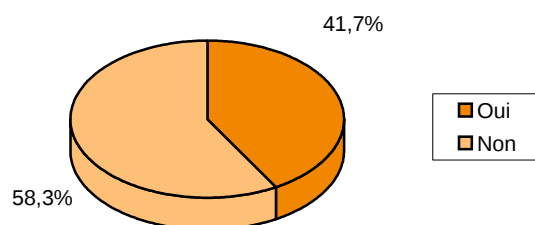


Pour ce qui est des différences entre les sexes, on observe que plus de filles que de garçons aimeraient être infirmières, avocates ou coiffeuses. Quant aux garçons, ils sont plus nombreux à vouloir être travailleurs sociaux, architectes, ingénieurs, menuisiers, charpentiers, camionneurs, électriciens ou plombiers.

3.3 État de santé

3.3.1 État de santé général

Graphique 57: Proportions d'adolescents ayant ou non des problèmes médicaux



Parmi les adolescents, 41,7% affirment être atteints de problèmes médicaux. Parmi ceux-ci, 20,1% estiment être atteints de problèmes respiratoires, 18,7% d'allergies, 16,1% de problèmes neurologiques ou cognitifs et 13,9% de problèmes visuels ou auditifs.

Les 15 à 17 ans sont plus nombreux que les 12 à 14 ans à affirmer avoir des problèmes médicaux, soit respectivement 46,8% et 35,8%. Ils obtiennent également une prévalence de problèmes respiratoires plus élevée, soit 25,5% comparativement à 14,0% chez les 12 à 14 ans. Les garçons sont également légèrement plus affectés par les problèmes médicaux que les filles. En effet, 44,8% d'entre eux estiment être atteints de problèmes médicaux comparativement à 38,4% des filles. Enfin, 23,6% des garçons atteints de problèmes médicaux sont atteints de problèmes respiratoires, comparativement à 16,5% des filles.

C'est en zone 1 que nous remarquons la prévalence la plus élevée de problèmes médicaux chez les adolescents, soit 45,1% par rapport à 29,5% en zone 2 et à 25,8% en zones 3 et 4. Ceci s'explique peut-être par le fait que les adolescents de la zone 1 sont plus diagnostiqués que les adolescents des régions plus isolées. De plus, les adolescents souffrant d'embonpoint ou d'obésité sont atteints de plus de problèmes médicaux que ceux ayant un poids normal. En effet, 48,9% des adolescents souffrant d'embonpoint et 44,3% de ceux souffrant d'obésité sont atteints de problèmes médicaux, comparativement à 37,4% des adolescents ayant un poids normal. Nous aborderons les thèmes du poids, de l'embonpoint et de l'obésité dans la section suivante.

Finalement, nous remarquons que les adolescents ont une vision plutôt positive de leur état de santé. En effet, 62,2% des adolescents estiment qu'ils sont en excellente ou en très bonne santé. Seulement 9,5% affirment que leur état de santé est passable ou mauvais. Parmi les raisons pour lesquelles les adolescents estiment être en excellente ou en très bonne santé, l'exercice physique arrive en tête (mentionné par 70,8%



des adolescents), suivi du fait de bien dormir / prendre du repos (60,7%), être heureux et satisfait (59,5%) et avoir un bon soutien social (55,6%). De plus, le régime alimentaire est plus important pour les filles (56,3%) que les garçons (45,5%). Toutefois, l'exercice physique est plus important pour les garçons (79,0%) que pour les filles (62,0%).

Tableau 13: Causes évoquées pour justifier le fait d'être en très bonne ou en excellente santé

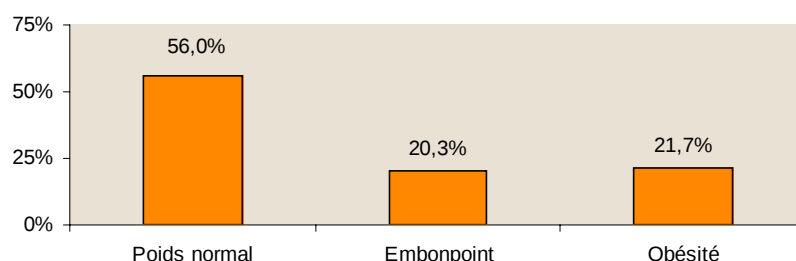
Causes	% d'adolescents
Exercices réguliers / pratique de sports	70,8%
Bien dormir / prendre du repos	60,7%
Heureux / satisfait	59,5%
Bon soutien social	55,6%
Régime sain	50,7%
Équilibre de vie	43,8%
Peu de stress	31,0%

Concernant l'équilibre de vie, on constate qu'il est légèrement plus important pour les garçons, mais nous observons une différence plus marquée entre les 12 à 14 ans et les 15 à 17 ans. En effet, la moitié des 15 à 17 ans estiment que l'équilibre de vie est important comparativement à 38,2% des 12 à 14 ans. Nous pouvons toutefois supposer que le concept d'équilibre de vie a plus de signification pour les 15 à 17 ans que pour les 12 à 14 ans, ce qui expliquerait ces résultats.

Enfin, l'exercice physique, le soutien social et le fait de vivre peu de stress sont également des raisons plus significatives pour les 15 à 17 ans que pour les 12 à 14 ans pour justifier le fait d'être en excellente ou en très bonne santé. Encore une fois, en ce qui concerne le soutien social et le peu de stress, il est possible que les 15 à 17 ans aient une meilleure compréhension de ces notions que les 12 à 14 ans.

3.3.2 Poids, embonpoint et obésité

Graphique 58: Répartition des adolescents selon les catégories de l'indice de masse corporelle (IMC)²²



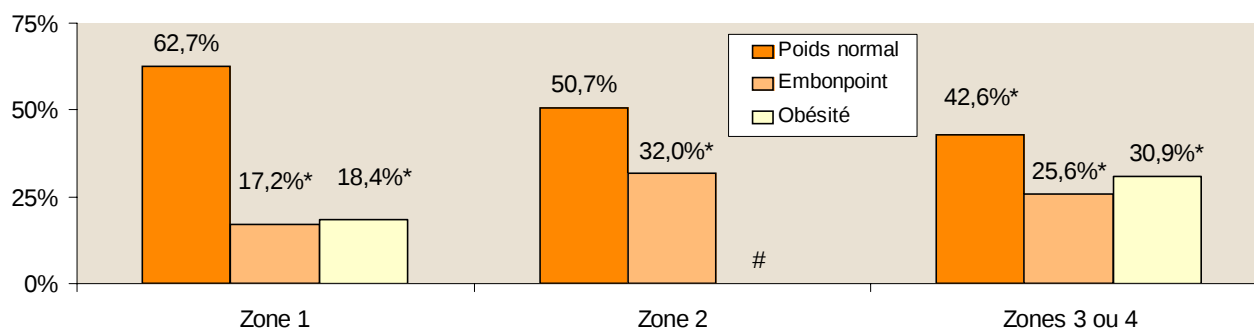
Plus de la moitié des adolescents ont un poids normal (56,0%). Toutefois, 20,3% souffrent d'embonpoint et 21,7% souffrent d'obésité (graphique 58). Malgré tout, un peu moins du tiers des adolescents sont très satisfaits ou satisfaits de leur poids, soit respectivement 31,5% et 30,1%, alors que 18,1% sont ni satisfaits, ni insatisfaits et 20,3% sont un peu ou très insatisfaits.

La prévalence de l'obésité chez les garçons est supérieure que celle chez les filles, soit 26,1% des garçons comparativement à 15,9% des filles. De plus, la proportion d'adolescents ayant un poids normal diminue en fonction de l'isolement. En effet, la proportion d'adolescents ayant un poids normal atteint 62,7% en zone 1,

²² L'indice de masse corporelle est un outil utilisé pour déterminer le poids santé d'un individu. En calculant le poids (kg) d'un individu divisé par sa taille au carré (mètres), on obtient l'indice de masse corporelle. Chez les enfants et les adolescents, on applique cet indice à une charte de croissance qui nous indique dans quelle catégorie de poids le sujet se situe : poids insuffisant, poids normal, embonpoint ou obésité.

comparativement à 50,7% en zone 2 et à 42,6% en zones 3 et 4. Le graphique suivant démontre ces résultats.

Graphique 59: Proportions d'adolescents selon les catégories de l'indice de masse corporelle (IMC), par zone géographique



Note : Les zones 3 et 4 sont fusionnées pour des raisons de validité statistique.

3.3.3 Blessures physiques

Parmi les 55,0% d'adolescents qui ont déclaré s'être blessés dans les 12 mois précédant l'enquête, les principales blessures évoquées sont : les coupures, éraflures et contusions (50,7%), les entorses ou les foulures (41,9%), les fractures (34,9%) et les brûlures (25,9%). Ces blessures sont dues principalement aux sports (50,1%), aux chutes ou aux faux-pas (43,6%) et aux accidents de bicyclette n'impliquant pas un véhicule motorisé (24,7%).

Tableau 14: Types de blessures physiques subies par les adolescents (12 mois précédant l'enquête)

Types de blessures	% des adolescents
Coupure, éraflure ou contusion	50,7%
Entorse ou foulure	41,9%
Fracture	34,9%
Brûlure	25,9%

On compte 53,3% de garçons et 36,4% de filles qui ont déclaré s'être blessés dans les 12 mois précédant l'enquête. Dans les deux cas, les principales blessures sont les coupures, éraflures ou contusions, les entorses ou foulures, les fractures et les brûlures.

3.3.4 Utilisation des services de santé

77,0% des adolescents ne se rappellent pas avoir déjà utilisé ou n'ont jamais utilisé la médecine traditionnelle et 77,3% n'ont jamais fait appel à un service de « counselling », aux tests psychologiques ou autres services en santé mentale.

En ce qui concerne les différentes zones géographiques et la taille des communautés, nous remarquons peu de différences marquantes. Toutefois, plus d'adolescents en zones 3 et 4 ont recours à la médecine traditionnelle, soit 36,6% par rapport à 27,8% en zone 1 et à 29,1% en zone 2. De plus, moins d'adolescents en zones 3 et 4 ont reçu leurs derniers soins dentaires dans les 12 mois précédant l'enquête, soit 74,1% par rapport à 87,2% en zone 1 et à 85,8% en zone 2. On peut donc supposer que l'accès aux soins dentaires est légèrement plus difficile en zones 3 et 4. Davantage de données sur les soins dentaires seront présentées dans la section suivante.



Plus de la moitié des adolescents (56,9%) ont passé un examen de la vue dans les 12 mois précédant l'enquête. Également, 16,7% ont passé un test de glycémie (taux de sucre dans le sang), 11,5% ont passé un examen de l'audition et 11,5% un examen physique complet. Les 12 à 14 ans sont plus nombreux à avoir passé un test de l'audition, tandis que les 15 à 17 ans sont plus nombreux à avoir passé un test de glycémie. Enfin, les filles ont passé plus d'examen de la vue que les garçons, ainsi que davantage de tests de glycémie.

Tableau 15: Examens médicaux subis par les adolescents (12 mois précédant l'enquête)

Types d'examens médicaux	% d'adolescents
Examen de la vue	56,4%
Taux de sucre, glycémie	16,7%*
Examen de l'audition	11,5%*
Examen physique complet	11,5%*
Cholestérol	#

3.3.5 Soins dentaires

85,5% des adolescents ont reçu leurs derniers soins dentaires dans les 12 mois précédant l'enquête et 8,7% entre un an et deux ans avant l'enquête. De plus, 69,8% des adolescents affirment nécessiter des soins dentaires. Parmi ceux-ci, 75,9% ont eu besoin d'un entretien, 48,5% d'obturation ou de restauration et 12,0% d'un traitement au fluor. Les 15 à 17 ans nécessitent davantage de soins dentaires que les 12 à 14 ans, soit 73,6% par rapport à 65,1%.

Tableau 16: Soins dentaires nécessaires parmi les adolescents affirmant avoir besoin de soins dentaires

Types de soins dentaires	% d'adolescents
Entretien	75,9%
Obturation, restauration	48,5%
Traitement au fluor	12,0%*
Extraction	#
Traitement parodontal	#

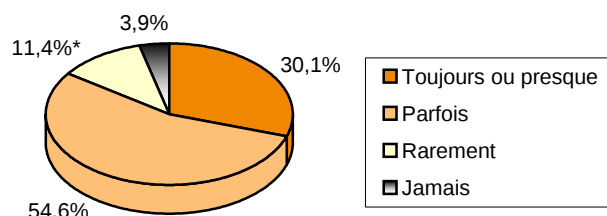
Finalement, les adolescents habitant la zone 2 ont passé plus d'examen de la vue, soit 65,5% par rapport à 56,6% en zone 1 et à 51,4% en zones 3 et 4.

3.4 Habitudes de vie

3.4.1 Alimentation

3.4.1.1 Consommation d'aliments vides

Graphique 60: Degré de l'équilibre du régime alimentaire des adolescents



Plus du tiers des 12 à 14 ans considèrent avoir un régime alimentaire toujours ou presque toujours équilibré et nutritif, comparativement au quart des 15 à 17 ans.

Conséquemment, 57,8% des 12 à 14 ans consomment des aliments vides une fois par jour ou plus, contre 65,2% des 15 à 17 ans. Les adolescents plus âgés mangent moins bien que les adolescents plus jeunes.

61,8% des adolescents déclarent consommer des aliments vides une fois ou plus quotidiennement, soit 67,2% des garçons et 56,2% des filles.

Enfin, le degré d'isolement de la communauté ne semble pas associé à la perception du régime alimentaire ou à la consommation d'aliments vides. En effet, les perceptions et la consommation d'aliments vides des adolescents vivant dans la zone 1, et les zones 3 et 4 sont similaires, alors que les adolescents de la zone 2 semblent avoir une meilleure perception de leur régime alimentaire et une consommation d'aliments vides moins fréquente.

Tableau 17: Fréquences de consommation de divers aliments vides

Aliments vides	Fréquences de consommation		
	Quelques fois/semaine	Une fois/jour	Plusieurs fois/jour
Boissons gazeuses	40,4%	18,9%	15,6%*
Repas-minutes	50,0%	#	#
Gâteaux, tartes, biscuits, bonbons, chocolat	43,8%	14,1%*	#
Frites, croustilles, pretzels, bannique, Fry bread	48,5%	11,6%*	#
Ajout de sel	25,9%	17,1%*	11,3%*
Ajout de sucre	23,8%	15,1%*	10,4%*

De façon générale, on observe que l'alimentation des filles est meilleure que celle des garçons. Ainsi, elles sont moins nombreuses que les garçons à consommer au moins une fois par jour du café ou du thé, des boissons gazeuses et des gâteaux. Les jeunes hommes sont plus nombreux à prendre des repas-minutes quelques fois par semaine et ils ajoutent plus fréquemment du sel que les filles. Enfin, de manière générale, les 12 à 14 ans se nourrissent également mieux que les 15 à 17 ans.



L'isolement de la communauté semble associé à la consommation (minimum une fois par jour) de café ou de thé (passant de 13,6%* en zone 1 à 30,7%* en zones 3 ou 4), ainsi que l'ajout de sucre (passant de 23,4%* en zone 1, à 44,6% en zones 3 ou 4). Les adolescents n'ajoutant jamais ou presque jamais de sel sont plus nombreux en zones 1 et 2 (31,7%) qu'en zones 3 et 4 (23,9%*).

58,3% des adolescents vivant dans les communautés de petite et de moyenne tailles consomment au moins une fois par jour des aliments vides, contre 67,3% dans les grandes communautés. Ainsi, 22,9%* des jeunes des communautés de grande taille mangent au moins une fois par jour des gâteaux, des tartes et autres sucreries, contre 15,7%* dans les petites et moyennes communautés.

3.4.1.2 Consommation d'aliments traditionnels

Tableau 18: Fréquences de consommation d'aliments traditionnels

Aliments traditionnels	Fréquences de consommation		
	Pas du tout	Quelques fois	Souvent
Gros gibier	18,7%	55,8%	25,5%
Petit gibier	44,5%	45,0%	10,4%*
Gibier à plumes	40,2%	46,7%	13,0%*
Poisson d'eau douce	38,2%	46,7%	15,1%*
Poisson d'eau salée	72,5%	24,6%	#
Autres aliments des cours d'eau	78,9%	17,6%	#
Mammifères marins	97,5%	#	#
Baies ou fruits sauvages	23,7%	51,3%	25,0%
Bannique/ fry bread	14,3%*	53,6%	32,1%
Soupe au maïs	67,4%	25,4%	#

En général, les adolescents vivant dans les communautés de petite et de moyenne tailles consomment davantage d'aliments traditionnels que les jeunes des grandes communautés.

De plus, au cours des 12 mois précédant l'enquête, plus du quart des ménages ont souvent reçu des aliments traditionnels d'une tierce personne qui les partageait avec eux, 60,4% en ont reçu parfois alors que 13,3%* n'en ont jamais reçu.

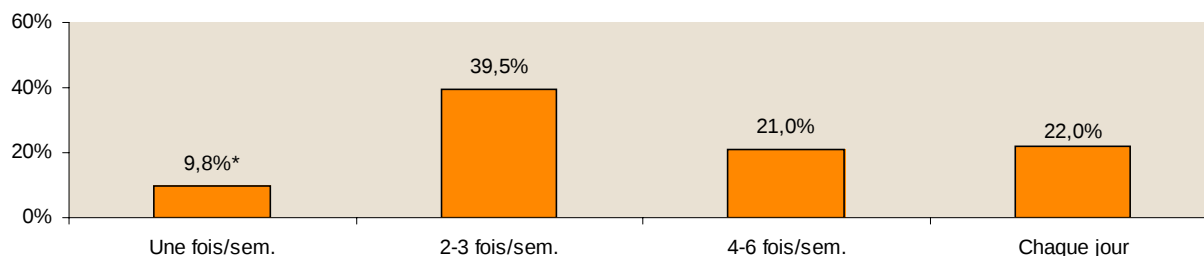
L'isolement des communautés semble avoir une influence sur le partage d'aliments traditionnels. En effet, 25,4% des adolescents habitant en zone 1 partagent souvent de la nourriture traditionnelle, comparativement à 39,4% en zones 3 et 4. Quant à la taille de la communauté, ce même partage est plus important dans les grandes communautés (35,2%) que dans les petites et moyennes communautés (25,7%*).

3.4.2 Activités physiques et activités sédentaires

3.4.2.1 Activités physiques

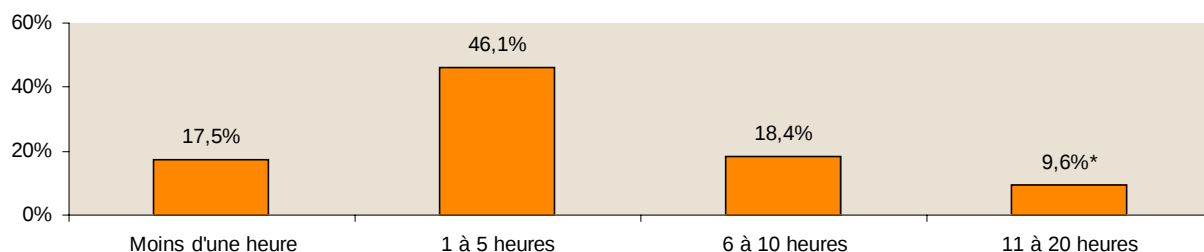
Comme nous pouvons le constater dans les tableaux qui suivent, 39,5% des adolescents pratiquent majoritairement des activités physiques 2 ou 3 fois par semaine, alors que 22,0% qui en pratiquent à tous les jours, 21,0% de 4 à 6 fois par semaine et 9,8% en font seulement qu'une fois par semaine. Ces résultats sont présentés dans le graphique suivant.

Graphique 61: Fréquence de la pratique d'activités physiques



Ensuite, 46,1% des adolescents pratiquent une activité accélérant généralement le rythme cardiovasculaire de 1 à 5 heures par semaine et 18,4% le font de 6 à 10 heures par semaine, alors que 17,5% pratiquent une activité accélérant généralement le rythme cardiovasculaire moins d'une heure par semaine. Ces résultats sont présentés dans le graphique suivant.

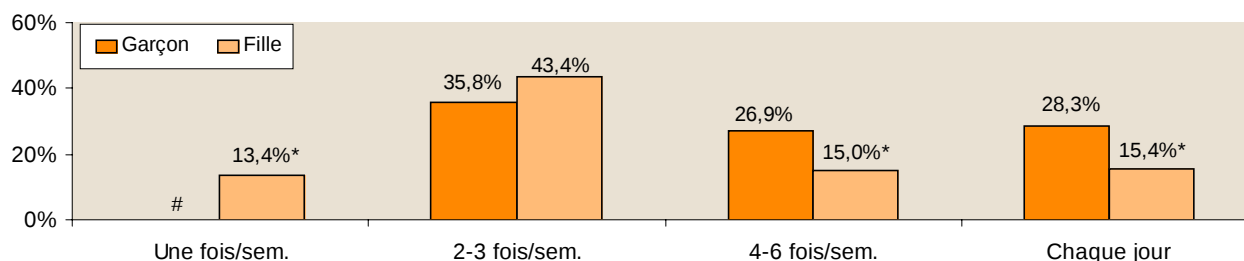
Graphique 62: Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à la pratique d'une ou plusieurs activités physiques accélérant généralement le rythme cardiovasculaire



Plus précisément, 38,3% des garçons passent 6 heures et plus par semaine à pratiquer une activité qui accélère généralement le rythme cardiovasculaire, comparativement à 23,9% des filles. De plus, les adolescents de 12 à 14 ans consacrent également moins de temps à pratiquer une activité accélérant généralement le rythme cardiorespiratoire que les adolescents de 15 à 17 ans. En effet, alors que 21,0%* des 12 à 14 ans pratiquent une activité moins d'une heure par semaine, ils sont 14,5%* à faire de même chez les 15 à 17 ans.

Le tableau qui suit démontre que les garçons semblent pratiquer des activités physiques plus fréquemment que les filles.

Graphique 63: Fréquence de la pratique d'activités physiques selon le sexe



La marche et la bicyclette sont les activités physiques les plus fréquemment pratiquées par les adolescents, soit respectivement 86,4% et 74,0% des adolescents. Une proportion importante des activités semble être reliée à la nécessité de se déplacer, plutôt qu'à une activité physique organisée. Les sports de compétition ou de groupe (pratiqués par 60,5% des adolescents) et la course (pratiquée par 57,3% des adolescents) suivent en ce qui concerne les activités les plus fréquemment pratiquées. Enfin, comparativement aux adultes, les activités traditionnelles comme la chasse, la pêche et la cueillette de petits fruits sont moins

pratiquées chez les adolescents. Le tableau suivant présente les différentes activités pratiquées par les adolescents.

Tableau 19: Activités physiques pratiquées par les adolescents (12 mois précédant l'enquête)

Activités physiques	% d'adolescents	Activités physiques	% d'adolescents
Marche	86,4%	Cueillette de baies ou autres aliments	27,1%
Bicyclette	74,0%	Quilles	24,2%
Sports de compétition ou de groupe	60,5%	Canot	23,6%
Course	57,3%	Danse	23,2%
Natation	40,9%	Ski	22,5%
Patin à glace	40,8%	Raquette	21,3%
Pêche	38,2%	Gymnastique / aérobic	20,8%
Patin à roulettes	36,0%	Planche à roulettes	16,6%*
Poids et haltères	35,2%	Golf	10,9%*
Randonnée pédestre	27,8%	Arts martiaux	#
Chasse, piégeage	27,2%		

Seulement la marche et la danse sont plus fréquemment pratiquées par les filles que par les garçons. La majorité des autres activités sont plus pratiquées par les garçons, ce qui reflète le fait que les garçons sont plus actifs que les filles.

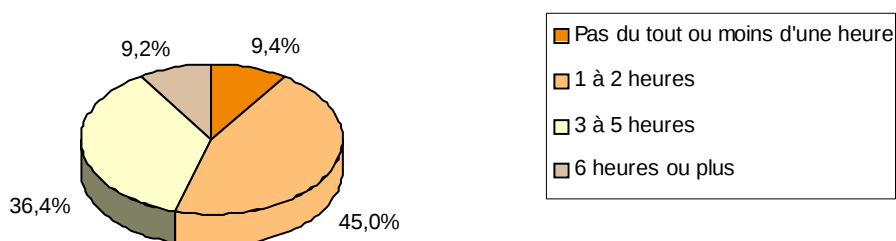
Finalement, les adolescents de 12 à 14 ans pratiquent plus fréquemment des sports de compétition ou de groupe et le patin à glace que les 15 à 17 ans. Les 15 à 17 ans, pour leur part, font plus fréquemment des poids et haltères, ainsi que la cueillette de baies ou autres aliments.

3.4.2.2 Activités sédentaires

Cette section examine la fréquence de la pratique de certaines activités dites sédentaires. Nous constatons qu'une proportion considérable d'adolescents passe de nombreuses heures quotidiennement à regarder la télévision, à jouer à des jeux vidéo ou à utiliser un ordinateur.

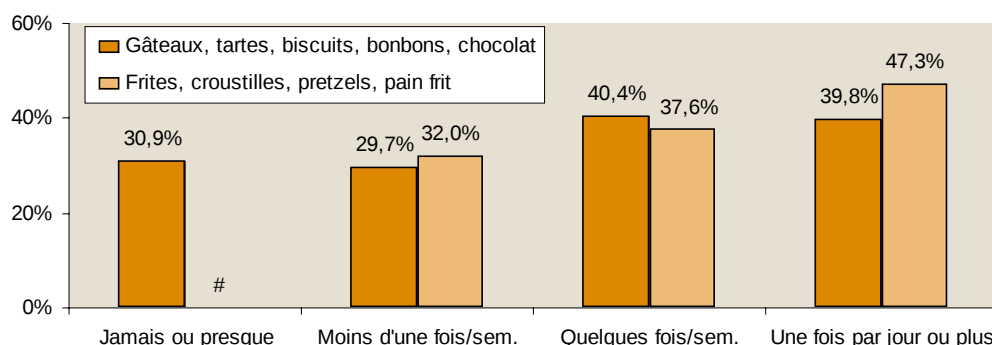
A) Regarder la télévision

Graphique 64: Nombre d'heures consacrées quotidiennement à regarder la télévision



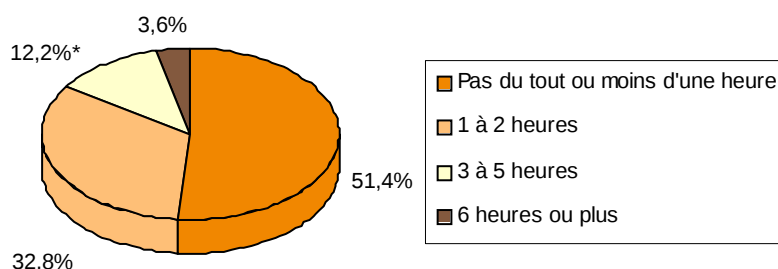
48,7% des garçons regardent la télévision entre une et deux heures par jour, à l'instar de 41,3% des filles. Plus de la moitié des adolescents des zones 2, 3 et 4 regardent la télévision de une à deux heures par jour comparativement à 38,8% des adolescents de la zone 1. Toutefois, les adolescents habitant la zone 1 et la zone 2 regardent plus fréquemment la télévision de trois à cinq heures par jour comparativement à ceux habitant en zones 3 et 4, soit respectivement 39,9% et 35,0% par rapport à 29,1%. Le graphique suivant démontre qu'il semble y avoir une légère association entre la consommation régulière de divers aliments vides et le fait de regarder la télévision plusieurs heures par jour.

Graphique 65: Consommation de divers aliments vides chez les adolescents qui regardent la télévision de 3 à 5 heures par jour



B) Jeux vidéo

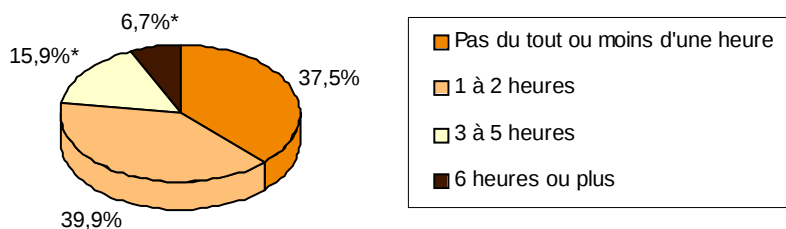
Graphique 66: Nombre d'heures consacrées quotidiennement aux jeux vidéo



Alors que 70,6% des garçons jouent aux jeux vidéo, seulement 26,3% des filles s'y adonnent. 45,6% des garçons jouent à ces jeux de 1 à 2 heures par jour, 18,2% le font de 3 à 5 heures et 6,8% jouent 6 heures ou plus par jour.

C) Ordinateur

Graphique 67: Nombre d'heures consacrées quotidiennement à l'ordinateur



42,6% des filles consacrent 1 à 2 heures par jour à l'utilisation d'un ordinateur, comparativement à 37,2% des garçons. Nous remarquons également qu'en zones plus isolées, les adolescents utilisent moins l'ordinateur. En effet, 43,7% des adolescents des zones 3 et 4 ne l'utilisent jamais, ainsi que 48,1% des adolescents en zone 2, comparativement à 33,3% pour ceux habitant la zone 1.



3.4.3 Style de vie

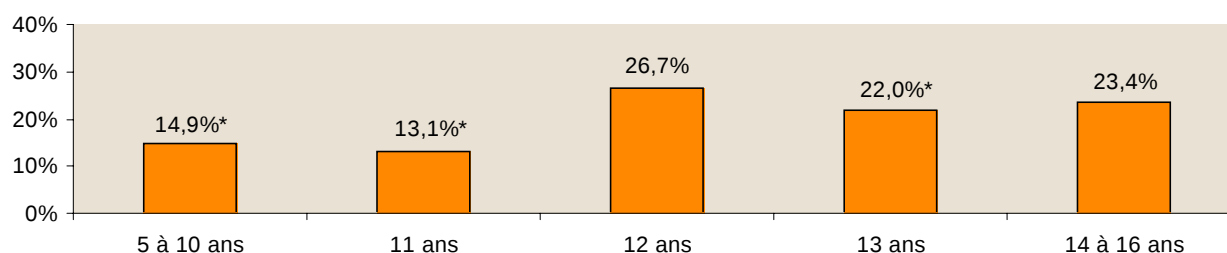
3.4.3.1 Tabagisme

Plus de la moitié des adolescents fument (51,2%). Par groupe d'âge, ce sont 37,5% des adolescents âgés de 12 à 14 ans qui fument, et ce pourcentage augmente à 62,5% des 15 à 17 ans. Les deux tiers des adolescents fumeurs fument tous les jours, tandis que le tiers fume à l'occasion. Les filles sont plus nombreuses (56,7%) à fumer que les garçons (45,7%). De plus, la proportion de filles qui fument à tous les jours (68,7%) est plus élevée que celle des garçons (62,8%).

L'isolement de la communauté semble associé à la prévalence du tabagisme chez les adolescents. En effet, les proportions de fumeurs adolescents, passe de 46,4% en zone 1 à 56,3% en zone 2, pour atteindre 71,4% des adolescents en zones 3 et 4.

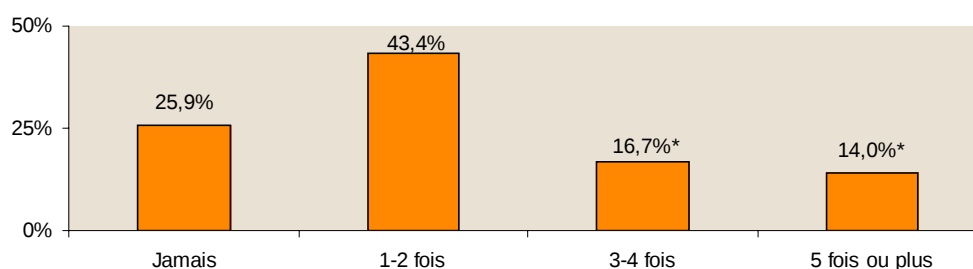
25,1% des adolescents fument en moyenne 10 cigarettes et plus par jour et 33,7% fument entre 5 et 9 cigarettes. Toutefois, 41,2% fument moins de 5 cigarettes par jour (soit la moitié des 12 à 14 ans et un peu plus du tiers des 15 à 17 ans). Le graphique suivant présente l'âge du début de la consommation tabagique chez les adolescents.

Graphique 68: Âge du début de la consommation du tabac chez les adolescents



31,8% des garçons ont commencé à fumer à l'âge de 12 ans, à l'instar de 22,4% des filles. En zone 1, 25,0%* des jeunes ont commencé à fumer à 12 ans, alors qu'ils sont 35,4% en zones 3 et 4.

Graphique 69: Nombre de tentatives pour cesser de fumer chez les adolescents fumeurs (12 mois précédant l'enquête)



71,0% des adolescents fumeurs ont tenté de cesser de fumer au cours des 12 mois précédant l'enquête. Près du tiers d'entre eux ont essayé au moins à trois reprises. De plus, 46,8% des filles ont essayé une ou deux fois de cesser de fumer, comparativement à 39,1% des garçons.

Enfin, l'enquête a recueilli des données sur les non-fumeurs et les ex-fumeurs. Voici ce qu'il en ressort :

- 15,0%* des non-fumeurs au moment de l'enquête ont déjà été des fumeurs réguliers (fumaient à tous les jours).

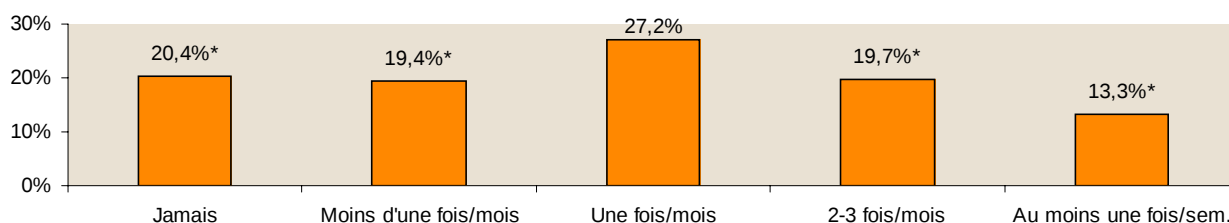
- Parmi les ex-fumeurs :
 - 53,6% avaient commencé à fumer entre l'âge de 5 et 12 ans alors que 46,6%* avaient commencé entre l'âge de 13 et 16 ans;
 - 48,1%* ont cessé de fumer entre l'âge de 9 et 13 ans; les autres ont arrêté entre l'âge 14 et 17 ans;
 - un adolescent ex-fumeur de 15 à 17 ans sur cinq fumait tous les jours;
 - les deux tiers des ex-fumeuses qui fumaient tous les jours ont commencé à fumer entre l'âge de 5 et 12 ans, contre 44,4%* des garçons;
 - près des deux tiers des filles ont cessé de fumer entre l'âge de 9 et 13 ans, alors qu'il s'agit de la même proportion chez les garçons de 14 à 17 ans.
- Les adolescents ex-fumeurs ont commencé à fumer plus tardivement en zones isolées : 66,7%* en zones 3 et 4 ont commencé entre l'âge de 13 et 16 ans, alors que 58,3%* en zone 1 et 70,4%* en zone 2 ont commencé à fumer entre l'âge de 5 et 12 ans.
- La principale motivation amenant un jeune à essayer d'arrêter de fumer est le désir d'adopter un mode de vie plus sain. En effet, 36,3% des adolescents ayant essayé d'arrêter de fumer ont mentionné cette raison.
- Les campagnes de sensibilisation rejoignent, à première vue, environ un jeune sur dix.
- Les adolescents des communautés de grande taille sont plus nombreux à essayer de cesser de fumer que les adolescents des communautés de petite et de moyenne tailles.

Rappelons enfin que près de la moitié des maisons (48,1%) offrent un environnement sans fumée aux adolescents qui y vivent, qu'ils soient fumeurs ou non-fumeurs.

3.4.3.2 Consommation d'alcool

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 37,5% des jeunes âgés de 12 à 14 ans ont bu de la bière, du vin, des spiritueux ou d'autres boissons alcoolisées, ce pourcentage grimpe à 75,9% chez les 15 à 17 ans. Plus de filles (66,3%) que de garçons (50,6%) ont déjà consommé de l'alcool.

Graphique 70: Fréquences de consommation de 5 verres d'alcool ou plus lors d'une seule occasion (12 mois précédant l'enquête)



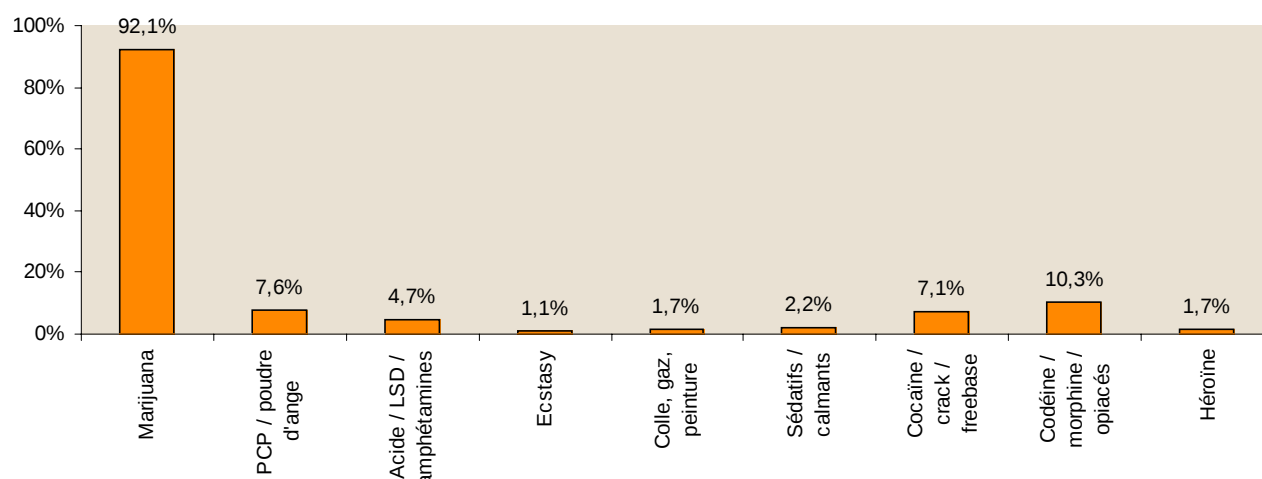
Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 27,1%* des 12 à 14 ans ont bu 5 verres d'alcool ou plus en une seule occasion à raison d'une fois par mois. De plus, 27,5%* des jeunes en zones 3 ou 4 consomment 5 verres de boissons alcoolisées ou plus en une seule occasion au moins une fois par semaine

Enfin, 68,5% des jeunes vivant en zone 2 ont bu, depuis les 12 derniers mois, des boissons alcoolisées, contre 60,2% en zone 1 et 54,3% en zones 3 et 4.

3.4.3.3 Consommation de drogues et de substances volatiles

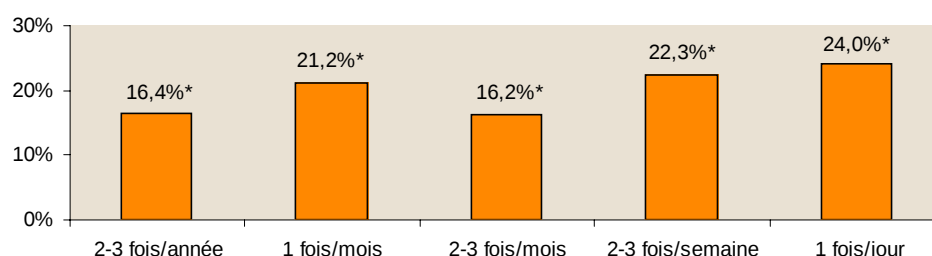
44,2% des adolescents ont consommé de la drogue ou des substances volatiles dans les 12 mois précédant l'enquête. Chez les 12 à 14 ans, 27,1% ont affirmé avoir consommé des drogues. Ce pourcentage augmente à 58,4% chez les 15 à 17 ans. Par genre, 42,6% des garçons et 45,9% des filles ont indiqué avoir consommé des drogues dans les 12 mois précédant l'enquête.

Graphique 71: Drogues consommées, parmi les adolescents consommateurs (12 mois précédant l'enquête)



En observant le graphique ci-haut, on remarque que la marijuana est la drogue la plus consommée par les adolescents. Ainsi, 92,1% des consommateurs de drogue affirment en avoir consommé dans les 12 mois précédant l'enquête. Les opiacés (à l'exception de l'héroïne) (10,3%), le PCP (7,6%) ainsi que la cocaïne et ses dérivés (7,1%) suivent. Le graphique suivant présente la fréquence de consommation de marijuana chez les consommateurs de cette drogue.

Graphique 72: Fréquence de la consommation chez les consommateurs de marijuana



Enfin, nous avons vu précédemment que les jeunes vivant en zone 2 buvaient davantage de boissons alcoolisées que les adolescents des autres zones. Par contre, ils consomment moins de drogues ou de substances volatiles (36,6%*, comparativement à 44,9% en zones 1, 3 et 4).

3.4.3.4 Santé sexuelle - Contraception et maladies transmises sexuellement (MTS)

42,9% des adolescents ont affirmé qu'ils ont eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête. 41,7% des garçons et 44,2% des filles ont fait cette affirmation. De plus, 20,3% des jeunes de 12 à 14 ans ont eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête, contre 62,6% des 15 à 17 ans. Enfin, 66,5% des adolescents actifs sexuellement ont eu 1 ou 2 partenaires (61,1% des garçons, 71,4% des filles) alors que 21,8% en ont eu 3 ou 4.

L'isolement de la communauté semble associé à la proportion d'adolescents ayant eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête, passant de 40,3% en zone 1 à 55,1% en zones 3 et 4.

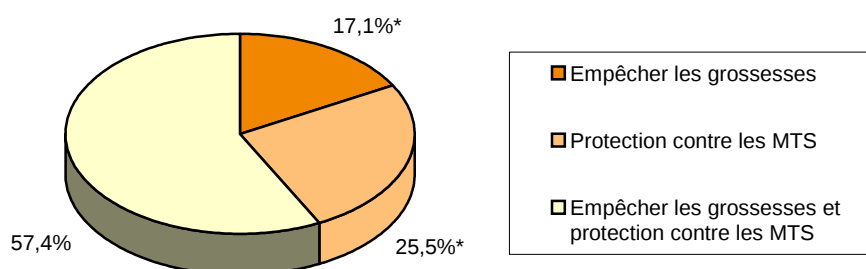
Tableau 20: Moyens contraceptifs employés par les adolescents qui ont eu des relations sexuelles (12 mois précédant l'enquête)

Moyens contraceptifs	% des adolescents
Condom	86,6%
Contraceptif oral	18,7%*
Depo provera	#
Aucune	#
Coït interrompu	#
Méthode rythmique	#
Diaphragme	#
Mousse	#
Implant contraceptif	#
Stérilet	0,0%
Éponge	0,0%

94,3% des 12 à 14 ans qui ont eu des relations sexuelles dans les 12 mois précédant l'enquête utilisent le condom comme moyen contraceptif contre 84,7% des 15 à 17 ans.

Parmi les adolescents qui ont eu des relations sexuelles dans les 12 mois précédant l'enquête, 93,9% des garçons et 79,4% des filles affirment utiliser le condom comme moyen contraceptif. Également, 29,9%* des filles ont indiqué qu'elles utilisent un contraceptif oral. Elles sont d'ailleurs deux fois plus nombreuses à en faire usage dans les communautés de zones 1 et 2 (respectivement 19,5% et 18,1%) comparativement aux filles des zones 3 ou 4 (9,3%).

Graphique 73: Raisons pour utiliser des moyens de contraception chez les adolescents



À la question « Avez-vous déjà été enceinte ou mis quelqu'un enceinte ? », 94,3% des adolescents ont répondu par la négative. Sur la faible proportion ayant répondu oui, 38,8%* ont été enceintes à 16 ans, alors que 40,0%* ont été enceintes à 14 ou 15 ans. De plus, 60,7% des filles enceintes à l'adolescence ont subi un avortement ou ont fait une fausse couche, alors que 39,3%* ont donné naissance à leur enfant.

D'après certains participants de notre session d'interprétation, le nombre d'avortements aurait augmenté comparativement à il y a 5 ans. Certains nous ont souligné leurs inquiétudes relativement au manque d'information des jeunes filles sur les conséquences d'un avortement (physiques et psychologiques). Certains craignent que l'avortement devienne, plus souvent qu'autrement, un moyen contraceptif aux yeux des adolescentes.

Ensuite, 76,6% des 12 à 14 ans actifs sexuellement disent toujours utiliser un condom pour se protéger contre les MTS, contre 63,2% des 15 à 17 ans. 17,2%* de ces derniers déclarent l'utiliser à l'occasion ou jamais. 78,4% des garçons actifs sexuellement porteraient toujours le condom pour se protéger des MTS,



contre seulement 54,6% des filles qui l'exigeraient à leur partenaire. Près du quart de ces dernières ne l'exigent qu'à l'occasion ou jamais. Toutefois, nous n'avons obtenu aucun résultat significatif au plan statistique en ce qui concerne les raisons pour lesquelles les adolescents n'utilisent pas le condom, mis à part le fait d'être avec un partenaire régulier.

Voici les principales raisons mentionnées par les adolescents pour ne pas utiliser le condom, malgré que ces résultats ne soient pas valides sur le plan statistique :

- J'étais avec mon partenaire régulier (ère);
- Je n'avais pas de condom à ce moment;
- J'étais sous l'influence de l'alcool ou de la drogue;
- Mon partenaire ne voulait pas en utiliser;
- Je ne pouvais pas m'en procurer où j'étais;
- Je pensais qu'il n'y avait pas de danger;
- Je ne voulais pas en utiliser.

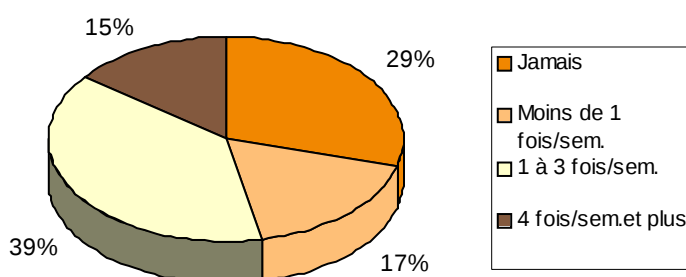
3.4.4 Bien-être personnel et social

3.4.4.1 Activités et passe-temps

A) Activités physiques

Selon le Comité scientifique de Kino-Québec, « tous les enfants et les adolescents devraient être physiquement actifs tous les jours ou presque. De plus, ils devraient pratiquer des activités physiques d'intensité moyenne ou plus élevée trois fois ou plus chaque semaine, pendant au moins 20 minutes par séance ».²³ Le graphique suivant présente les fréquences de participation des adolescents aux activités physiques.

Graphique 74: Participation des adolescents à un programme ou une équipe de sport (en dehors des heures de classe)



Le graphique précédent démontre que seulement 15,0% des adolescents pratiquent suffisamment d'activités physiques.

B) Activités artistiques ou musicales

En dehors des heures d'école, les trois quarts des adolescents ne prennent jamais part à un cours ou ne font partie d'aucun groupe artistique ou musical. Environ un adolescent sur dix participe à des activités artistiques ou musicales moins d'une fois par semaine, alors qu'environ un sur dix y participe de une à trois fois par semaine.

²³ Proposition du directeur de santé publique au milieu scolaire pour contrer le désengagement des jeunes face à la pratique d'activités physiques
www.kino-quebec.qc.ca/publications/PropositionDirecteur.pdf#search='activit%C3%A9s%20physiques%20ado'

C) Activités traditionnelles

En dehors des heures d'école, 86,5% des adolescents n'assistent jamais à un cours ou ne font partie d'aucun groupe de chant ou de danse traditionnelle. Environ un adolescent sur dix s'y consacre jusqu'à 3 fois par semaine.

D) Emplois rémunérés

En dehors des heures d'école, plus des deux tiers des adolescents ne travaillent jamais dans un magasin, ne donnent jamais de cours et ne gardent jamais d'enfants. 15,9%* travaillent moins d'une fois par semaine, alors que 16,4%* travaillent une fois par semaine et plus.

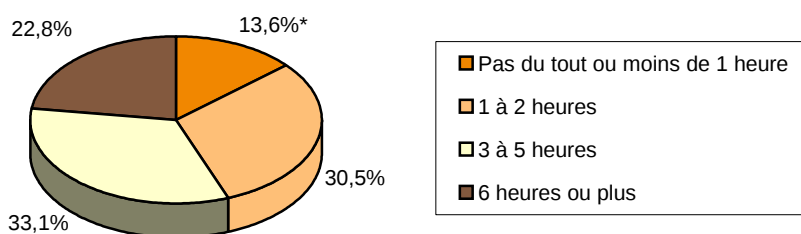
Plus de filles que de garçons ont un emploi rémunéré. En effet, 49,5% des filles travaillent soit dans un magasin, donnent des cours ou gardent des enfants, comparativement à 20,5% des garçons.

Nous remarquons également que les adolescents qui habitent dans les zones plus isolées, sont moins enclins à travailler dans ces domaines. En effet, 19,8% des adolescents habitant en zones 3 et 4 ne travaillent jamais, comparativement à 27,4% en zone 2 et à 39,5% en zone 1.

E) Activités extérieures

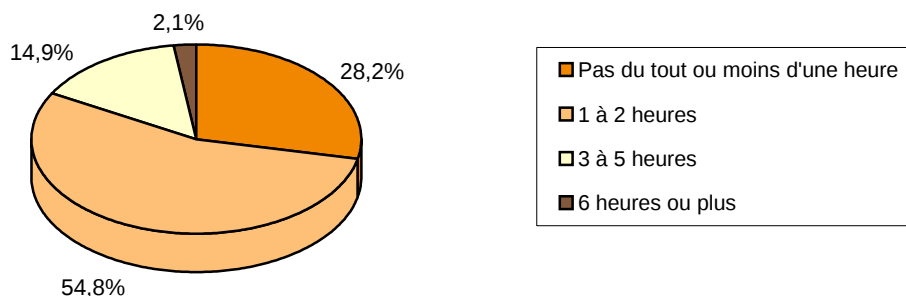
36,5% des 12 à 14 ans passent de 3 à 5 heures par jour à jouer à l'extérieur, contre 30,2% des 15 à 17 ans. Les garçons consacrent nettement plus de temps à des activités extérieures que les filles : 31,0% d'entre eux y consacrant 6 heures ou plus quotidiennement, contre 14,5%* des filles.

Graphique 75: Nombre d'heures consacrées quotidiennement aux activités extérieures



F) Travaux ménagers

Graphique 76: Nombre d'heures consacrées quotidiennement aux travaux ménagers

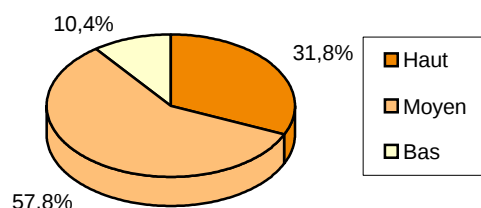


Les filles participent davantage que les garçons aux travaux ménagers. Effectivement, 85% des filles y participent une heure ou plus par jour, comparativement à 59,7% des garçons.

3.4.4.2 Bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel

Dans cette section, nous avons calculé le niveau d'équilibre des adolescents en regroupant les quatre types d'équilibre mentionnés dans le questionnaire : physique, émotionnel, mental et spirituel. À partir des réponses des adolescents à ces quatre questions, nous avons créé l'indice du niveau d'équilibre en le séparant en trois échelons, soit bas, moyen ou élevé. Les résultats sont présentés dans le graphique suivant.

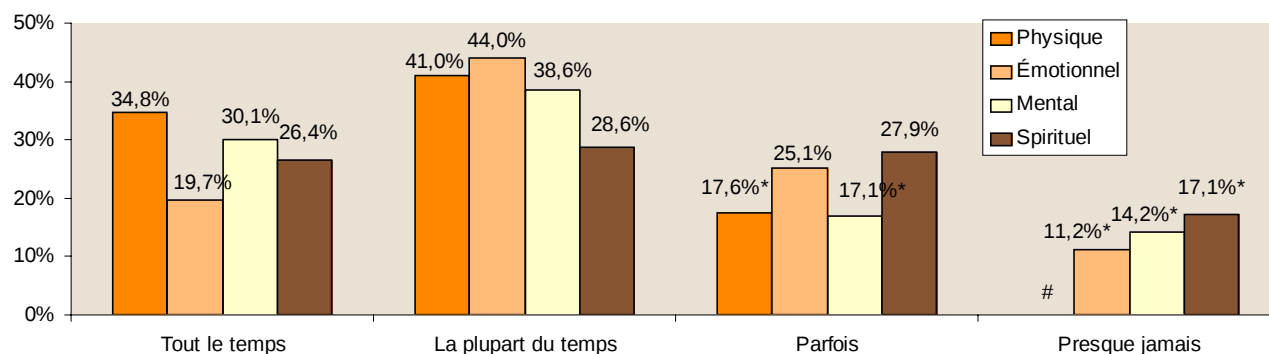
Graphique 77: Niveau global d'équilibre physique, émotionnel, mental et spirituel des adolescents



Plus de garçons que de filles disent avoir un haut niveau d'équilibre, soit respectivement 34,5% par rapport à 29,1%. La balance penche de l'autre côté pour un niveau d'équilibre moyen, avec 61,5% pour les filles et 54,2% pour les garçons. De plus, on observe pratiquement des proportions similaires dans les différents groupes d'âge.

Nous remarquons également que les adolescents habitant dans les zones 3 et 4 ont un niveau d'équilibre général moins élevé que les adolescents habitant dans la zone 1 et la zone 2. Effectivement, 65,6% des adolescents des zones 3 et 4 s'estiment moyennement équilibrés comparativement à 50,6% en zone 1 et à 55,0% en zone 2. De plus, le pourcentage des adolescents estimant être tout le temps en équilibre physique ou tout le temps en équilibre mental est plus faible chez les adolescents des zones 3 et 4.

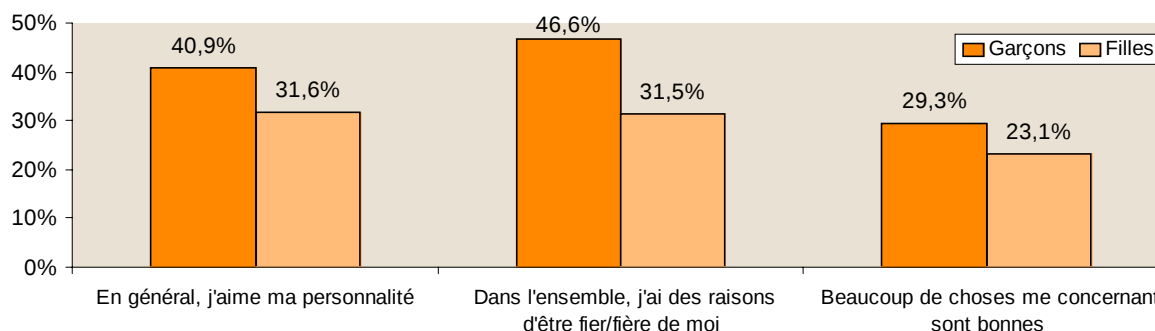
Graphique 78: Niveau d'équilibre individuel, selon quatre dimensions du bien-être



Près des trois quarts des adolescents ont une haute estime personnelle, alors que le quart a une estime personnelle moyenne. Les garçons ont une estime personnelle plus élevée que les filles, soit 79,6% des garçons comparativement à 67,4% des filles.

Effectivement, parmi les questions précisant sur quel plan les adolescents ont une bonne estime personnelle, les garçons obtiennent toujours des pourcentages plus élevés que les filles, comme le démontre le graphique suivant.

Graphique 79: Proportions d'adolescents fortement en accord avec trois énoncés concernant l'estime personnelle, par sexe



3.4.4.3 Indice d'autodétermination

Indice arbitraire, l'indicateur d'autodétermination évalue le degré de contrôle que les individus exercent sur leur vie. Cet indice est catégorisé de la façon suivante : très bas, bas, moyen, haut, très haut. Un indice très bas signifie que l'individu n'exerce que peu de contrôle sur sa vie, alors qu'un indice très haut se traduit par un contrôle de multiples facettes de sa vie. L'indice d'autodétermination a été élaboré selon le degré d'accord (fortement en accord, en accord, neutre, en désaccord, fortement en désaccord) aux énoncés suivants :

- Je peux régler mes problèmes;
- Personne ne me bouscule dans la vie;
- Je maîtrise les événements qui surviennent dans ma vie;
- Je peux réaliser à peu près tout ce que j'ai vraiment décidé de réaliser;
- Je me sens souvent démuni(e) devant les problèmes de la vie²⁴;
- Ce qui m'arrivera dans l'avenir dépend en grande partie de moi;
- Il n'y a pas grand-chose que je puisse faire pour changer de nombreuses choses importantes dans ma vie¹⁶.

L'enquête révèle que plus des deux tiers des adolescents (67,7%) estiment que leur niveau d'autodétermination est haut ou très haut, alors que 32,1% estime qu'il est neutre ou bas.

Enfin, on a demandé aux adolescents d'évaluer leur degré d'autodétermination à partir de certains énoncés pour lesquels ils devaient indiquer leur perceptions sur une échelle graduée de fortement en accord à fortement en désaccord. Le tableau suivant présente les proportions d'adolescents pour chacun des énoncés.

²⁴ Être en désaccord avec ces énoncés révèle une réponse positive en terme d'indice d'autodétermination.



Tableau 21: Perceptions des adolescents concernant leur autodétermination en fonction de divers énoncés

Énoncés	Fortement en accord	En accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord
Je peux régler mes problèmes	29,1%	51,2%	14,5%*	#	#
Personne ne me bouscule dans la vie	25,5%	39,3%	24,1%	9,3%*	#
Je maîtrise les événements qui surviennent dans ma vie	18,5%	53,0%	23,2%	#	#
Je peux réaliser à peu près tout ce que j'ai vraiment décidé de réaliser	26,0%	51,8%	15,8%*	#	#
Je me sens souvent démun(e) devant les problèmes de la vie	#	24,3%	27,3%	34,6%	#
Ce qui m'arrivera dans le futur dépend en grande partie de moi	36,5%	47,7%	11,0%*	#	#
Il n'y a pas grand-chose que je puisse faire pour changer de nombreuses choses importantes dans ma vie	11,3%*	32,9%	21,6%	28,2%	6%*

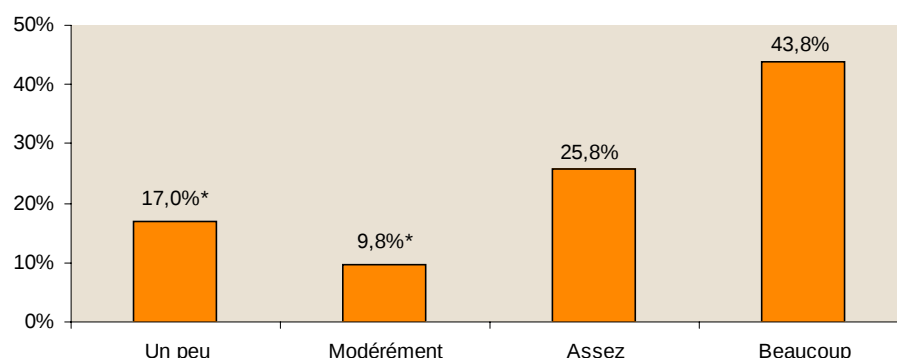
Les garçons estiment, dans une proportion légèrement plus importante que les filles, que leur niveau d'autodétermination est élevé, soit 61,9% par rapport à 56,1%. De plus, les garçons obtiennent des proportions plus élevées en ce qui a trait à toutes les questions mentionnées dans le tableau précédent mis à part pour les deux derniers énoncés, soit « Ce qui m'arrivera dans le futur dépend en grande partie de moi » et « Il n'y a pas grand-chose que je puisse faire pour changer de nombreuses choses importantes dans ma vie ».

Nous remarquons également que les adolescents des zones 3 et 4 ont un niveau d'autodétermination plus faible que ceux habitant en zone 1 et en zone 2. En effet, 43,2% des adolescents habitant les zones 3 et 4 estiment que leur degré d'autodétermination est haut, comparativement à 64,1% pour ceux habitant en zone 2 et à 60,9% pour ceux habitant en zone 1.

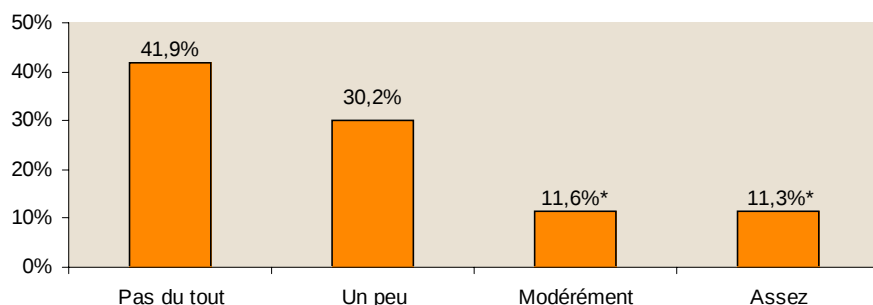
3.4.4.4 Solitude et soutien social

52,2% des adolescents disent ne pas se sentir seuls, alors que 36,9% des adolescents disent se sentir un peu ou modérément seuls et 10,8% se sentent assez ou beaucoup seuls. Une proportion plus importante de filles que de garçons a affirmé se sentir seules et/ou aimées. Les filles semblent également plus stressées que les garçons puisque 34,9% d'entre elles estiment ne pas être du tout stressées comparativement à 48,7% des garçons.

Graphique 80: Perceptions du degré auquel les adolescents se sentent aimés



Graphique 81: Perceptions du degré auquel les adolescents se sentent stressés



Les adolescents des zones 3 et 4 se sentent plus seuls et moins aimés que les adolescents de la zone 1 et de la zone 2. Ils sont moins nombreux à ne jamais se sentir seuls comparativement aux adolescents des autres zones (39,0% en zones 3 et 4, comparativement à 58,1% des adolescents en zone 1 et à 59,6% en zone 2). Ensuite, ils sont moins nombreux à se sentir beaucoup aimés, comparativement aux adolescents des autres zones (35,5% se sentent beaucoup aimés en zones 3 et 4, comparativement à 49,4% en zone 1 et à 49,2% en zone 2). Toutefois, c'est en zone 2 que les adolescents estiment être les plus stressés avec 53,8% des adolescents, comparativement à 41,3% en zone 1 et à 43,3% en zones 3 et 4.

27,3% des adolescents comptent sur un professionnel de la santé ou un travailleur social pour parler de leur santé émotionnelle ou mentale. La famille ou les amis apparaissent comme les confidentiels privilégiés par la majorité des jeunes, car 75,3% des adolescents affirment s'adresser à eux lorsqu'ils ont besoin de support émotionnel ou mental.

Tableau 22: Proportions d'adolescents ayant fait appel à divers confidentiels à propos de leur santé mentale ou émotionnelle (12 mois précédant l'enquête)

Confidentiel	% d'adolescents
Ami	63,9%
Membre de la famille immédiate	51,1%
Autre membre de la famille	36,3%
Travailleur social	15,8%*
Psychologue	11,7%*
Médecin de famille	11,2%*
Représentant en santé communautaire	#
Conseiller	#
Guérisseur traditionnel	#
Psychiatre	#
Ligne d'écoute téléphonique	#
Infirmière	16,2%*

Les filles parlent plus fréquemment que les garçons de leur santé émotionnelle ou mentale. En effet, 53,8% des garçons affirment ne pas avoir parlé de leur santé émotionnelle ou mentale dans les 12 mois précédant l'enquête, comparativement à 18,1% des filles.

Les adolescents de la zone 1 se confient moins que les adolescents des autres zones géographiques au sujet de leur santé mentale et émotionnelle. En effet, 76,1% d'entre eux n'ont pas consulté un professionnel de la santé à ce sujet et 75,8% n'ont pas consulté un professionnel de la santé mentale ou un travailleur social, comparativement à des proportions avoisinant les 65,0% pour les adolescents des autres zones géographiques. Enfin, en ce qui concerne la famille, on constate que près des deux tiers des adolescents habitant dans la zone 2 (65,8%) parlent de leur santé émotionnelle et mentale à un membre de la famille immédiate.



Le tableau suivant témoigne de la fréquence du support social auquel les adolescents estiment avoir accès ou non.

Tableau 23: Fréquences de la disponibilité du support social pour les adolescents

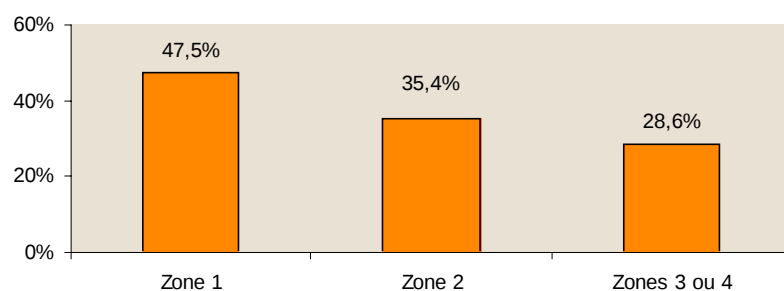
Support social disponible	Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Presque jamais
Personne de confiance pour parler quand le besoin se fait sentir	40,9%	32,0%	17,7%	9,3%*
Personne de confiance quand vous avez besoin d'aide	43,3%	32,2%	18,0%	#
Quelqu'un qui peut vous conduire chez le docteur	45,1%	25,2%	15,6%*	14,0%*
Quelqu'un qui vous démontre de l'amour et de l'affection	52,7%	23,4%	15,1%*	#
Quelqu'un qui permet de prendre une pause dans la routine	22,5%	29,1%	30,2%	18,3%
Quelqu'un avec qui avoir du bon temps	52,6%	29,4%	11,9%*	#
Confident, personne à qui parler de vous ou de vos problèmes	41,0%	30,1%	18,9%	10,0%*
Quelqu'un avec qui faire des choses agréables	50,8%	30,1%	14,7%*	#

Soulignons que plus de filles que de garçons estiment avoir toujours accès à ces types de support, mis à part lorsqu'elles ont besoin de quelqu'un pour les amener chez le médecin, où les proportions sont similaires entre les filles et les garçons.

Plus les adolescents habitent en zone isolée, plus les différentes sources de supports s'amenuisent. En effet, les adolescents habitant la zone 1 obtiennent des résultats clairement plus élevés que ceux habitant dans les zones 2, 3 et 4 en ce qui a trait à l'accès à une personne de confiance pour parler quand ils ont besoin d'aide, ainsi que quelqu'un qui peut les amener chez le docteur et quelqu'un avec qui faire des choses agréables.

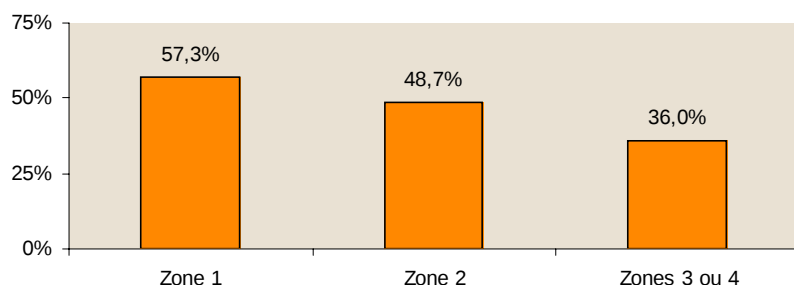
Ensuite, plus de la moitié des adolescents des zones 1 et 2 affirment avoir accès à quelqu'un qui leur démontre de l'amour et de l'affection, soit 56,5% en zone 1 et 54,1% en zone 2, comparativement à 32,1% pour les adolescents des zones 3 et 4. En ce qui concerne l'accès à quelqu'un avec qui avoir du bon temps et l'accès à un confident ou une personne à qui parler d'eux-mêmes et de leurs problèmes, ils diminuent en fonction de l'isolement, comme le témoignent les tableaux suivants.

Graphique 82: Proportions d'adolescents affirmant avoir toujours accès à un confident, par zone géographique



Note : Les zones 3 et 4 sont fusionnées pour des raisons de validité statistique.

Graphique 83: Proportions d'adolescents affirmant avoir toujours accès à quelqu'un avec qui passer du bon temps, par zone géographique



Comme nous pouvons le constater dans le tableau qui suit, la plupart des adolescents vont aller vers leurs parents ou tuteurs lorsqu'ils sont aux prises avec différents problèmes personnels, mis à part pour les problèmes amoureux et les problèmes familiaux pour lesquels ils iront plutôt vers un ami du même âge. Pour les problèmes de colère et de perte de contrôle, ainsi que les problèmes avec les amis, les proportions sont équivalentes entre les parents ou tuteurs et les amis du même âge.

Les adolescents des zones 3 et 4 vont généralement moins fréquemment vers les parents ou tuteurs pour régler certains problèmes, comparativement aux adolescents des zones 1 et 2. Par exemple, les adolescents des zones 3 et 4 vont plus facilement vers les professionnels de la santé que vers la famille pour régler leurs problèmes concernant les méthodes contraceptives et les MTS. Tandis que pour ceux habitant les zones 1 et 2, c'est l'inverse.

Tableau 24: Personnes à qui les adolescents demanderaient de l'aide s'ils avaient divers problèmes personnels

Problèmes personnels	Parents/tuteurs	Amis du même âge	Aucune personne
Problèmes familiaux	28,2%	35,4%	#
Problèmes amoureux	20,1%	55,7%	9,9%*
Problèmes financiers	65,1%	#	14%*
Problèmes de drogues/alcool	34,9%	27,8%	11,7%*
Colère, perte de contrôle	34,2%	34,6%	10,1%
Dépression	39,1%	21,5%	14,0%*
Problèmes avec des amis	34,6%	30,5%	13,0%*
Abus sexuel / physique	54,8%	17,3%*	#
MTS	35,2%	13,1%*	#
Problèmes avec la contraception	37,8%	15,7%*	12,9%*
Grossesse	44,3%	#	17,3%*

3.4.4.5 Suicide

Un adolescent sur dix a déjà eu des idées suicidaires alors qu'il était âgé de 12 ans et moins. Cette proportion grimpe à près d'un jeune sur cinq de 12 à 17 ans. Plus de filles que de garçons ont déjà pensé au suicide, soit 46,5% d'entre elles contre 23,6% des garçons.

Plus de 12,4%* des adolescents ont déjà tenté de se suicider au cours de leur vie (les tentatives de suicide ne pouvant être prises en compte à l'aide d'une recherche par questionnaire, ce pourcentage ne s'applique qu'aux suicides). Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 22,2% des jeunes ont eu un ami ou un membre de leur famille qui s'est suicidé.

Également, 39,3% des adolescents se sont sentis déprimés durant deux semaines ou plus au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les filles sont plus nombreuses à affirmer avoir été déprimées au cours des 12 mois précédant l'enquête que les garçons, soit 48,2% comparativement à 30,7% des garçons.



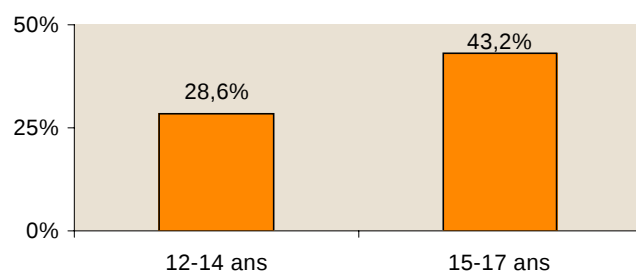
En ce qui concerne les différences entre les zones géographiques, plusieurs proportions ne sont pas significatives sur le plan statistique. Néanmoins, nous remarquons que plus d'adolescents ont tenté de se suicider en zones 2, 3 et 4 qu'en zone 1.

De plus, on constate une différence marquée en ce qui concerne les zones géographiques et les adolescents ayant un ami ou un membre de leur famille qui s'est suicidé au cours des 12 mois précédant l'enquête. En effet, 56,9% des adolescents vivant en zone 2 ont répondu avoir un ami ou membre de leur famille qui s'est suicidé au cours des 12 mois précédant l'enquête, comparativement à 33,5% en zones 3 et 4 et à 13,0%* en zone 1.

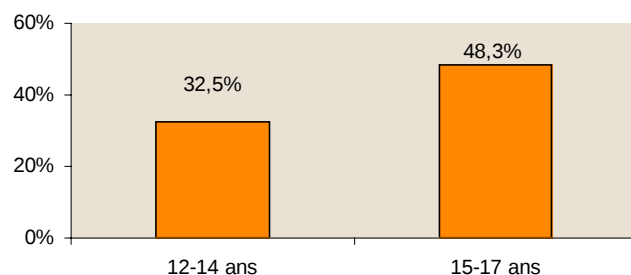
3.4.4.6 Pensionnats autochtones

Pour environ les deux tiers des adolescents (63,6%), aucun de leurs parents n'a fréquenté un pensionnat autochtone²⁵, alors que pour plus de la moitié d'entre eux (59,4%), aucun de leurs grands-parents n'a fréquenté un pensionnat. Nous remarquons effectivement que les 15 à 17 ans obtiennent des pourcentages plus élevés que les 12 à 14 ans en ce qui concerne les parents et les grands-parents ayant fréquenté un pensionnat. Les deux graphiques suivants présentent la différence entre les deux groupes d'âge.

Graphique 84: Proportions d'adolescents dont un ou deux parents ont déjà fréquenté un pensionnat, par groupe d'âge



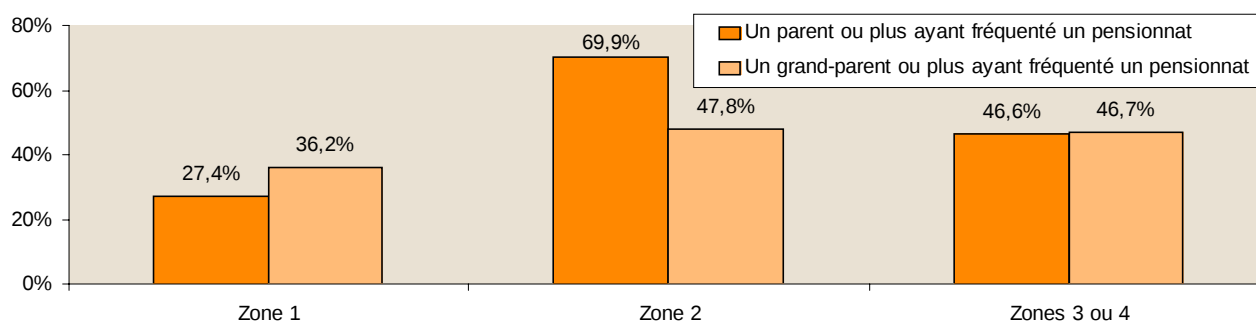
Graphique 85: Proportions d'adolescents dont un ou plusieurs grands-parents ont déjà fréquenté un pensionnat, par groupe d'âge



Nous remarquons également certaines différences en ce qui a trait aux différentes zones géographiques. En fait, c'est en zone 2, occupée principalement par les Algonquins et les Atikamekw, que nous observons la proportion la plus élevée d'adolescents ayant un ou plusieurs parents qui ont fréquenté un pensionnat (69,9%), suivi des zones 3 et 4 (46,6%) et de la zone 1 (27,4%). En ce qui concerne les adolescents ayant un ou plusieurs grands-parents qui ont fréquenté un pensionnat, les zones 2, 3 et 4 obtiennent sensiblement les mêmes pourcentages. Encore une fois, la zone 1 obtient la proportion la plus faible.

²⁵ Les pensionnats, qu'on nomme aussi écoles résidentielles, sont les institutions exploitées par le gouvernement fédéral ou des communautés religieuses où ont vécu de nombreux enfants autochtones de partout au Canada entre 1860 et 1974.

Graphique 86: Proportions d'adolescents dont un ou plusieurs parents ou grands-parents ont fréquenté un pensionnat, par zone géographique



Note : Les zones 3 et 4 sont fusionnées pour des raisons de validité statistique.

3.5 Conclusion de la section des adolescents (12 à 17 ans)

Dans le cadre de cette enquête, nous avons poursuivi le travail amorcé lors de l'étude de 1997 sur la santé des Premières Nations. Il est toutefois difficile de comparer directement certains résultats avec l'enquête de 1997 puisque certaines questions n'ont pas été abordées de façon similaire.

Aujourd'hui, la majorité des adolescents vivant dans les communautés habitent en zone 1, donc à moins de 50 kilomètres d'un centre urbain. La plupart d'entre eux habitent avec d'autres mineurs (0 à 17 ans). Nous observons qu'un plus faible pourcentage d'adolescents habitant en zone 1 affirment que leurs parents biologiques sont mariés. Ce pourcentage est clairement plus élevé en zones 2, 3 et 4.

Dans la région du Québec, le français est la langue la plus employée par les adolescents des Premières Nations ayant participé à cette enquête. Un peu plus de la moitié d'entre eux considèrent que c'est important de parler une langue des Premières Nations. C'est en zones 2, 3 et 4 que nous observons la proportion la plus élevée d'adolescents affirmant qu'il est important de parler leur langue des Premières Nations. De plus, bien que les adolescents soient mitigés quant à l'importance des événements culturels, nous remarquons, encore une fois, qu'ils sont clairement plus importants pour les adolescents habitant en zones 3 et 4, que pour les adolescents habitant plus près des centres urbains.

Enfin, en zones 2, 3 et 4, ce sont plutôt les aînés qui aident les adolescents à comprendre leur culture, comparativement à une plus grande proportion d'enseignants jouant ce rôle dans la zone 1. On peut supposer que cela a une influence sur la transmission de la tradition, puisqu'une proportion importante d'enseignants n'est pas membre des Premières Nations.

3.5.1 État de santé et habitudes de vie

Les principaux problèmes médicaux des adolescents sont, en ordre d'importance, les problèmes respiratoires, les allergies, les problèmes neurologiques ou cognitifs et les problèmes visuels ou auditifs. De plus, près de 50,0% des adolescents souffrent d'embonpoint ou d'obésité.

Nous remarquons qu'une proportion plus importante de garçons que de filles souffre d'obésité. En effet, il a été démontré que les garçons s'alimentaient moins bien, puisqu'ils consomment plus fréquemment des aliments vides. Toutefois, les filles sont moins actives que les garçons. Les seules activités qu'elles pratiquent plus que les garçons sont la marche et la danse. De plus, elles consacrent moins d'heures par semaine aux activités physiques qui accélèrent généralement le rythme cardiovasculaire.

Précisons qu'en règle générale, les adolescents pratiquent une activité physique de deux à trois fois par semaine; les activités les plus pratiquées sont la marche et la bicyclette. De plus, ils consacrent de 1 à 5 heures par semaine à des activités physiques accélérant généralement le rythme cardiovasculaire. Pour ce qui est de leur alimentation, bien qu'ils en aient une vision positive en général, nous remarquons que

les garçons consomment fréquemment des boissons gazeuses, des repas-minutes, des gâteaux et des frites.

La prévalence de l'obésité est également plus élevée dans les zones 3 et 4. En fait, le pourcentage d'adolescents ayant un poids normal tend à diminuer avec l'isolement de la communauté. En effet, les adolescents vivant dans les zones isolées (3 et 4) sont moins nombreux à avoir un poids normal. Notons que l'enquête révèle que les adolescents de ces régions ajoutent plus fréquemment du sucre et du sel à leur nourriture.

Pour ce qui est de l'utilisation des services de santé, très peu d'adolescents utilisent la médecine traditionnelle, ainsi que les services de « counselling » et les services en santé mentale en général. En ce qui a trait aux différents tests médicaux, nous remarquons que les filles passent plus de tests que les garçons.

Finalement, en ce qui concerne les soins dentaires, la majorité des adolescents ont eu leur dernier soin dans les 12 mois précédant l'enquête. Toutefois, nous remarquons que cette proportion est moins élevée pour les adolescents des zones 3 et 4.

3.5.2 Style de vie

Plus du tiers des adolescents de 12 à 14 ans fument et cette proportion augmente aux deux tiers pour les 15 à 17 ans, ce qui représente des proportions élevées. L'enquête révèle qu'un certain pourcentage d'adolescents a commencé à fumer entre l'âge de 5 et 10 ans et que ce phénomène est plus important en zone 1 qu'en zones 2, 3 et 4. Enfin, au moment de l'enquête, les filles fumaient plus que les garçons.

Les filles consomment également plus de boissons alcoolisées que les garçons. En règle générale, les 15 à 17 ans ont une consommation plus importante et plus fréquente que les 12 à 14 ans. Les adolescents de la zone 2 ont consommé plus de boissons alcoolisées dans les 12 mois précédant l'enquête que les adolescents des autres zones.

Un peu moins de la moitié des adolescents font usage de drogues ou de substances volatiles. La drogue qui est principalement consommée est la marijuana. Une proportion plus importante d'adolescents âgés de 15 à 17 ans consomme de la marijuana, toutefois, un fort pourcentage des 12 à 14 ans en prennent également. On remarque qu'une proportion plus importante de filles que de garçons en consomme. Par contre, plus de garçons en consomment quotidiennement. Bien que les adolescents de la zone 1 consomment plus de boissons alcoolisées que les adolescents des zones 2, 3 et 4, ils consomment moins de drogues et de substances volatiles que ces derniers.

En ce qui concerne les relations sexuelles, l'isolement de la communauté semble associé au fait d'avoir eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête. En effet, les adolescents des zones 3 et 4 sont plus actifs sexuellement que les adolescents des zones 1 et 2. Il semble également que les habitudes contraceptives soient différentes. Les adolescentes des zones 1 et 2 ont plus souvent recours à un contraceptif oral qu'en zones 3 et 4. De plus, un fort pourcentage d'adolescents affirme utiliser le condom. Parmi ceux qui n'utilisent pas le condom, la majorité d'entre eux affirment que la raison est qu'ils ont un partenaire régulier.

3.5.3 Bien-être personnel et social

Ce qui ressort particulièrement de ce volet de l'enquête, ce sont les différences entre les adolescents des zones 3 et 4 et ceux des zones 1 et 2, ainsi que la différence entre les sexes. En effet, nous remarquons que les adolescents des zones 3 et 4 ont un niveau d'équilibre physique, émotionnel, mental et spirituel généralement plus faible que celui des adolescents des zones 1 et 2. De plus, les garçons ont un meilleur niveau d'équilibre que les filles, ainsi qu'une meilleure estime d'eux-mêmes.

En général, les adolescents estiment avoir un bon degré d'autodétermination, évalué selon le degré de contrôle qu'ils exercent sur leur vie. Plus de la moitié d'entre eux estiment avoir un haut degré d'autodétermination. Toutefois, nous remarquons que les adolescents des zones 3 et 4 ont un degré



d'autodétermination plus faible que ceux habitant les zones 1 et 2. De plus, les garçons estiment également avoir légèrement plus de contrôle sur leur vie que les filles.

En ce qui concerne le suicide et les sentiments pouvant y être liés tels que la solitude et le fait de ne pas se sentir aimé ou stressé, nous remarquons que les filles se sentent plus seules et plus stressées que les garçons. Par contre, elles sont plus nombreuses à se sentir aimées que les garçons. Également, elles trouvent plus facilement du soutien et parlent plus fréquemment de leur santé mentale que les garçons.

L'enquête révèle que les adolescents des zones 3 et 4 se sentent plus seuls et moins aimés. En effet, il est démontré que les différentes sources de support s'amenuisent en région isolée. Toutefois, les adolescents de la zone 1 se confient moins que les adolescents des autres zones sur leur santé mentale.

Finalement, plus du tiers des adolescents ont déjà pensé au suicide; et parmi ceux-ci, les filles sont plus nombreuses. Elles sont également plus nombreuses à s'être senties déprimées durant 2 semaines ou plus dans les 12 mois précédant l'enquête. Enfin, près du quart des adolescents ont un ami ou une personne de leur entourage qui s'est suicidé dans les 12 mois précédant l'enquête.



Section 4: **La santé des adultes (18 et plus)**

La santé des adultes (18 ans et plus)

4.1 Faits saillants

4.1.1 Caractéristiques sociales

4.1.1.1 Profil démographique :

La population adulte des Premières Nations est relativement jeune, avec plus de la moitié des adultes (54,5 %) qui sont âgés entre 18 et 39 ans (soit 29,5 % entre 18 et 29 ans et 25,0 % entre 30 et 39 ans). On remarque également que les petites communautés ont une population adulte plus vieille que les communautés de moyenne et grande tailles. Pour ce qui est du statut civil, près du tiers des adultes sont mariés (31,6 %) alors que plus du tiers sont célibataires (34,7 %). Enfin, près d'un adulte sur cinq (19,2 %) vit en union de fait (conjoint non marié).

4.1.1.2 Langues des Premières Nations et culture traditionnelle :

L'enquête a révélé que 38,5 % des adultes utilisent une langue des Premières Nations comme langue principale. Toutefois, ils sont autant à ne pas comprendre (39,2 %) et/ou ne pas parler (42,7 %) une langue des Premières Nations. Enfin, l'utilisation de la langue des Premières Nations est plus fréquente chez les adultes des communautés plus isolées (zone 2²⁶ : 78,6 %, zone 3 : 83,7 % et zone 4 : 94,1 %) comparativement aux adultes des communautés de la zone 1 (17,2 %).

4.1.1.3 Scolarité :

De manière générale, le niveau de scolarité est faible dans les communautés des Premières Nations. Près de la moitié des adultes n'ont pas terminé leurs études secondaires (49,0 %). Toutefois, 14,9 % ont obtenu un diplôme d'études secondaires et 29,9 % ont obtenu un diplôme collégial, technique ou professionnel. Enfin, 6,1%* ont obtenu un diplôme universitaire.

4.1.1.4 Emploi et revenu :

Près de la moitié des adultes occupait un emploi au moment de l'enquête. On remarque que la proportion d'adultes ayant un emploi rémunéré diffère selon la taille de la communauté. En effet, il y a 64,9 % des adultes qui travaillent dans les petites communautés comparativement à 46,3 % dans les grandes communautés. Pour ce qui est du revenu annuel, l'enquête démontre qu'un adulte sur cinq (20,2 %) bénéficie de l'assurance-emploi (chômage) et qu'un peu plus (23,7 %) bénéficient de l'assistance-emploi (aide sociale).

4.1.1.5 Logement :

Pour l'ensemble des communautés des Premières Nations, près de la moitié des adultes (47,7 %) vivent dans un domicile dont ils sont propriétaires (ou un autre membre de leur ménage est propriétaire). Les réponses aux questions de l'enquête concernant la qualité des logements révèlent que 28,2 % des adultes considèrent que l'eau provenant de leur principale source d'approvisionnement n'est pas potable. Également, plus du tiers des adultes ont remarqué la présence de moisissures dans leur maison dans les 12 mois précédant l'enquête. Enfin, le quart des adultes estime que son domicile nécessite des réparations majeures.

²⁶ Système de zonage développé par les Affaires Indiennes et du Nord Canadien afin de catégoriser le degré d'isolement géographique des communautés

- Zone 1 : Situé à moins de 50km d'un centre de services* relié par une route d'accès ouverte à l'année.
- Zone 2 : Situé entre 50 et 350km d'un centre de services* reliés par une route d'accès ouverte à l'année.
- Zone 3 : Situé à plus de 350km d'un centre de services* reliés par une route d'accès ouverte à l'année.
- Zone 4 : Aucune route d'accès ouverte à l'année vers un centre de services*.

* Localité la plus près pour avoir accès aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.



Pour ce qui est de la sécurité du domicile, on observe que 84,9 % possèdent un détecteur de fumée et que 56,7 % possèdent un extincteur d'incendies.

4.1.2 État de santé

4.1.2.1 État de santé général :

La moitié des adultes estiment que leur état de santé est excellent ou très bon. Par contre, l'enquête révèle que certaines maladies chroniques, telles que le diabète et les problèmes respiratoires, ont augmenté depuis la précédente vague de l'enquête en 1997. De plus, près des deux tiers des adultes (63,0 %) affirment être atteints de problèmes médicaux. Parmi ceux-ci, les problèmes les plus fréquents sont les problèmes musculo-squelettiques (23,3 %) et les problèmes cardiovasculaires (21,8%). Également, l'isolement de la communauté, l'âge, le statut socio-économique et l'accès aux services et soins de santé sont des déterminants qui influencent l'état de santé de la population adulte. Chez les adultes interrogés, les principales raisons pour être en excellente ou très bonne santé sont le fait d'être heureux/satisfait, bien dormir/prendre du repos et avoir un bon soutien social. L'enquête révèle également que plus des deux tiers des adultes (67,0 %) souffrent d'embonpoint ou d'obésité alors qu'à peine plus du quart (26,4 %) a un poids normal. Enfin, environ 14,5 % des adultes sont atteints du diabète. Les femmes sont atteintes dans une proportion plus grande (16,4 %) que les hommes (12,5 %). Notons que la prévalence du diabète dans la population québécoise est de 7,0 %.

4.1.2.2 Blessures physiques :

Les blessures physiques semblent être fréquentes parmi les adultes des Premières Nations. En effet, plus d'un adulte sur cinq a subi une ou plusieurs blessures au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les blessures les plus fréquentes sont les entorses ou les foulures, les coupures, les éraflures ou les contusions et les fractures. Parmi les causes des blessures physiques, les chutes et les faux-pas sont responsables de près de la moitié (42,1 %) de celles-ci. Soulignons que près d'un blessé sur cinq (17,9 %) a affirmé que la cause de sa blessure était liée à la consommation d'alcool ou de drogue.

4.1.2.3 Soins dentaires :

Près des deux tiers des adultes ont reçu des soins dentaires dans les 12 mois précédant l'enquête. De plus, près des trois quarts estiment avoir besoin de soins dentaires. Parmi ceux-ci, les besoins plus fréquents sont les entretiens (69,9 % des adultes) et les obturations ou les restaurations (36,2 % des adultes). On remarque que plus les adultes vieillissent, moins ils affirment nécessiter des soins dentaires. En effet, ils sont 77,8 % chez les 18 à 29 ans comparativement à 61,7 % chez les 60 ans et plus. Enfin, l'enquête démontre que les adultes vivant dans les petites communautés tendent à moins consulter le dentiste que ceux vivant dans les grandes communautés. Notons que le double d'adultes vivant dans les zones 3 et 4 a rencontré un ou plusieurs obstacles pour recevoir des soins dentaires (41,2 %*), comparativement aux adultes vivant dans la zone 1 (20,5 %*) et dans la zone 2 (25,1 %*).

4.1.3 Habitudes de vie

4.1.3.1 Alimentation :

Bien que près de la moitié des adultes considèrent que leur régime alimentaire est équilibré et nutritif, la majorité des adultes (94,6%) consomment des aliments vides plusieurs fois par semaine. L'enquête révèle que les jeunes adultes (18 à 34 ans) consomment davantage d'aliments vides que les adultes plus âgés (35 ans et plus).

Pour ce qui est des aliments traditionnels, la situation géographique des communautés semble associée à la fréquence de leur consommation. Les adultes vivant dans les communautés de la zone 4 sont ceux qui consomment et partagent le plus fréquemment des aliments traditionnels.

4.1.3.2 Activités physiques :

En moyenne, les adultes des Premières Nations pratiquent, à chaque semaine, deux activités physiques et font trois heures et demie d'activités physiques qui accélèrent généralement la fréquence cardiaque ou le rythme respiratoire. Toutefois, 13,0% des adultes ne se consacrent aucunement aux activités physiques. Dans l'ensemble de la population adulte, les activités les plus pratiquées sont la marche, la chasse et la pêche, la bicyclette et la cueillette de fruits et de baies sauvages.

L'enquête révèle que les adultes âgés de 18 à 29 ans sont plus actifs que les adultes des autres groupes d'âge. Il en est de même pour les hommes comparativement aux femmes. Les adultes vivant dans les communautés de la zone 4, ainsi que ceux détenant un diplôme universitaire, comptent également parmi les plus actifs physiquement.

4.1.3.3 Tabagisme :

Plus de la moitié des adultes fument et la majorité d'entre eux (79,4%) fument sur une base quotidienne. L'exposition à la fumée secondaire dans le domicile est également fréquente. En effet, 48,0% des domiciles sont des environnements fumeurs. De plus, l'enquête révèle que les fumeurs habitant dans un domicile fumeur consomment plus de cigarettes quotidiennement que ceux vivant dans un domicile sans fumée.

Plus du quart des adultes (28,4%) sont des ex-fumeurs. Les raisons principales ayant motivé leur arrêt tabagique sont le désir d'un mode de vie plus sain (60,7% des ex-fumeurs) et les raisons de santé (38,1%).

On constate qu'une plus grande proportion des 18 à 34 ans fume comparativement aux autres groupes d'âge. De plus, les 18 à 34 ans ont généralement commencé à fumer plus jeunes que les autres groupes d'âge. Également, les adultes non diplômés fument dans une plus grande proportion que ceux détenant un diplôme (tous les niveaux de scolarité confondus). L'enquête n'a toutefois décelé aucune différence entre la prévalence du tabagisme chez les personnes sans emploi et chez les travailleurs. Également, aucune différence ne se dégage entre la proportion d'hommes et de femmes fumeurs, bien que les hommes fument un nombre plus élevé de cigarettes quotidiennement.

4.1.3.4 Consommation d'alcool :

Dans l'année précédant l'enquête, 74,3% des adultes ont consommé de l'alcool. Alors que 22,3% des adultes l'ont fait une ou plusieurs fois par semaine, 21,0% l'ont fait à tous les jours. Notons par contre que 20,3% des consommateurs d'alcool n'ont pas consommé 5 verres ou plus d'alcool lors d'une même occasion dans les 12 mois précédant l'enquête. L'enquête révèle également que les travailleurs et les adultes diplômés consomment plus fréquemment de l'alcool que les personnes sans emploi et les adultes n'ayant pas terminé leurs études secondaires. Enfin, 15,5% des adultes ont déjà été traités pour un abus d'alcool.

4.1.3.5 Consommation de drogues et substances volatiles :

Plus du tiers des adultes (36,2%) ont consommé de la drogue ou des substances volatiles dans les 12 mois précédant l'enquête. Dans l'ensemble de la population adulte, les drogues les plus consommées sont la marijuana (26,6%), la cocaïne, le crack ou la freebase (11,0%), la codéine, la morphine ou les opiacés (8,6%). Enfin, 10,2% des adultes ont déjà été traités pour abus de drogue ou de substances volatiles.

Les 18 à 34 ans sont les plus grands consommateurs de drogues ou de substances volatiles. De plus, on constate que la proportion de consommateurs semble supérieure dans les communautés de moyenne et de grande tailles. Par compte, il se peut qu'un certain nombre d'adultes dans les petites communautés n'aient pas déclaré avoir consommé des drogues en raison de la proximité entre les personnes ou pour des motifs de confidentialité.

L'enquête révèle qu'il existe un lien entre le niveau de scolarité et la consommation de drogues ou de substances volatiles. Les adultes ayant un plus haut niveau de scolarité (diplôme d'études secondaires, collégial, professionnel, technique, universitaire) consomment dans une proportion inférieure à celle des



adultes n'ayant pas complété leurs études secondaires ou primaires. Enfin, il semble y avoir un lien entre la santé émotionnelle et/ou mentale et la consommation de drogues. En effet, 50,4% des adultes ayant déjà pensé au suicide ainsi que 55,1% des adultes ayant déjà fait une tentative de suicide ont consommé de la drogue et/ou des substances volatiles dans les 12 mois précédant l'enquête.

4.1.3.6 Soins de santé préventifs :

La vérification de la pression artérielle (63,7%), les examens de la vue (60,3%) et les analyses du taux de glycémie (53,0%) sont les examens médicaux subis par une plus grande proportion d'adultes. On constate que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à passer des examens médicaux. Également, les adultes plus âgés passent davantage d'examens médicaux que les jeunes adultes, à l'exception des examens de la vue. Bien que les adultes vivant dans les communautés de petite taille subissent plus d'analyses et d'examens médicaux que les adultes des moyennes et des grandes communautés, les adultes vivant dans la zone 4 en subissent moins. Enfin, les résultats de l'enquête démontrent que seulement 30,1% des hommes et 42,7% des femmes ont passé un test de dépistage du VIH au cours de leur vie.

Pour ce qui est de la santé des femmes, 43,4% n'ont jamais fait d'autoexamen des seins et 60,6% n'ont jamais passé de mammographie. Ces proportions sont respectivement 37,4% et 33,6% chez les femmes de 40 ans et plus, un groupe plus à risque de développer le cancer du sein. Les femmes des communautés isolées (zones 3 et 4) sont moins nombreuses à faire l'autoexamen des seins mais plus nombreuses à avoir déjà passé une mammographie. Enfin, on remarque que 6,5%* des femmes n'ont jamais subi de cytologie (examen vaginal avec prélèvements) au cours de leur vie, alors que près de la moitié des femmes (49,3%) en ont passé une dans les 12 mois précédant l'enquête.

4.1.3.7 Pensionnats autochtones :

Au total, 17,0% des adultes ont fréquenté un pensionnat. Parmi ceux-ci, 36,3% estiment que le pensionnat a eu des répercussions négatives sur leur santé et leur bien-être. Les répercussions les plus fréquemment mentionnées sont la violence verbale (69,9%), le fait d'être isolé de la famille (69,0%) et la discipline sévère (68,9%). La perte de l'identité culturelle et la perte de la langue ont été mentionnées par respectivement 64,3% et 61,1% des adultes ayant déclaré des répercussions négatives sur leur estime personnelle suite à leurs expériences dans les pensionnats.

4.1.4 Bien-être personnel et social :

La grande majorité des adultes se sent « tout le temps » ou « la plupart du temps » en équilibre physique, émotionnel, mental, et spirituel. Toutefois, environ 16,0% des adultes ne le sont que « parfois ». C'est dans la zone 4 où on observe les proportions d'adultes les plus élevées ayant affirmé être « parfois » en équilibre physique, émotionnel, mental et spirituel.

L'enquête révèle que plus de la moitié des adultes (56,5%) ont un très bas niveau de contrôle sur leur vie, alors que le tiers exerce un bon niveau de contrôle. On observe que les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires exercent un contrôle moins important sur leur vie, comparativement aux adultes détenant un diplôme (secondaire, collégial, professionnel, technique ou universitaire). De plus, de manière générale, les adultes habitant dans une communauté de petite taille considèrent avoir un meilleur contrôle sur leur vie que ceux habitant dans les moyennes ou grandes communautés. On observe également des différences entre les zones géographiques, les adultes de la zone 3 étant ceux qui affirment exercer le moins de contrôle sur leur vie.

4.1.4.1 Problèmes sociaux :

Les adultes étaient questionnés sur l'occurrence de divers problèmes sociaux dans leur vie et celle des membres de leur famille. Ils devaient préciser s'ils considéraient ces problèmes comme étant mineurs ou majeurs. Les problèmes sociaux les plus récurrents sont l'alcoolisme, les abus de drogues et de médicaments et les abus verbaux et psychologiques. L'enquête révèle que les adultes vivant dans les petites communautés perçoivent moins de problèmes sociaux que ceux vivant dans les moyennes et grandes communautés. Également, les adultes n'ayant pas terminé leurs études secondaires sont plus nombreux à

avoir identifié des problèmes sociaux dans leur vie ou dans leur entourage. Enfin, notons que 18,7% des hommes et 20,2% des femmes connaissent quelqu'un dans leur famille qui a eu des problèmes d'alcoolisme majeurs.

4.1.4.2 Soutien social :

De manière générale, les adultes des Premières Nations estiment avoir un bon réseau social pour les soutenir en cas de besoin. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à y avoir accès. Également, il semble plus facile d'obtenir un support dans les petites communautés. Enfin, le soutien disponible semble associé au degré d'isolement de la communauté. Effectivement, une plus grande proportion d'adultes en zone 1 (52,7%) qu'en zone 4 (29,6%) ont tout le temps une personne de confiance avec qui parler.

4.1.4.3 Suicide :

L'enquête révèle que 39,0% des adultes ont déjà pensé au suicide au cours de leur vie et 18,4% ont tenté de se suicider. Les proportions les plus élevées d'adultes ayant pensé au suicide se retrouvent dans la zone 2 (49,1%) et la zone 3 (53,9%). Elles sont également plus élevées dans les communautés de grande taille.

4.1.4.4 Racisme :

Les résultats révèlent que 28,3% des adultes ont été victimes de racisme dans les 12 mois précédant l'enquête. Les hommes en ont été victimes dans une plus grande proportion que les femmes, soit 30,7% comparativement à 25,9%. De plus, les 18 à 34 ans sont plus nombreux à être victimes de racisme que les adultes plus âgés. Par contre, les jeunes adultes semblent avoir subi moins de répercussions du racisme sur leur estime personnelle que les personnes plus âgées. Enfin, la proportion d'adultes ayant été victimes de racisme tend à diminuer en fonction du degré d'isolement de la communauté, passant de 29,2% en zone 1 à 15,2%* en zone 4.

4.1.4.5 Jeux de hasard :

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 8,4%* des adultes ont participé à des jeux de hasard au cours desquels ils ont perdu plus d'argent qu'ils ne pouvaient se le permettre. On remarque qu'à l'exception du Bingo, les hommes se sont davantage retrouvés dans la situation où ils ont perdu plus d'argent qu'ils ne pouvaient se le permettre, que les femmes.

4.1.4.6 Agents de support :

Près du tiers des adultes (32,9%) se sont sentis déprimés pendant une période de deux semaines ou plus dans les 12 mois précédant l'enquête. Les amis, les membres de la famille immédiate ou les autres membres de la famille sont les personnes privilégiées auxquelles les adultes se sont confiés au sujet de leur santé émotionnelle et mentale. Les professionnels de la santé (médecin de famille, infirmière, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) ont été moins consultés. L'enquête révèle que les hommes consultent moins d'agents de support que les femmes. On remarque que plus l'adulte vieillit, plus il consulte les professionnels de la santé au sujet de sa santé émotionnelle et mentale, alors que les jeunes adultes (18 à 34 ans) sont plus nombreux à consulter les membres de leur entourage. Enfin, les adultes des communautés de petite taille consultent généralement moins d'agents de support que ceux des communautés de grande taille.

4.1.5 Bien-être communautaire et culture traditionnelle

4.1.5.1 Progrès communautaires et culturels :

Les adultes étaient questionnés sur différents domaines où ils auraient pu y constater des progrès communautaires. Lors de l'enquête de 1997, une proportion deux fois plus élevée d'adultes avait constaté des progrès importants. Ceci témoigne d'une dépréciation du niveau de satisfaction à l'égard des progrès communautaires entre 1997 et 2002. Parmi les domaines où une grande proportion d'adultes n'a constaté



aucun progrès, la réduction des abus d'alcool et de drogues vient en tête (66,4%), suivi des services de police communautaire (50,8%).

Pour ce qui est des progrès culturels, 50,8% des adultes n'ont vu aucun progrès dans les méthodes de guérison traditionnelle, alors que 46,9% n'ont vu aucun progrès concernant le renouement des relations avec la Terre et 45,5% à propos du renouvellement de la spiritualité des Premières Nations.

Les progrès les plus importants ont été constatés dans les services d'aqueducs et d'égouts (26,1%), l'accès à l'éducation et à la formation (16,5%) et l'utilisation des langues des Premières Nations (13,2%). Rappelons que bien que ces proportions soient les plus élevées, elles demeurent largement inférieures à celles obtenues en 1997.



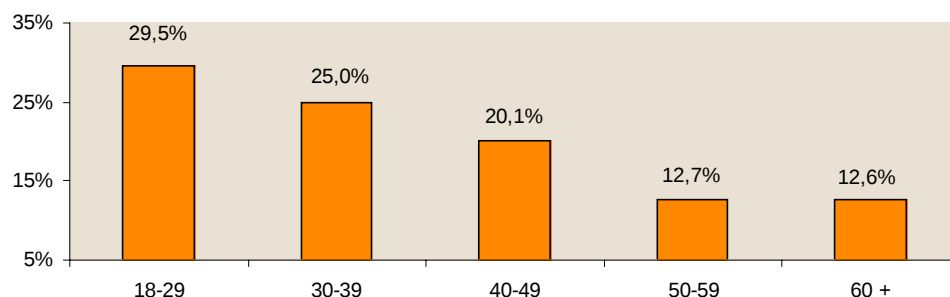
4.2 Profil démographique

4.2.1 Âge, sexe et lieu de résidence

4.2.1.1 Âge

Parmi les adultes des Premières Nations ayant participé à l'enquête, une plus grande proportion des adultes se situe dans le groupe d'âge des 18 à 29 ans (29,5%). Plus l'âge augmente, plus la proportion d'adultes diminue. L'âge moyen des adultes vivant dans une communauté est de 40,2 ans, en hausse comparativement à la première phase de l'enquête en 1997 (38,0 ans). La proportion d'adultes de moins de 45 ans atteint 65,3%, comparativement à près de 73,0% en 1997.

Graphique 87: Âge des adultes

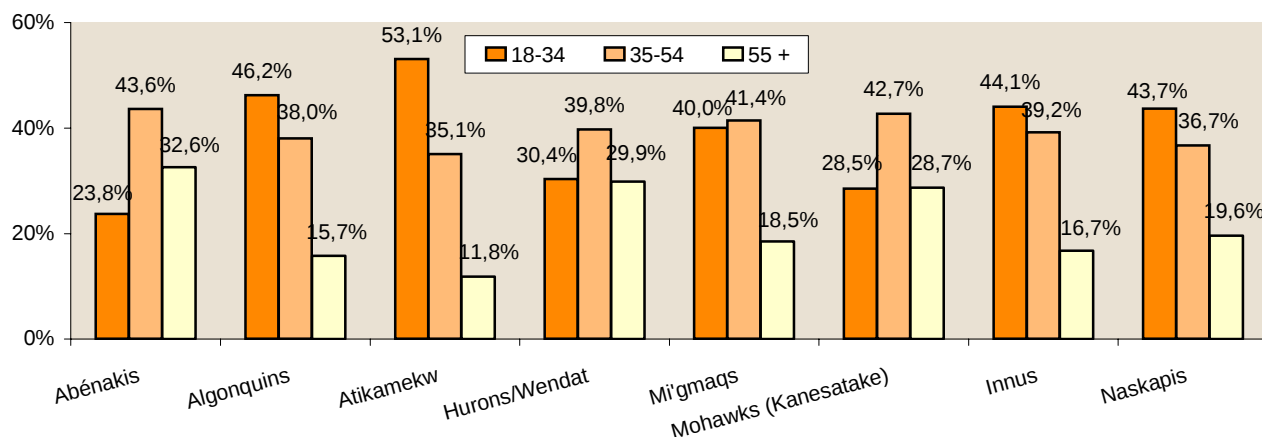


Les communautés de petite taille sont constituées d'une population plus âgée que les communautés de moyenne ou grande tailles. Le tableau 25 démontre que les petites communautés comptent moins de jeunes adultes de 18 à 34 ans et plus d'adultes âgés de 55 ans et plus que les communautés de moyenne et de grande tailles.

Tableau 25: Âge des adultes selon la taille de la communauté

Groupes d'âge	Petite taille	Moyenne taille	Grande taille
18-34 ans	36,1%	42,7%	43,5%
35-54 ans	39,7%	37,4%	39,7%
55 ans +	24,1%*	19,9%	16,8%

Graphique 88: Proportions d'adultes par groupe d'âge, présentées par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

Les Atikamekw se démarquent en tant que nation la plus jeune, comptant le plus haut pourcentage de jeunes adultes et le plus faible pourcentage d'aînés, en plus, d'une moyenne d'âge de 36,6 ans. À l'inverse, les Abénakis et les Hurons/Wendat, talonnés par les Mohawk de Kanesatake, se révèlent les nations composées des plus faibles proportions de jeunes adultes et des plus hautes proportions d'aînés, avec des moyennes d'âge variant de 44,4 à 45,9 ans. Situées toutes deux en zone 1, ce qui est le cas aussi des Mohawk de Kanesatake, il se peut que la proximité de la communauté avec un centre urbain favorise l'exode des jeunes vers la ville.

4.2.1.2 Sexe

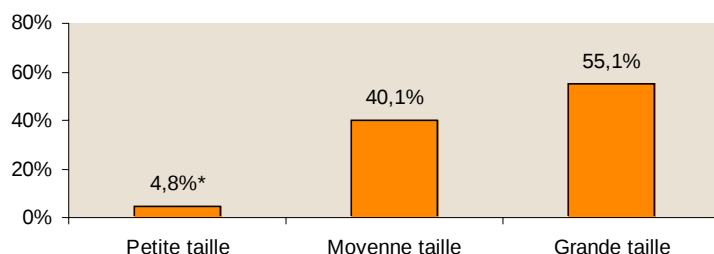
Les Atikamekw et les Naskapis comptent des pourcentages d'hommes (52,5%) légèrement supérieurs aux femmes (47,5%), alors que les Abénakis et les Mohawks de Kanesatake comptent plus de femmes (56,4% et 55,3% respectivement) que d'hommes (43,6% et 44,7% respectivement).

Sur le plan de la scolarité, on compte un plus grand pourcentage de diplômés au niveau collégial, technique ou professionnel chez les hommes (33,0%) que chez les femmes (27,0%).

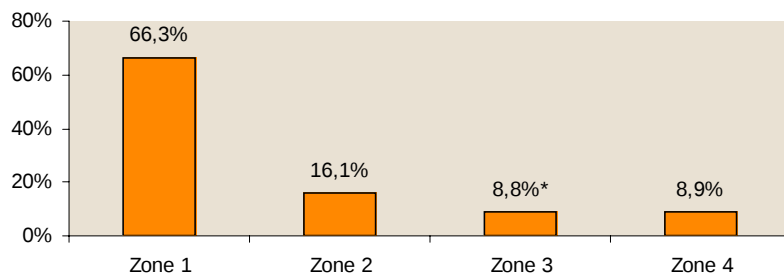
4.2.1.3 Lieu de résidence

Parmi les communautés ayant participé à l'enquête, un peu plus de la moitié d'entre elles sont de grande taille, alors qu'à peine une communauté sur vingt est de petite taille (graphique 89). Les deux tiers des communautés se situent en zone 1 (graphique 90).

Graphique 89: Proportions d'adultes ayant participé à l'enquête selon la taille de la communauté



Graphique 90: Proportions d'adultes selon la zone géographique



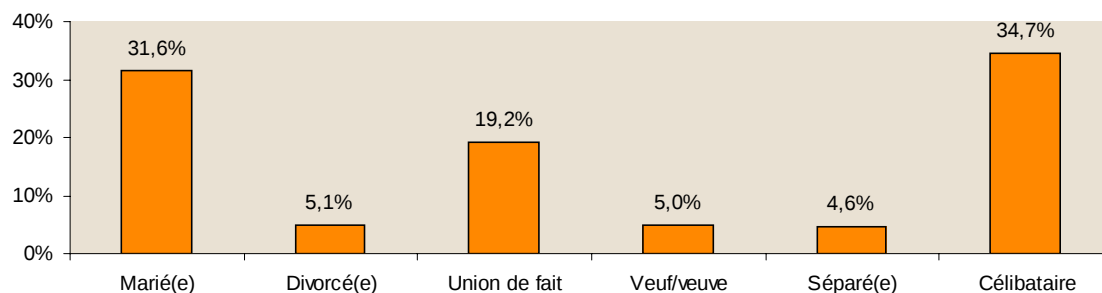
4.2.1.4 Statut civil

On compte pratiquement autant d'adultes mariés (31,6%) que de célibataires (34,7%), alors que l'union de fait s'introduit de plus en plus dans les comportements matrimoniaux (19,2%). En effet, en 1997, on comptait davantage de couples mariés (35,1%) et moins de conjoints de fait (15,4%). L'âge moyen des mariés est de 47 ans, ce qui est nettement plus élevé que celui des personnes vivant en union de fait (33 ans). On peut supposer que la discrimination à l'endroit des femmes dans la Loi sur les Indiens, la ferveur chrétienne



encore forte dans les communautés, les choix limités de partenaires dans les communautés de zone 4 ou de petite taille, sont des facteurs qui ont influencé l'évolution des statuts civils chez les membres des Premières Nations.

Graphique 91: Statut civil



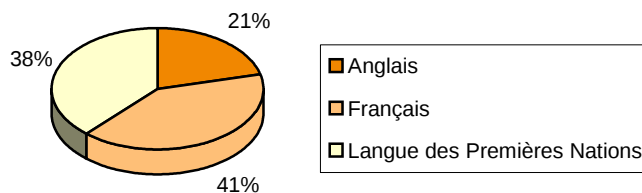
Les communautés de petite et moyenne tailles comptent environ un tiers d'adultes mariés (respectivement 33,4% et 33,5%) et moins d'un tiers de célibataires (respectivement 31,9% et 31,4%). De leur côté, les communautés de grande taille comptent 29,6% de personnes mariées et 31,7% de célibataires. Cette différence pourrait entre autre être due au fait que la moyenne d'âge des personnes résidant en communauté de grande taille est plus basse. Quant au degré d'isolement des communautés, on constate un revirement de la situation depuis 1997. En effet, à cette époque, les communautés de la zone 4 présentaient la plus faible proportion de célibataires, avec à peine 25,0%, alors qu'en 2002, elles affichaient la plus grande proportion, avec 38,8% (comparativement à 34,6% en zone 1, 27,4% en zone 2 et 23,5%* en zone 3).

4.2.2 Langues des Premières Nations et culture traditionnelle

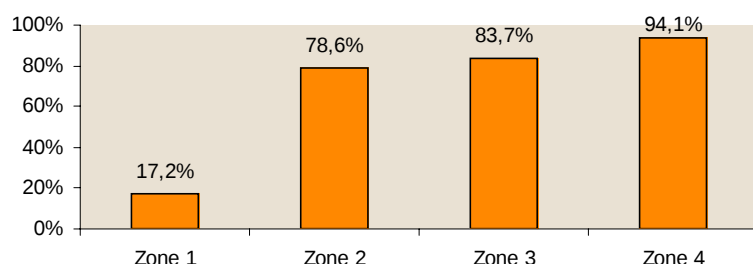
4.2.2.1 Langues comprises et langues parlées

25,2% des adultes ont demandé que les questions de l'enquête soient traduites dans leur langue des Premières Nations. Dans 91,6% de ces cas, l'intervieweur a assuré la traduction. Les 60 ans et plus comptent la plus grande proportion d'individus ayant eu recours à ce service (43,8%), bien que tout de même 22,4% des 18 à 29 ans aient également utilisé le service de traduction. Notons qu'on ne remarque pas de différences significatives majeures entre les groupes d'âge selon la compréhension ou l'utilisation d'une langue des Premières Nations.

Graphique 92: Langue la plus souvent utilisée



Graphique 93: Proportions d'adultes utilisant le plus souvent une langue des Premières Nations par zone géographique



Bien que 38,5% des individus utilisent le plus souvent une langue des Premières Nations (une diminution comparativement à près de 45,0% en 1997), ils sont autant à ne comprendre aucune langue des Premières Nations (39,2%) et encore plus nombreux à n'en parler aucune (42,7%, alors qu'en 1997, on n'en recensait qu'environ 33,3%).

L'isolement d'une communauté semble associé à l'utilisation plus fréquente d'une langue des Premières Nations, comme en témoigne le graphique 93. L'utilisation de l'anglais et du français est plus concentrée dans les communautés de la zone 1, avec 51,9% pour le français et 30,9% pour l'anglais (soulignons que les Cris, utilisant majoritairement l'anglais, ne font pas partie de l'enquête). Conséquemment, la compréhension et l'utilisation d'une langue des Premières Nations tend à augmenter avec l'isolement de la communauté, comme en témoigne le tableau 26.

Tableau 26: Proportions d'adultes qui comprennent ou parlent une langue des Premières Nations avec aisance ou assez bien, par zone géographique

Compréhension et élocution d'une langue des Premières Nations avec aisance ou assez bien	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Comprend une ou plusieurs langues des Premières Nations	43,1%	85,8%	97,7%	94,7%
Parle une ou plusieurs langues des Premières Nations	38,7%	85,2%	97,0%	94,9%

Le pourcentage d'individus dont la langue utilisée le plus souvent est le français diminue avec l'augmentation de la taille des communautés, passant ainsi de 76,4% pour les petites, à 39,7% pour les moyennes et 25,5% pour les grandes. Les adultes vivant dans les grandes communautés utilisent davantage une langue des Premières Nations (47,6%). La plus grande proportion d'anglophones se situe également chez les communautés de grande taille, avec 26,9% (23,0% pour les communautés de taille moyenne). Le tableau 27 présente la capacité à comprendre ou à parler une langue des Premières Nations selon la taille de la communauté.

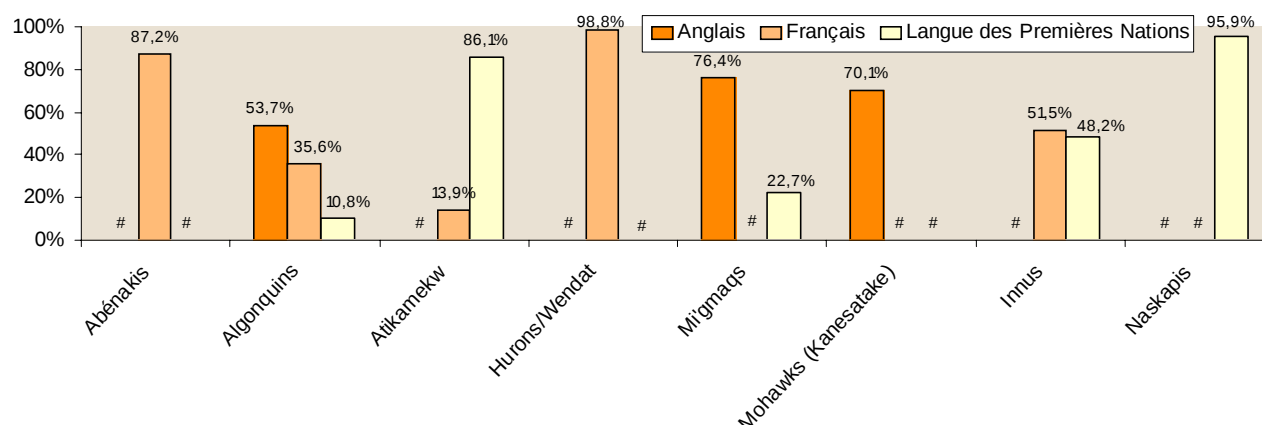
Tableau 27: Proportions d'adultes qui comprennent ou parlent une langue des Premières Nations avec aisance ou assez bien selon la taille de la communauté

Capacité à comprendre ou à parler une langue autochtone	Petite taille	Moyenne taille	Grande taille
Compréhension d'une ou de plusieurs langues des Premières Nations	13,5%	58,0%	72,1%
Élocution d'une ou de plusieurs langues des Premières Nations	12,3%	54,9%	67,4%

Le graphique 94 illustre l'état de l'utilisation des langues des Premières Nations parmi les adultes ayant participé à l'enquête.



Graphique 94: Langue la plus souvent utilisée, par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

On constate une augmentation des utilisateurs de la langue atikamekw, soit 86,1% par rapport à 79,3% en 1997. Nous faisons le même constat pour les Algonquins (10,8 % par rapport à 2,9% en 1997). La proportion d'utilisateurs de la langue innue a cependant chuté, passant ainsi de 74,4% en 1997 à 48,2% en 2002.

Une faible utilisation ne signifie pas pour autant une méconnaissance de la langue. Le tableau 28 donne ainsi un aperçu plus juste de la réalité linguistique.

Tableau 28: Proportions d'adultes qui comprennent ou parlent une langue des Premières Nations, par nation

Compréhension ou élocution d'une langue des Premières Nations	Algonquins	Atikamekw	Mi'gmaqs	Mohawks (Kanesatake)	Innus	Naskapis
Comprend une ou plusieurs langues des Premières Nations	48,6%	97,0%	65,8%	46,1%	67,1%	96,1%
Parle une ou plusieurs langues des Premières Nations	46,9%	96,7%	53,1%	35,1%	63,9%	96,1%

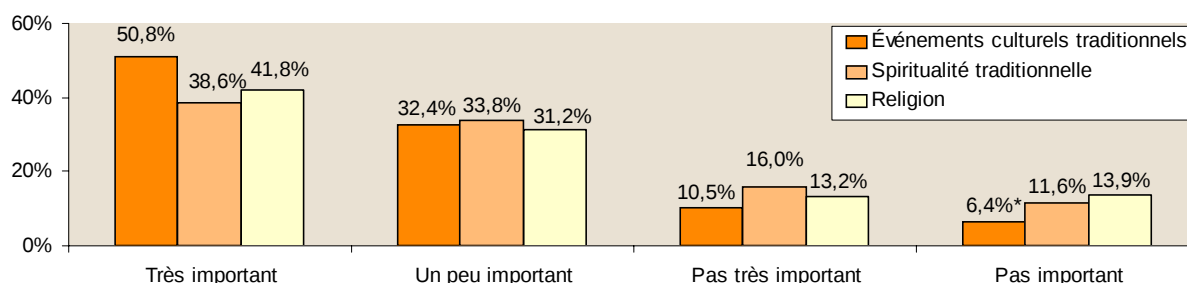
Note : Les Abénakis et les Hurons/Wendat et les Malécites de Viger exclus pour des raisons de validité statistique.

4.2.2.2 Culture traditionnelle

Cette section du questionnaire cherche à évaluer l'importance qu'occupent les événements culturels, la spiritualité traditionnelle et la religion dans la vie des membres des Premières Nations. La section 3.3.7, « Bien-être communautaire et culture traditionnelle », abordera notamment ces questions mais sous l'angle des progrès constatés ou non dans les communautés au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Le graphique 95 démontre que la très grande majorité des personnes accordent une importance considérable aux événements culturels et traditionnels, à la spiritualité traditionnelle et à la religion.

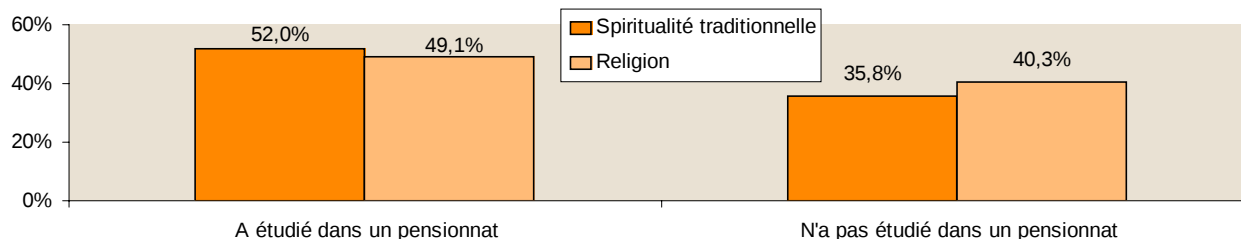
Graphique 95: Perceptions du degré d'importance des événements culturels et traditionnels, de la spiritualité traditionnelle et de la religion



Alors que la moitié des hommes et des femmes considère très importants les événements culturels traditionnels, seulement 6,4%* ne les estiment pas importants. Ils sont 38,6% à considérer très importante la spiritualité traditionnelle, alors que 10,5% d'entre eux ne la jugent pas importante. Quant à la religion, les femmes y font une place visiblement plus grande dans leur vie, car elles sont 48,6% à la juger très importante, contre 34,8% des hommes. Elles ne sont que 9,2%* à ne pas la considérer importante, contre 18,6% chez les hommes.

46,7% des 18 à 34 ans considèrent très importants les événements culturels traditionnels, cette proportion augmente à 50,0% chez les 35 ans et plus. Alors qu'environ 10,0% des 18 à 34 ans et des 35 à 54 ans ne jugent pas importante la spiritualité traditionnelle, 16,9%* des 55 ans et plus sont de cet avis. On constate enfin que l'importance de la religion augmente avec le vieillissement des individus : alors que 31,4% des 18 à 34 ans estiment très importante la religion, le pourcentage augmente à 43,5% chez les 35 à 54 ans et à 61,6% chez les 55 ans et plus.

Graphique 96: Proportions d'adultes considérant la spiritualité et la religion très importantes selon la fréquentation d'un pensionnat autochtone



Près des deux tiers des pensionnaires qui disent avoir subi des répercussions négatives sur leur santé et leur bien-être général suite à la fréquentation d'un pensionnat considèrent très importante la spiritualité traditionnelle, à l'instar de plus des trois quarts des pensionnaires qui ont vécu une perte de leur identité culturelle. Chez les pensionnaires ayant évoqué la perte de la religion ou de la spiritualité traditionnelle à la suite de leur passage au pensionnat, 72,7% perçoivent comme très importante la spiritualité traditionnelle, contre 60,8% des adultes n'ayant pas vécu cette perte religieuse ou spirituelle.

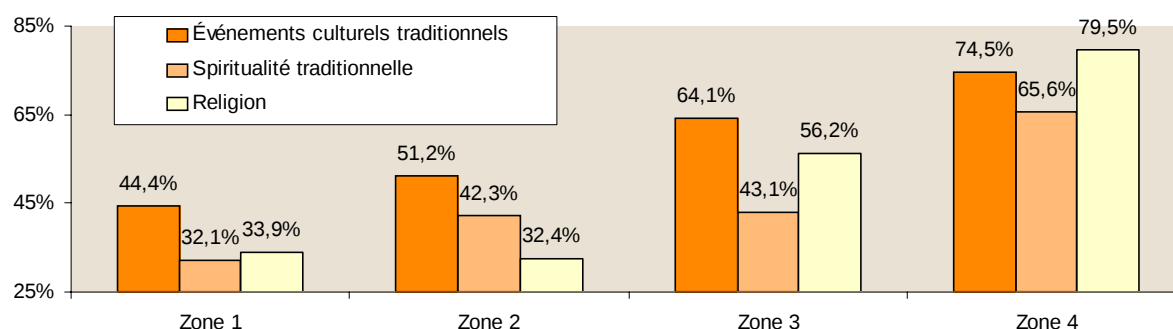
Nous remarquons une tendance contraire en ce qui a trait à l'importance accordée à la religion, en regard de ces mêmes répercussions. Ainsi, 45,3% des pensionnaires ayant subi des répercussions négatives sur leur santé et leur bien-être général suite à la fréquentation d'un pensionnat considèrent très importante la religion, contre 51,6% chez les pensionnaires n'ayant pas ressenti ces répercussions.

Même constat pour la perte de l'identité culturelle : alors que 38,6% des pensionnaires qui affirment avoir perdu leur identité culturelle considèrent la religion comme étant très importante, ils sont 54,9% de cet avis chez ceux n'ayant pas eu cette perte identitaire. Enfin, chez les pensionnaires ayant subi une perte de la religion ou de la spiritualité traditionnelle, 36,7%* perçoivent la religion comme étant très importante, contre 52,1% des adultes n'ayant pas vécu cette perte religieuse ou spirituelle.

Nous constatons donc que chez les individus ayant fréquenté un pensionnat autochtone, ceux considérant la religion comme étant très importante estiment avoir vécu moins de répercussions négatives du pensionnat, en comparaison avec ceux considérant la religion comme étant moins importante. De plus, contrairement aux premiers, les individus ayant fréquenté un pensionnat et qui considèrent la spiritualité traditionnelle comme étant très importante estiment avoir vécu plus de répercussions négatives liées à au pensionnat, comparativement à ceux qui considèrent la spiritualité traditionnelle comme moins importante.

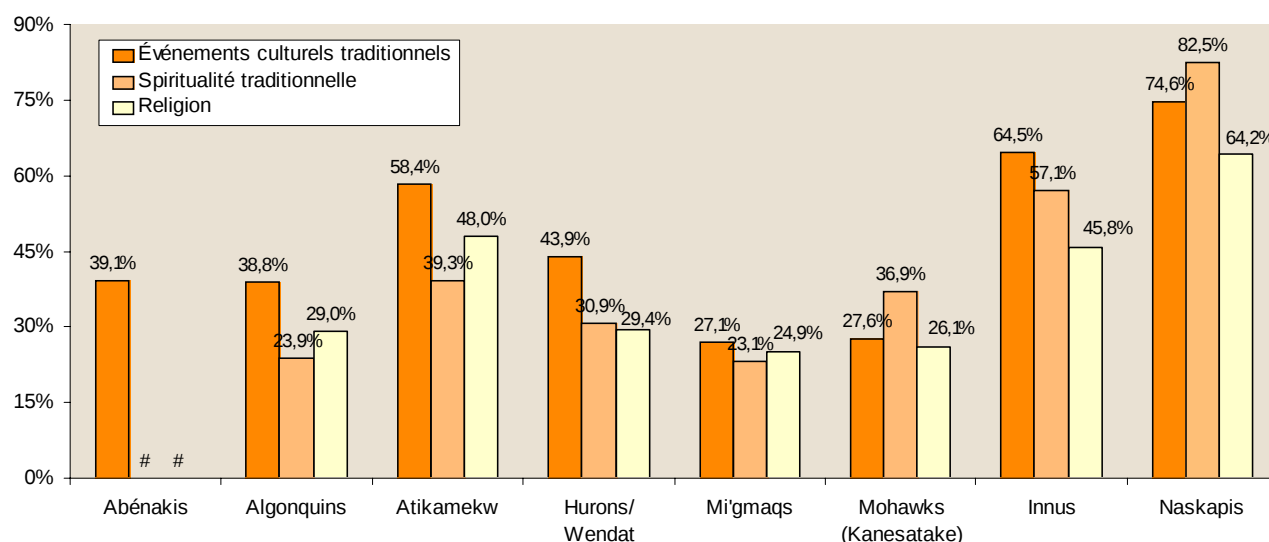
Les perceptions de l'importance des événements culturels traditionnels, de la spiritualité traditionnelle et de la religion semblent associées à l'isolement de la communauté, comme en témoigne le graphique 97. Notons que 13,4% des individus de zone 1 et 17,4%* de zone 3 considèrent que la spiritualité traditionnelle n'est pas importante, alors que pour ce qui est de la religion, ces pourcentages sont de 17,4% en zone 1 et 21,9% en zone 2.

Graphique 97: Proportions d'adultes considérant les événements culturels traditionnels, la spiritualité et la religion très importants, par zone géographique



L'augmentation de la taille de la communauté semble associée à la proportion d'individus jugeant très importants les événements culturels traditionnels, passant ainsi de 43,0% chez les communautés de petite taille à 52,7% dans les communautés de grande taille. Même constat pour la spiritualité traditionnelle, avec 33,3%* la considérant très importante dans les petites communautés et 41,7% dans les grandes communautés. Cette tendance se poursuit avec la religion, où 34,7%* des personnes vivant dans une petite communauté la considèrent très importante, contre 41,5% dans les grandes communautés.

Graphique 98: Proportions d'adultes considérant les événements culturels traditionnels, la spiritualité et la religion très importants, par nation

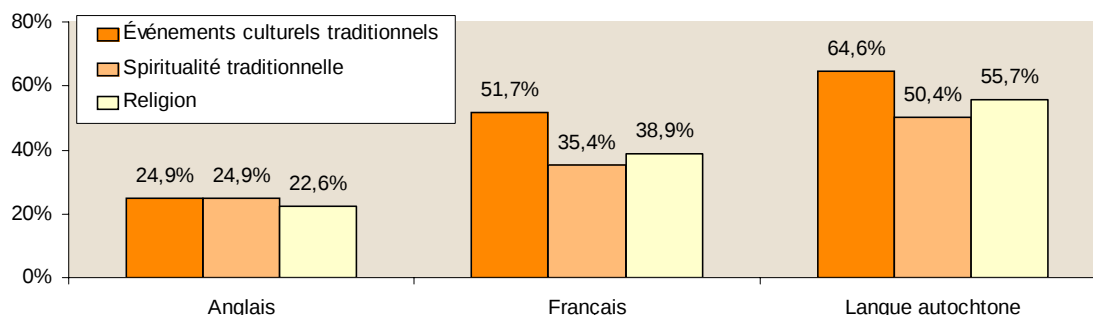


Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

27,6% des Mohawks de Kanasatake et 27,1% des Mi'gmaqs ne jugent pas très importants les événements culturels traditionnels. La spiritualité traditionnelle est un peu importante pour 38,8%* des Abénakis, alors que 27,1%* des Hurons/Wendat, 14,9%* des Mi'gmaqs et 11,8%* des Innus ne la considèrent pas importante du tout. Quant à la religion, près du tiers des Hurons/Wendat, près d'un Mohawk sur cinq, d'un Mi'gmaq sur cinq et d'un Atikamekw sur cinq ne la jugent pas importante.

L'importance des événements culturels et de la spiritualité traditionnels semble être associée à la langue utilisée le plus souvent, comme en témoigne le graphique 99.

Graphique 99: Proportions d'adultes considérant les événements culturels traditionnels, la spiritualité et la religion très importants selon la langue la plus utilisée



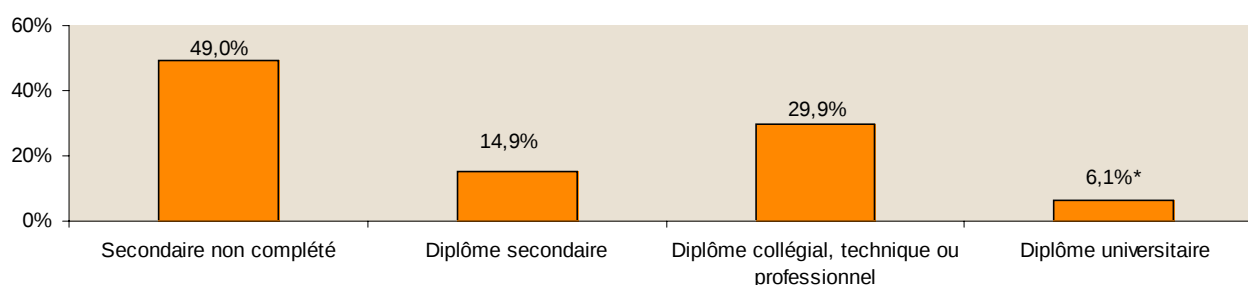
Alors qu'un peu plus de la moitié des individus, indépendamment de leur niveau de scolarité, considèrent que les événements culturels traditionnels sont très importants, les diplômés du secondaire ne sont que 36,2% à partager cette opinion. Même situation pour la spiritualité traditionnelle : 40,0% des adultes, indépendamment de leur niveau de scolarité, la jugent très importante alors que seulement 27,9% des diplômés du secondaire sont de cet avis. Quant à la religion, c'est l'inverse : elle est très importante pour près du tiers des individus (indépendamment de leur niveau de scolarité), alors que 51,9% des non diplômés sont de cet avis.

4.2.3 Éducation

Près de la moitié des adultes ne détiennent pas de diplôme d'études secondaires. Une proportion non négligeable de ces derniers a fréquenté le pensionnat, des milieux souvent moins propices à la réussite scolaire et au développement du goût d'apprendre (la section 3.3.5 « Pensionnats autochtones », au chapitre « Habitudes de vie », précisera ces idées).

Seule différence significative au plan statistique entre les hommes et les femmes : 33,0% des hommes possèdent un diplôme collégial, technique ou professionnel, contre 27,0% des femmes. De plus, 6,4%* des femmes détiennent un diplôme universitaire, contre un pourcentage trop petit chez les hommes pour être valide au plan statistique.

Graphique 100: Niveau de scolarité des adultes



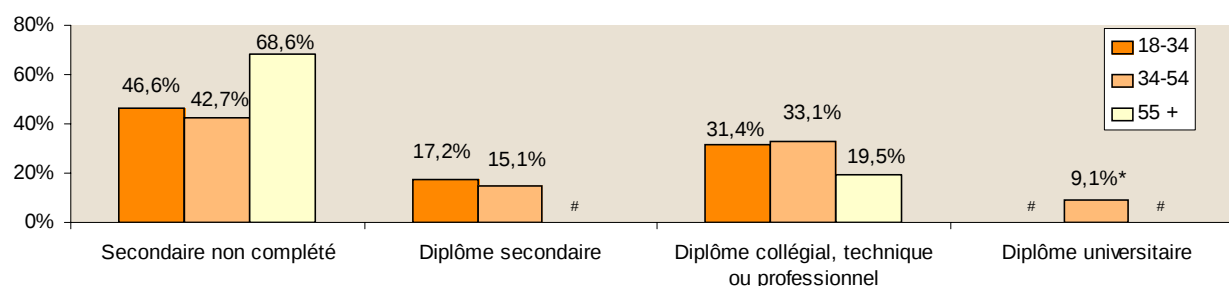


Le niveau de scolarité des adultes semble associé à la taille et au degré d'isolement de la communauté. Ainsi, la proportion d'adultes n'ayant pas complété leurs études secondaires tend à augmenter avec la taille de la communauté, passant de 38,0% chez les petites à 47,4% chez les grandes. Même constat pour les diplômés du collégial, technique ou professionnel, où la proportion de diplômés dans les communautés de petite taille (39,1%) est supérieure à celle des communautés de grande taille (31,0%).

On remarque également un lien entre la taille de la communauté et le pourcentage de travailleurs. Ainsi, on compte 64,9% de travailleurs dans les petites communautés, 51,8% dans les moyennes et 46,3% dans les grandes. On remarque aussi un lien entre l'isolement géographique et le pourcentage de travailleurs. Plus la communauté est isolée et moins elle compte de travailleurs. Les possibilités d'emplois s'avèrent vraisemblablement moins nombreuses en zones 3 ou 4.

Le graphique 101 présente le niveau de scolarité selon le groupe d'âge. Il est tout de même étonnant de constater que les 18 à 34 ans sont plus nombreux à ne pas avoir terminé leurs études secondaires que les 35 à 54 ans. Il semble donc que le décrochage scolaire soit de plus en plus présent.

Graphique 101: Proportions d'adultes selon le niveau de scolarité, par groupe d'âge



Sur les 11,4% d'adultes qui fréquentaient l'école au moment de l'enquête, 48,5% étaient âgés de 18 à 24 ans, 16,0% de 25 à 29 ans, et 9,9% de 30 à 34 ans.

4.2.4 Emploi et revenu

4.2.4.1 Emploi

Parmi les 49,0% d'adultes qui occupaient un emploi au moment de l'enquête, 44,2% ont indiqué qu'ils travaillaient à temps plein. On s'aperçoit que la plus forte proportion de travailleurs se situe dans les groupes d'âge de 30 à 39 ans (59,2%) et de 40 à 49 ans (66,7%), alors que moins de la moitié des jeunes adultes (18 à 29 ans) et des adultes plus âgés (50 à 59 ans) occupent un emploi rémunéré (46,1% et 44,8% respectivement). Les hommes sont légèrement plus nombreux à travailler que les femmes (51,1% pour 47,0%). Ils sont également plus nombreux à occuper un emploi à plein temps (47,2%) que les femmes (41,3%).

Le pourcentage d'adultes ayant un emploi rémunéré diminue avec l'augmentation de la taille de la communauté, passant ainsi de 64,9% dans les petites à 46,3% dans les grandes. La proportion de travailleurs à temps plein suit la même tendance, passant de 60,5% dans les petites communautés à 42,7% dans les grandes communautés.

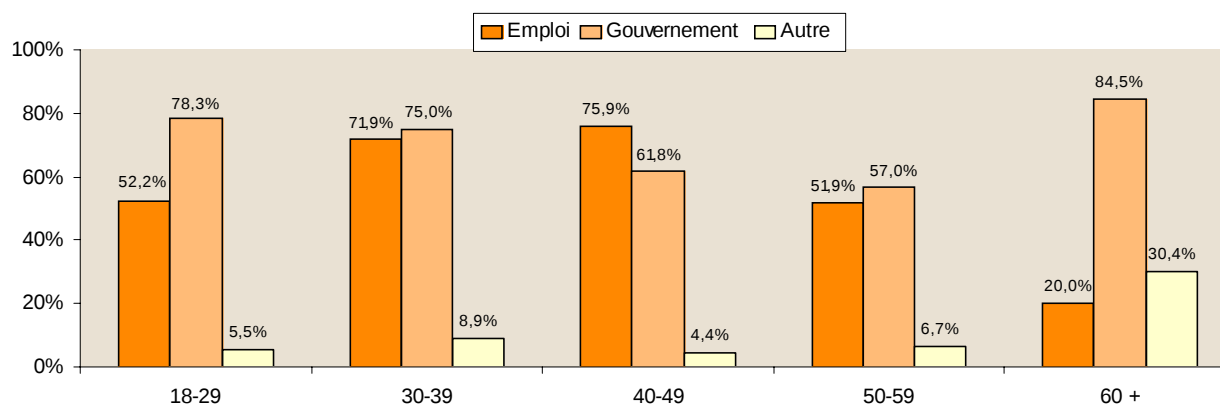
Suivant l'hypothèse que les perspectives d'emploi soient meilleures dans les communautés de zone 1 que de zone 4, on constate que les communautés de zone 1 comptent 54,0% d'adultes ayant un emploi rémunéré, comparativement aux 45,9% en zone 4.

Enfin, les proportions de travailleurs selon les nations gravitent entre 44,8% et 59,4%, les Hurons/Wendat se démarquant avec 67,9% de la population adulte qui a un emploi rémunéré.

4.2.4.2 Sources de revenu

55,0% des individus avaient, au moment de l'enquête, une source de revenu provenant d'un emploi (contre 31,6% en 1997), 46,4% bénéficiaient d'un revenu du gouvernement²⁷ (dont 22,7% ayant deux sources de revenu gouvernemental ou plus) et 9,4% avaient une ou deux sources de revenu ne venant ni d'un emploi ni du gouvernement. Précisons que 20,2% des adultes touchaient de l'assurance-emploi (chômage) (il s'agit du double qu'en 1997) et 23,7% des adultes recevaient de l'assistance-emploi (aide sociale). Rappelons qu'un certain nombre de salariés occupent des emplois saisonniers, reliés notamment à l'industrie du bois ou de la pêche.

Graphique 102: Sources de revenu, par groupe d'âge



Les hommes sont plus nombreux (63,7%) que les femmes (52,0%) à détenir une source de revenu provenant d'un emploi. Cependant, ces dernières sont 80,9% à recevoir un revenu du gouvernement, tandis que chez les hommes, ce pourcentage est de 60,3%. L'explication peut se trouver, entre autres, aux niveaux des soins et de la garde des enfants, prodigués généralement par les femmes. Quant aux revenus provenant d'une source autre que l'emploi ou le gouvernement, un pourcentage de 12,8% de femmes en bénéficient, alors que le pourcentage d'hommes n'est pas significatif au plan statistique.

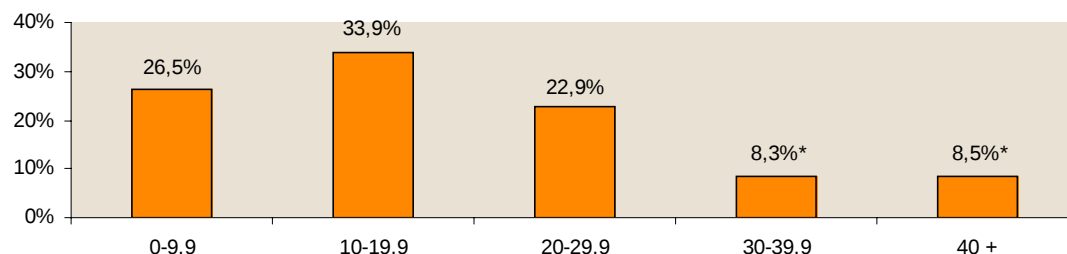
L'isolement semble avoir une incidence sur la ou les sources de revenu des individus. Ainsi, 63,2% des personnes vivant en zone 1 ont indiqué recevoir un revenu provenant d'un emploi. Dans les communautés plus isolées, ce pourcentage est à la baisse : 48,1% en zone 2, 58,1% en zone 3 et 44,7% en zone 4. En ce qui concerne les personnes recevant un revenu provenant du gouvernement, elles sont 68,8% en zone 1, 80,3% en zone 2, 67,1% en zone 3 et 77,7% en zone 4.

Finalement, soulignons qu'il se peut que certains individus aient perçu, au cours des 12 mois précédant l'enquête, une ou plusieurs sources de revenu provenant du gouvernement, ainsi qu'une source de revenu provenant d'un emploi.

²⁷ Assurance-emploi, assistance-emploi, sécurité de la vieillesse de base, prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec, pension d'ancien combattant, prestation fiscale pour enfant, indemnités des accidents de travail, allocation pour personne handicapée, étude ou formation.



Graphique 103: Revenu annuel individuel (exprimé en milliers de dollars) (2001)²⁸

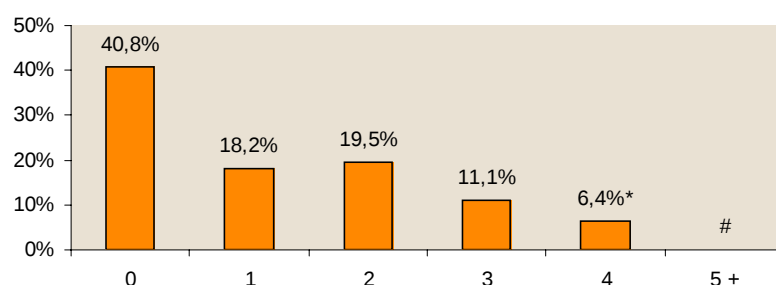


En observant le revenu individuel, on constate qu'au moins un membre des Premières Nations sur cinq vit sous le seuil de la pauvreté.

4.2.5 Renseignements sur le ménage

4.2.5.1 Nombre d'enfants à la maison

Graphique 104: Répartition du nombre d'enfants (0-17 ans) par ménage



Selon des commentaires recueillis lors de la session d'interprétation des résultats préliminaires, certains individus ont mentionné qu'il y a une vingtaine d'années, les filles commençaient à tomber enceintes vers 14 ou 15 ans, alors qu'aujourd'hui, avec les moyens contraceptifs et les avortements, les grossesses à terme sont retardées vers les 20 ans. Toutefois, il n'est pas rare dans certaines communautés de voir des jeunes filles enceintes à 12 ou 13 ans.

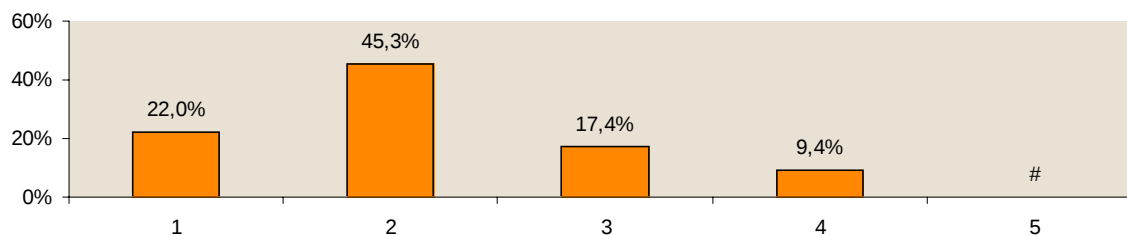
Les ménages des communautés de petite taille comptent en moyenne 0,78 mineur. Cette moyenne augmente à 1,52 dans les communautés de grande taille. 58,4% des adultes des communautés de petite taille vivent dans un ménage ne comptant aucun enfant, contre 35,7% dans les communautés de grande taille. Les communautés en zone 4 comptent une moyenne d'enfants par ménage (1,96) supérieure à celle des communautés de zone 1 (1,08). Notons toutefois que les communautés de zone 2 affichent la plus haute moyenne, avec 2,48 enfants par ménage.

²⁸ « Québec a défini lui-même le niveau de ce seuil. De manière transitoire, il sera fixé à 10 800 \$ pour une personne seule, 15 500\$ pour un couple sans enfant et une personne chef de famille monoparentale avec un enfant, et 18 200 \$ pour une personne chef de famille monoparentale avec deux enfants et un couple avec un enfant. Dans le cas d'une personne chef de famille monoparentale avec trois enfants ou plus comme dans celui d'un couple avec deux enfants, le seuil est de 22 000\$. Pour ce qui est des familles de plus de trois enfants, il s'élève à 24 500\$ » (Lévesque, K. et Chouinard, T., *Le Devoir*, lundi 10 novembre 2003).

À notre avis, et le simple bon sens le prescrit, le seuil de pauvreté des individus vivant en communautés éloignées devrait être sensiblement plus élevé, compte tenu des frais de transport et de services. Le seuil de pauvreté est donc un indicateur sensible qui varie selon la région.

4.2.5.2 Nombre d'adultes à la maison

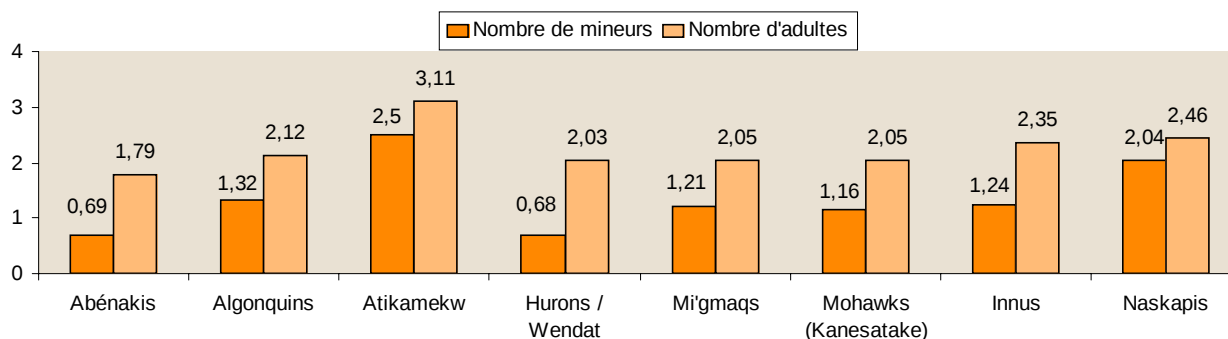
Graphique 105: Répartition du nombre d'adultes par ménage



50,8% des individus sont mariés ou en union de fait. Le nombre limité et insuffisant de logements disponibles dans les communautés, le surpeuplement et les coûts peuvent expliquer que 34,7% des célibataires ne vivent pas seuls. Des précisions ont été apportées dans la section « la Santé des enfants » du présent rapport, où l'on a examiné avec qui l'enfant habite la plupart du temps (parents biologiques, grands-parents, tantes, etc.).

Le pourcentage de ménages comptant seulement 2 adultes diminue progressivement avec l'isolement de la communauté, passant ainsi de 49,0% en zone 1 à 40,8% en zone 4. La tendance s'inverse pour les ménages comptant 3 adultes; on observe un pourcentage de 15,5% en zone 1 alors qu'il est de 20,3%* dans les communautés de la zone 4.

Graphique 106: Nombre moyen de mineurs (0 à 17 ans) et d'adultes dans le ménage, par nation

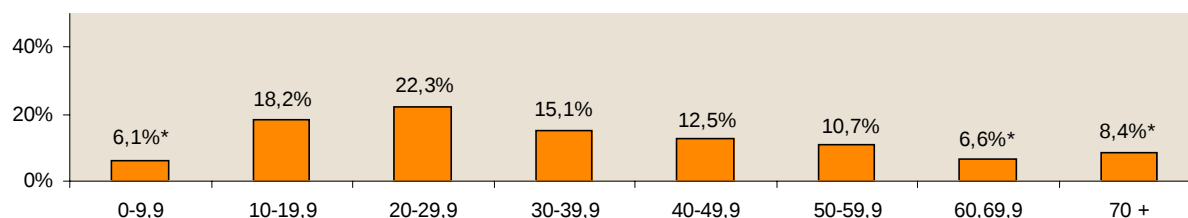


Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

4.2.5.3 Revenu annuel du ménage

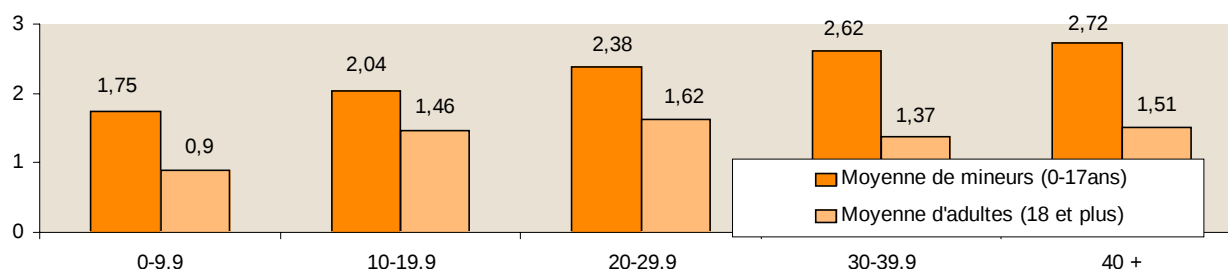
Le revenu du ménage inclut toute forme de revenu provenant des individus au sein du ménage. Il est illustré par le graphique 107. Le graphique 108, quant à lui, démontre que l'augmentation du revenu du ménage augmente de façon constante avec le nombre d'adultes à la maison.

Graphique 107: Revenu annuel du ménage (exprimé en milliers de dollars) (2001)



Spécifions que le seuil de pauvreté est de 18 200\$ pour une famille monoparentale avec deux enfants ou un couple avec un enfant. Dans le cas d'une famille monoparentale avec trois enfants ou plus, le seuil de pauvreté est de 22 000\$, tout comme dans le cas d'un couple avec deux enfants. Enfin, le seuil de la pauvreté est de 24 500\$ pour les familles de plus de trois enfants.

Graphique 108: Nombre moyen de mineurs (0 à 17 ans) et d'adultes (18 ans et plus) à la maison selon le revenu du ménage (exprimé en milliers de dollars) (2001)

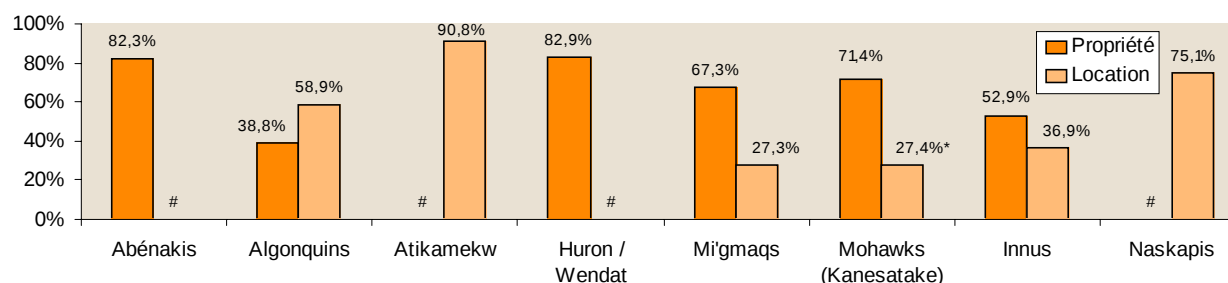


4.2.6 Logement

47,7% des individus vivent dans un domicile dont eux, ou un autre membre du ménage, en sont le propriétaire. Le pourcentage de personnes vivant dans une propriété privée augmente avec les groupes d'âge, passant ainsi de 39,0% pour les 18 à 29 ans, à 53,7% pour les 40 à 49 ans et à 59,4% pour les 60 ans et plus.

Les communautés de petite taille comptent davantage de personnes vivant dans une propriété privée (70,0%) que les autres communautés (moyenne de 43,8%). On compte 58,7% des personnes vivant dans une propriété dans les communautés de zone 1 contre 30,0% dans les communautés de zone 4. Les communautés de zone 2 n'en comptent que 11,7%*, contre une proportion non significative au plan statistique en zone 3. Alors que 34,5% des individus de zone 1 habitent un logement dont le conseil de bande est propriétaire, ce pourcentage est nettement plus élevé dans les autres zones, soit 87,6% en zone 2, 95,7% en zone 3 et 91,4% en zone 4.

Graphique 109: Statut du logement par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

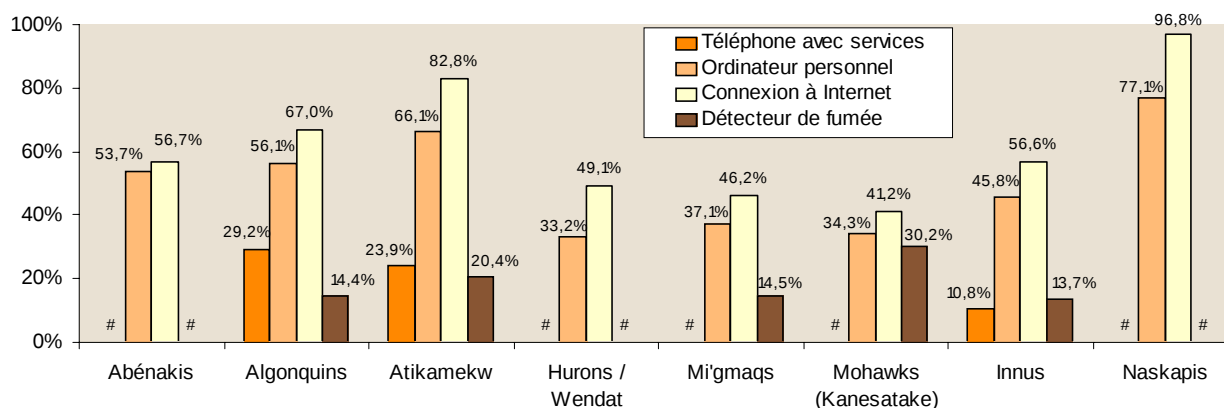
En ce qui a trait aux divers accessoires et services ménagers :

- 99,1% des membres des Premières Nations ont l'eau courante et l'électricité;
- 94,9% déclarent posséder une toilette à chasse d'eau, une fosse septique ou service d'égouts et un service de collecte des ordures;
- 99,3% ont un réfrigérateur et une cuisinière;
- 84,9% possèdent un détecteur de fumée et 56,7% un extincteur.
- 85,8% possèdent une ligne téléphonique et 39,2% une connexion à internet.

Tableau 29: Proportions d'adultes ayant accès à divers biens et services ménagers, selon la zone géographique

Services et appareils ménagers	Zone géographique de la communauté			
	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Détecteur de fumée	86,4%	77,0%	84,0%	88,4%
Détecteur de monoxyde de carbone	10,3%	14,1%	8,1%	2,0%
Extincteur d'incendies	53,9%	84,6%	62,5%	66,9%
Téléphone avec services	86,7%	70,3%	79,9%	81,7%
Ordinateur	55,1%	32,6%	35,2%	30,7%
Connexion à Internet	45,3%	12,3%	28,3%	14,2%
Réfrigérateur	99,5%	100,0%	100,0%	100,0%
Cuisinière	99,7%	100,0%	100,0%	100,0%
Électricité	99,7%	99,5%	100,0%	100,0%
Eau froide courante	99,8%	99,5%	100,0%	100,0%
Eau chaude courante	99,5%	99,5%	99,6%	100,0%
Toilette à chasse d'eau	99,9%	99,5%	100,0%	100,0%
Fosse septique ou un service d'égouts	97,5%	96,4%	99,1%	87,8%
Service de collecte des ordures ménagères	99,4%	97,1%	98,7%	95,1%

Graphique 110: Ménages n'ayant pas accès à certains biens et services, par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

Pour 88,4% des adultes, l'eau courante constitue la principale source d'approvisionnement en eau du ménage, alors que 10,8% optent pour un puits individuel ou partagé. 28,2% des individus ne considèrent pas l'eau provenant de leur principale source d'approvisionnement potable. Les aînés de 60 ans et plus dressent

un jugement plus sévère, 36,8% ne la considérant pas potable, alors que les groupes d'âge regroupant les adultes de moins de 60 ans présentent des proportions variant entre 24,9% et 28,9%.

Les ménages des communautés de petite taille reposent à 99,7% sur l'approvisionnement local ou communautaire en eau courante. Ce pourcentage descend à 88,5% chez les communautés de moyenne et grande tailles. À l'inverse, 29,1% des Algonquins et de 74,8% des Mohawks de Kanesatake s'approvisionnent en eau courante grâce à un puits. Enfin, bien que 92,8% des Naskapis utilisent l'approvisionnement local en eau, 82,8% ne considèrent pas cette source potable.

Finalement, pour qu'un logement soit adéquat, il doit répondre à trois conditions²⁹ :

- qualité convenable (qui ne nécessite pas de réparations importantes);
- taille convenable (qui comprend un nombre suffisant de chambres);
- coût abordable (dont les coûts de logement représentent moins de 30% du revenu du ménage avant impôt).

Examinons maintenant ce qu'il en est avec ces trois conditions dans les communautés ayant participé à l'enquête.

4.2.6.1 Qualité du logement

Puisque 25,1% des membres des Premières Nations déclarent la nécessité de réparations majeures, on peut en déduire qu'environ un logement sur quatre est inférieur aux normes quant à sa qualité. Ajoutons que 29,7% des adultes signalent que leur logement nécessite des réparations mineures, 35,1% des travaux de maintenance régulière, alors que seulement 10,0% des adultes considèrent qu'aucune réparation n'était nécessaire au moment de l'enquête. De plus, notons que 35,8% des individus auraient remarqué la présence de moisissures dans leur maison dans les 12 mois précédant l'enquête, ce qui peut affecter passablement leur état de santé général.

21,5% des adultes de la zone 1 ont affirmé que leur logement nécessitait des réparations majeures, cette proportion grimpe à 46,9% en zone 4. L'écart est similaire en ce qui a trait à la maintenance régulière. En effet, 37,7% des adultes en zone 1 affirment que leur logement a besoin de maintenance régulière, comparativement à 15,3%* en zone 4. La présence de moisissures suit la même tendance, passant de 31,0% en zone 1 à 54,6% en zone 4.

Enfin, les nations qui se démarquent en regard des réparations majeures sont les Naskapis (58,3%), et les Mohawks de Kanesatake (36,8%).

4.2.6.2 Taille du logement

Les logements ont une moyenne de 6 pièces, excluant les salles de bain, les entrées, la salle de lavage et les hangars attenants. En établissant un ratio d'une personne par pièce³⁰, 9,7% des logements seraient surpeuplés.

Pour ce qui est des différences entre les nations, on constate que près du tiers des logements des Atikamekw seraient, selon ce ratio, surpeuplés, ainsi qu'un logement sur huit chez les Naskapis. En ce qui concerne les autres nations, nous n'obtenons pas de pourcentages significatifs au plan statistique à cet effet. Par contre, on constate que 31,6% des logements en zone 2 et 27,3% en zone 3 sont surpeuplés. À titre comparatif, ce sont 4,6% des logements en zone 1 et 12,7% des logements en zone 4 qui sont surpeuplés.

²⁹ SCHL, septembre 2002, « Études spéciales sur les résultats du recensement de 1996 : conditions de logement des ménages indiens de l'Amérique du Nord, Métis et Inuits au Canada », *Le point de recherche*, Canada, no 55-10, p. 1.

³⁰ « Selon la Norme nationale d'occupation, ' suffisamment de chambres ' signifie une chambre pour chacune des catégories d'occupants suivantes : couple d'adultes qui cohabitent; personne seule de 18 ans ou plus faisant partie du ménage; deux enfants de même sexe âgés de moins de 18 ans; fille ou garçon additionnel dans la famille, sauf s'il y a deux enfants de sexe opposé âgés de moins de cinq ans, qui peuvent partager la même chambre. Un ménage composé d'une personne seule peut occuper un studio (c'est-à-dire un logement sans chambre distincte) » (<http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/obloca/ablo2004/#31>).

On comprendra qu'il nous est impossible d'établir précisément, avec des détails si pointus, l'occupation réelle des logements.

Enfin, un logement sur dix dans les communautés de taille moyenne et la même proportion dans les communautés de grande taille seraient surpeuplés.

4.2.6.3 Coût du logement

Puisque l'enquête n'a pas documenté le coût moyen des loyers, il nous est impossible d'élaborer sur ce sujet.

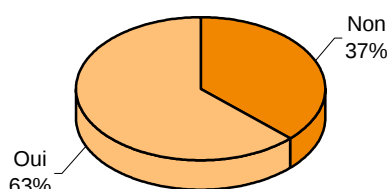
4.3 État de santé

4.3.1 État de santé général

L'état de santé des membres des Premières Nations a été évalué à l'aide d'une série de questions sur les maladies, l'hygiène dentaire, les blessures physiques, l'invalidité et les limitations d'activités ainsi que la perception des services de santé et de leur utilisation. La moitié de la population estime avoir un état de santé excellent ou très bon (60,7% de la population de 15 ans et plus dans la population québécoise partage le même avis sur leur état de santé)³¹. Pourtant, en comparaison avec les résultats du rapport sur l'analyse et l'interprétation de l'enquête régionale longitudinale de 1997, la prévalence de certaines maladies chroniques telles que le diabète et les problèmes respiratoires a augmenté. Effectivement, en comparaison avec le rapport régional de 1997, le bilan de santé des Premières Nations ne va pas en s'améliorant. Enfin, plus de la moitié des individus des Premières Nations, soit 63,0%, affirment être atteints de problèmes médicaux.

4.3.1.1 Adultes atteints de problèmes médicaux

Graphique 111: Proportions d'adultes déclarant divers problèmes médicaux



Parmi les problèmes médicaux mentionnés par les adultes, ce sont les problèmes musculo-squelettiques et cardiovasculaires qui obtiennent les prévalences les plus élevées, comme nous pouvons l'observer dans le tableau suivant.

Tableau 30: Proportions d'adultes déclarant divers problèmes médicaux

Problèmes médicaux	% d'adultes
Problèmes musculo-squelettiques	23,3%
Problèmes cardiovasculaires	21,8%
Allergies	18,6%
Problèmes respiratoires	15,0%
Diabète	14,5%
Problèmes visuels et auditifs	13,0%
Problèmes du système digestif	11,7%
Problèmes de la glande thyroïde	7,1%
Problèmes neurologiques et cognitifs	5,9%*

³¹ Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*, p. 55. (http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf2005/donn_sociale05c3.pdf). Notons qu'en 2003, cette proportion diminuait à 56,6%.



Pour les membres des Premières Nations, le fait d'être heureux et satisfait est le principal critère pour être en bonne santé, suivi de près par le fait de bien dormir et de prendre du repos ainsi que d'avoir un bon soutien social. Pour les personnes âgées entre 18 et 29 ans, le fait d'être heureux et satisfait est le critère le plus important, tandis que pour les personnes âgées de 60 ans et plus, le critère le plus important est d'avoir un bon soutien social.

En règle générale, les raisons invoquées par les membres des Premières Nations pour être en bonne santé (avoir une alimentation saine, un bon équilibre de vie, etc.), sont plus importantes pour les femmes que pour les hommes. Par contre, le fait de faire de l'exercice régulièrement est nettement plus important pour 61,3% des hommes, comparativement à 46,9% des femmes.

En général, plus de femmes que d'hommes, et plus de diplômés que de non diplômés sont au fait des facteurs qui influencent l'état de santé. Ces personnes considèrent plus d'éléments et de facteurs dans la perception de leur état de santé. Notons que le seul facteur perçu comme favorisant une excellente ou une très bonne santé qui semble plus important pour les personnes ne détenant aucun diplôme est le fait de vivre peu de stress.

Dans cette section, nous avons analysé les maladies les plus fréquentes au sein des Premières Nations. Certaines maladies, telles que l'ostéogénèse imparfaite et le lupus, maladies nouvelles et rares, n'ont pas été traitées dans ce chapitre. D'autres techniques de recherche que celles que nous avons employées pour cette enquête seraient nécessaires pour documenter l'occurrence et le contexte de ces maladies.

Les maladies et les problèmes médicaux, telles que le diabète et les problèmes cardiovasculaires, représentent une menace pour l'avenir des Premières Nations et un fardeau en ce qui a trait aux coûts reliés à la santé. Ces maladies entraînent par exemple des limitations en ce qui a trait aux activités chez les individus atteints et une demande accrue pour les soins et les services à domicile. De plus, elles peuvent engendrer d'autres troubles de santé. Par exemple, le diabète est connu pour causer la cécité, des maladies cardiaques, des amputations, des atteintes nerveuses et des accidents cérébrovasculaires.

4.3.1.2 Facteurs de risque et constats généraux

Dans l'ensemble, la prévalence des maladies et des problèmes médicaux augmente avec l'âge. Par contre, les problèmes respiratoires et les allergies sont fréquemment diagnostiqués chez une population plus jeune, comparativement aux autres maladies. De plus, les personnes âgées entre 18 et 29 ans sont davantage atteintes d'allergies que les personnes âgées entre 50 et 59 ans. Ce fait laisse présumer qu'il y aurait de nouveaux facteurs de risque liés à ces maladies, pouvant être, par exemple, d'ordre environnemental (habitations, établissements de loisirs et de travail et pollution dans son ensemble, etc.).

Les femmes sont généralement plus atteintes par les maladies ou les problèmes médicaux que les hommes, à l'exception des problèmes visuels et auditifs. Spécifions que ces résultats proviennent des cas de maladies chroniques qui étaient déclarés au moment de l'enquête. Nous pouvons émettre l'hypothèse la prévalence des maladies et des problèmes médicaux chez les hommes soit moins élevée que celle chez les femmes³² étant donné qu'ils consultent moins les professionnels de la santé. Enfin, les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes, ce qui peut également expliquer, en partie, les prévalences plus élevées de problèmes médicaux³³.

³² « L'utilisation plus répandue des services des médecins chez les Québécoises que chez les Québécois se vérifie pour tous les groupes d'âge, sauf celui des 65 ans et plus où l'écart entre les femmes et les hommes n'est pas statistiquement significatif (90% contre 88%) » (Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*, p. 60).

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf2005/donn_sociale05c3.pdf.

³³ En 2001-2003, au Québec, l'espérance de vie des femmes, à 65 ans, dépasse de 23,0% celle des hommes. Elles peuvent donc s'attendre à vivre 3,8 années de plus que les hommes. (Institut de la statistique du Québec, 2005, *Données sociales du Québec*, p. 44).

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf2005/donn_sociale05c2.pdf.

Tableau 31: Proportions d'adultes déclarant être atteints de divers problèmes médicaux, par sexe

Problèmes médicaux	Homme	Femme
Problèmes médicaux en général	59,2%	66,2%
Problèmes musculo-squelettiques	22,9%	23,7%
Problèmes respiratoires	14,2%	15,7%
Problèmes visuels et auditifs	15,0%	11,0%*
Problèmes neurologiques et cognitifs	#	6,8%*
Problèmes cardiovasculaires	21,2%	22,3%
Problèmes du système digestif	9,3%	14,0%
Allergies	15,2%	22,0%
Problèmes de la glande thyroïde	#	10,2%*
Diabète	12,5%	16,4%

La zone géographique semble associée au nombre de personnes atteintes de problèmes médicaux, passant ainsi de 65,0% en zone 1 à 50,0% en zone 4. Les problèmes musculo-squelettiques, respiratoires, cardiovasculaires et les problèmes du système digestif présentent des différences marquées selon le degré d'isolement de la communauté : celles situées en zone 1 présentent ainsi des proportions plus élevées qu'en zone 4.

Nous verrons ultérieurement que c'est en zone 3 et en zone 4 qu'apparaît la proportion la plus élevée d'adultes qui affirment que le manque de médecins ou d'infirmières représente un obstacle important à l'accès aux services de santé, soit 35,5% des adultes en zone 3 et 30,9% en zone 4. Quant à la non disponibilité des services de santé, la zone 3 se démarque également avec une proportion d'adultes de 49,7% qui estiment qu'il s'agit d'un obstacle d'accessibilité aux services de santé. Enfin, 22,8% des individus vivant en zone 4 critiquent le manque d'établissements de santé.

Ensuite, bien que le revenu individuel ne semble pas avoir une incidence prédominante sur les problèmes médicaux, certains faits sont intéressants. Par exemple, les personnes ayant un revenu entre 10 000\$ et 19 000\$, se situant autour du seuil de pauvreté, sont les plus touchées par la maladie, tandis que les personnes ayant un revenu entre 0\$ et 9 999\$, se situant sous le seuil de pauvreté, sont les moins touchées. Ensuite, les personnes ayant un revenu de 10 000\$ à 19 000\$ et celles ayant un revenu de 40 000\$ et plus obtiennent les proportions les plus élevées de problèmes cardiovasculaires et de diabète.

Tableau 32: Proportions d'adultes atteints de divers problèmes médicaux selon le revenu annuel individuel (exprimé en milliers de dollars)

Problèmes médicaux	0 - 9,9	10 - 19,9	20 - 29,9	30 - 39,9	40 +
Problèmes médicaux en général	60,6%	65,6%	63,6%	63,8%	63,8%
Problèmes musculo-squelettiques	25,6%	23,6%	22,1%	24,9%*	16,4%*
Problèmes respiratoires	15,6%*	17,7%	14,5%*	#	#
Problèmes visuels et auditifs	11,8%*	17,3%	13,7%*	#	#
Problèmes cardiovasculaires	17,7%	24,5%	21,7%	19,2%*	27,3%*
Problèmes du système digestif	13,1%*	14,2%*	10,4%*	#	#
Allergies	16,3%	19,4%	19,8%	19,8%*	23,2%*
Problèmes de la glande thyroïde	#	8,5%*	#	#	#
Diabète	14,1%*	17,4%	11,7%*	11,7%*	15,5%*

En conclusion, il faut mentionner que les personnes ayant répondu ne pas avoir d'emploi semblent plus atteintes de maladies et de problèmes médicaux que celles ayant un emploi rémunéré. En effet, 67,3% des adultes sans emploi sont atteints de problèmes médicaux, comparativement à 58,4% des travailleurs.



4.3.1.3 Poids, embonpoint et obésité

Les tableaux ci-dessous résument les résultats relatifs au poids et à la taille des adultes par sexe.

Tableau 33: Taille et poids moyens des adultes, par sexe

	Homme	Femme
Taille (cm)	175,5	162,3
Poids (kg)	87,7	76,2

Tableau 34: Proportions d'adultes selon les catégories de l'indice de masse corporelle (IMC)³⁴

Catégorisation de l'IMC	Homme	Femme	Total
Poids insuffisant	#	#	1,4%
Poids normal	25,5%	27,4%	26,4%
Embonpoint	41,2%	32,2%	36,9%
Obésité	27,7%	32,7%	30,1%

Bien qu'un individu sur quatre affiche un poids normal, plus des deux tiers de la population adulte souffrent d'embonpoint ou d'obésité. En comparant le poids des individus selon leur niveau d'éducation, on remarque que les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires comptent la plus grande proportion d'obèses (33,3%, contre 24,6% pour les personnes ayant un diplôme d'études secondaires) et la plus petite proportion de personnes ayant un poids normal (22,8%, comparativement à 31,7% pour les personnes ayant un diplôme d'études secondaires).

La proportion de personnes souffrant d'obésité dans les communautés de zone 4 atteint 43,3%, comparativement à 27,3% dans les communautés de zone 1. Par contre, la proportion d'individus souffrant d'embonpoint suit la tendance inverse, passant de 27,5% en zone 4 à 38,5% en zone 1. Dans les communautés de zone 1, 27,9% des individus affichent un poids normal, alors que dans les communautés de zone 4, ce pourcentage n'est pas significatif sur le plan statistique, on ne peut conséquemment pas en tenir compte. Alors que moins du tiers des adultes des communautés de petite et moyenne tailles souffrent d'obésité, on en trouve plus du tiers dans les communautés de grande taille.

Les 18 à 29 ans se démarquent positivement des autres groupes d'âge. Ils affichent ainsi le plus haut pourcentage d'individus ayant un poids normal (38,1%) et le plus bas pourcentage d'embonpoint (30,9%) et d'obésité (25,5%). En comparaison, les pourcentages des autres groupes d'âge varient entre 15,8% et 26,4% en ce qui concerne ceux ayant un poids normal, et entre 36,3% à 44,2% pour ceux souffrant d'embonpoint et entre 29,6% et 32,6% pour ceux souffrant d'obésité. Il n'en demeure pas moins que 56,4% des 18 à 29 ans n'ont pas un poids normal.

On remarque que la proportion d'adultes ayant un poids normal diminue de façon constante avec l'augmentation du revenu individuel, passant de 30,4% pour les adultes ayant un revenu de moins de 10 000\$ à 19,4% pour ceux gagnant 40 000\$ et plus.

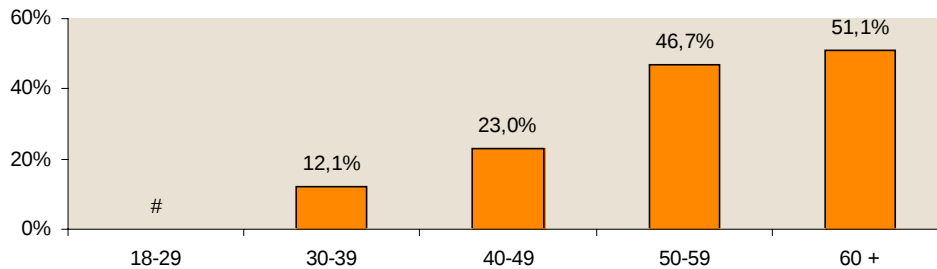
Finalement, il faut spécifier que certains facteurs comme la scolarité et le revenu sont souvent interreliés, bien que nous les interprétions de façon séparée. Rappelons que la santé est influencée par une multitude de déterminants (éducation, revenu, environnement, logement, génétique, etc.) et que la situation de l'individu dans son ensemble influence sa santé et son poids.

³⁴ L'indice de masse corporelle est un outil utilisé pour déterminer le poids santé d'un individu. En calculant le poids (kg) d'un individu divisé par sa taille au carré (mètres), on obtient l'indice de masse corporelle. Chez les enfants et les adolescents, on applique cet indice à une charte de croissance qui nous indique dans quelle catégorie de poids le sujet se situe : poids insuffisant, poids normal, embonpoint ou obésité.

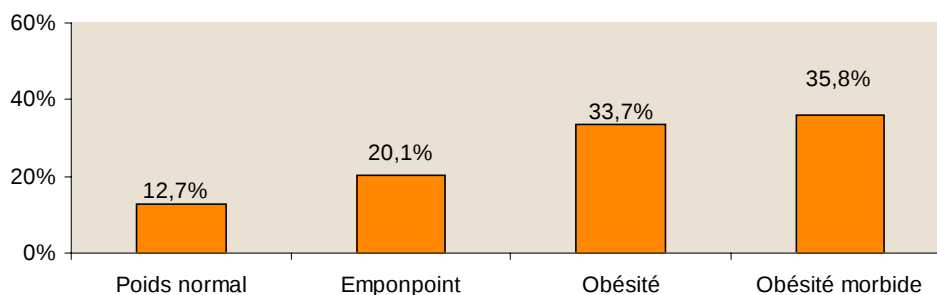
4.3.1.4 Problèmes cardiovasculaires

Les problèmes cardiovasculaires, maladies qui touchent plusieurs membres des Premières Nations, regroupent les accidents cérébrovasculaires, l'hypertension artérielle et les troubles du cœur. Les proportions d'individus atteints de ces maladies augmentent en fonction de l'âge, de même qu'en fonction du poids (IMC) des individus, tel que démontré dans les deux graphiques suivants.

Graphique 112: Proportions d'adultes atteints de problèmes cardiovasculaires, par groupe d'âge

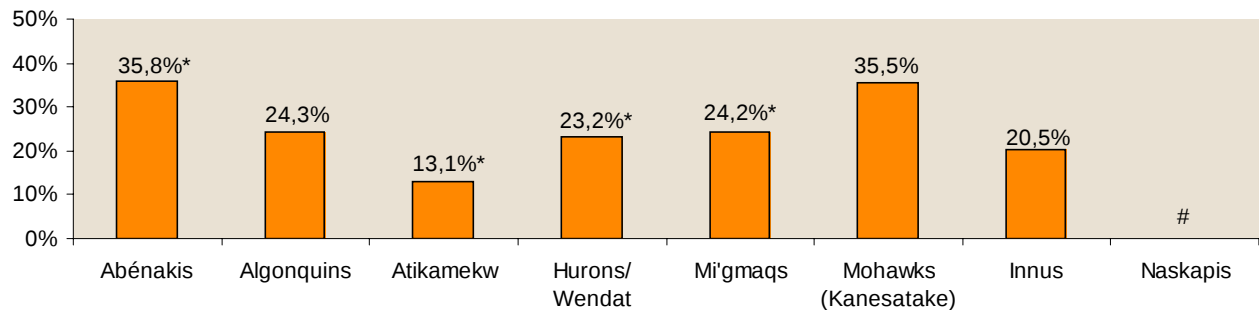


Graphique 113: Proportions d'adultes atteints de problèmes cardiovasculaires selon leur catégorie de l'Indice de masse corporelle (IMC)



D'autres facteurs de risque sont à prendre en considération pour comprendre les facteurs contribuant à l'état de santé des individus. Les personnes sans emploi sont plus touchées par les maladies cardiovasculaires que celles ayant un emploi, soit 25,1% contre 18,6%. Celles ne détenant aucun diplôme sont aussi plus touchées par rapport à celles détenant un diplôme. De toute évidence, ces deux facteurs sont souvent reliés, puisque les individus détenant un emploi ont généralement un niveau de scolarité plus élevé.

Les cas des Abénakis et des Mohawks de Kanesatake, en ce qui a trait à l'étude des facteurs de risque liés à l'influence de l'environnement social sur la santé, sont intéressants. En effet, les Abénakis et les Mohawks de Kanesatake affichent les plus hautes prévalences de maladies cardiovasculaires au sein des différentes nations, comme le démontre le graphique suivant.

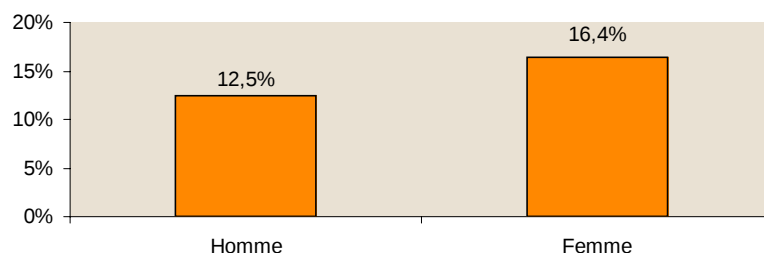
**Graphique 114: Proportions d'adultes atteints de problèmes cardiovasculaires, par nation**

Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

Dans le cas des Abénakis, il s'agit de la nation où la population est la plus âgée, ce qui est un facteur à prendre en compte. Bien sûr, le fait que la population soit plus âgée influence le pourcentage de maladies cardiovasculaires au sein de cette nation.

4.3.1.5 Diabète

« Diabète Québec estime à près de 500 000 le nombre de personnes qui vivent avec le diabète, soit 7 % de la population québécoise. De ce nombre, environ 200 000 ne le savent pas »³⁵. Chez les Premières Nations du Québec, au moins 14,5% de la population adulte est atteinte de diabète (16,4% des femmes et 12,5% des hommes).

Graphique 115: Proportions d'adultes atteint du diabète, par sexe

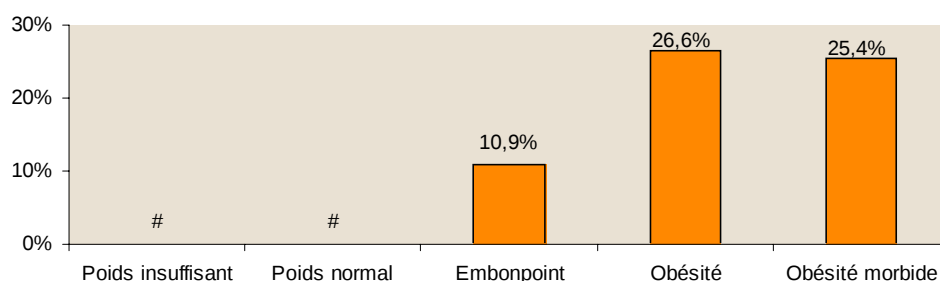
Le diabète est une maladie pouvant avoir plusieurs répercussions sur l'état de santé des adultes atteints, entraînant donc plusieurs complications. Plus de 35,9% des personnes atteintes du diabète (incluant tous les types³⁶) affirment avoir des problèmes aux mains et aux pieds qui sont reliés à la maladie, 29,7% des problèmes visuels, 24,8% des problèmes aux membres inférieurs et 21,5% des problèmes de circulation sanguine. Il semble que les hommes atteints de diabète soient plus touchés que les femmes par ces répercussions. De plus, les personnes vivant dans des communautés de grande taille sont également plus touchées par les problèmes physiques que peut entraîner le diabète.

L'indice de masse corporelle (IMC) est un facteur de risque important du diabète; plus l'indice augmente, plus le risque de diabète augmente. Le pourcentage de diabétiques augmente également de façon significative avec l'âge et plafonne aux alentours de la cinquantaine. En ce qui concerne le diabète de type 2, il représente 73,3% des cas de diabète chez les hommes et 76,1% chez les femmes. Quant au diabète gestationnel, 7,9% des femmes enceintes en sont ou en ont été atteintes.

³⁵ http://www.diabete.qc.ca/html/salle_de_presse/diabete_chiffres.html

³⁶ Inclut : le diabète de type 1 (connu auparavant sous le nom de diabète insulino-dépendant), le diabète de type 2 (connu auparavant sous le nom de diabète non insulino-dépendant), le diabète gestationnel (limité à la grossesse) et l'état prédiabétique (qui comprend la tolérance et l'intolérance au glucose).

Graphique 116: Proportions d'adultes atteints du diabète selon les catégories de l'indice de masse corporelle (IMC)



Rappelons que 14,5% des adultes des Premières Nations sont atteints du diabète. Parmi ceux-ci, 96,1% des personnes affirment suivre un traitement. Plus de la moitié des personnes (51,1%) qui traitent leur diabète ont indiqué qu'elles faisaient davantage attention à leur régime alimentaire. Le traitement le plus utilisé par ces personnes demeure toutefois la consommation de médicaments (autres que l'insuline), soit 69,8% des personnes atteintes. De plus, 43,3% pratiquent des activités physiques, 25,5% ont recours à l'insuline et 11,9% ont recours à la médecine traditionnelle.

Tableau 35: Proportions d'adultes ayant reçu divers traitements pour contrôler le diabète

Types de traitement	% de diabétiques
Pilules	69,8%
Régime	51,1%
Exercice	43,3%
Insuline	25,5%
Médecine traditionnelle	11,9%*

79,6% des personnes atteintes affirment que leur diabète a suscité l'adoption d'un style de vie plus sain. 62,1% des 18 à 34 ans qui traitent leur diabète affirment le faire, entre autres, en faisant attention à leur régime alimentaire. Chez les 35 à 54 ans, 56,0% s'en remettent aux activités physiques. Les personnes âgées de 55 ans et plus sont, quant à elles, celles qui obtiennent les plus hautes proportions de traitement à l'insuline ou aux pilules.

Plus des trois quarts des diabétiques (76,2%) sont atteints du diabète de type 2. Cette proportion augmente avec l'âge, mais nous pouvons tout même noter que 45,3% des diabétiques de 18 à 34 ans sont atteints du diabète de type 2. Ce pourcentage est inquiétant car ce type de diabète touche habituellement les personnes plus âgées.

Plus de 61,8% des personnes atteintes fréquentent ou ont fréquenté une clinique du diabète. Quant à celles n'ayant pas consulté ces cliniques, la raison la plus fréquemment mentionnée pour ne pas s'y rendre est qu'elles considèrent avoir déjà toutes les informations suffisantes sur le diabète. Parmi les personnes se considérant comme étant suffisamment informées, les femmes sont plus nombreuses que les hommes (58,0% et 52,6% respectivement). Cette légère différence pourrait être liée au fait que ce sont plutôt les femmes qui s'occupent de l'alimentation de la famille et qu'on peut supposer qu'elles se préoccupent davantage de leur état de santé que les hommes.

La fréquentation des cliniques de diabète augmente avec l'âge, tout comme la fréquence de vérification du taux de glycémie. En effet, 39,8% des diabétiques de 18 à 34 ans ont mentionné qu'ils n'avaient pas vérifié leur taux de glycémie dans les deux semaines précédant l'enquête, alors que 40,8% des 35 à 54 ans et 41,9% des 55 ans et plus ont affirmé avoir vérifié leur taux de glycémie une fois par jour dans les deux semaines précédant l'enquête.

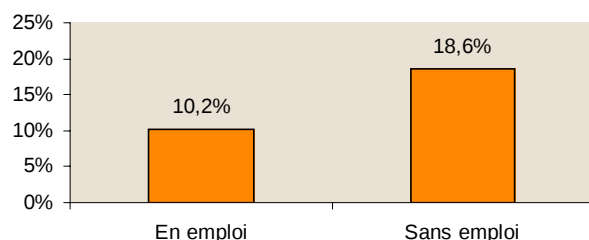
Les communautés situées en zone 3 affichent la proportion la plus importante de personnes atteintes de diabète n'ayant pas vérifié leur taux de glycémie. Notons que les communautés de zone 3 ont une plus haute proportion de personnes âgées entre 18 et 34 ans. Par contre, les communautés situées en zone 4



obtiennent également une proportion relativement élevée de personnes âgées entre 18 et 34 ans et une proportion plus élevée de personnes qui ont vérifié leur taux de glycémie une ou plusieurs fois par jour dans les 12 mois précédant l'enquête (57,2%).

Le graphique suivant démontre la différence entre la prévalence du diabète chez les personnes occupant un emploi et les personnes sans emploi.

Graphique 117: Proportions d'adultes atteints du diabète selon l'occupation



Finalement, les personnes sans emploi ont également une prévalence plus élevée de diabète en comparaison avec les travailleurs. De plus, on remarque une prévalence plus élevée de diabète chez les personnes ne détenant pas de diplôme d'études secondaires que chez celles ayant un diplôme d'études secondaires, collégiales, techniques, professionnelles ou universitaires.

4.3.1.6 Problèmes musculo-squelettiques

Les problèmes musculo-squelettiques incluent l'arthrite, les maux de dos chroniques, les rhumatismes et l'ostéoporose. Tous ces maux ont tendance à augmenter avec l'âge. Notons toutefois qu'en ce qui concerne les maux de dos chroniques, ils sont diagnostiqués chez une population assez jeune, la moyenne d'âge du diagnostic étant de 32 ans.

Les problèmes musculo-squelettiques touchent majoritairement les personnes âgées entre 40 et 49 ans. Ils sont aussi les deuxième problèmes médicaux les plus rencontrés chez les 50 à 59 ans, derrière les maladies cardiovasculaires. Les personnes n'ayant pas de diplôme sont plus touchées par ces problèmes, comparativement à celles détenant un diplôme.

Finalement, l'alimentation et l'activité physique sont également des facteurs importants. Or, 36,2% des adultes qui affirment ne jamais avoir un régime alimentaire équilibré sont atteints de problèmes musculo-squelettiques.

4.3.1.7 Problèmes respiratoires

Les problèmes respiratoires, incluant l'asthme, les bronchites chroniques, l'emphysème et la tuberculose, sont parmi les maladies qui touchent une large population d'individus âgés entre 18 et 29 ans. Contrairement aux autres problèmes de santé, ces individus sont plus touchés que ceux âgés entre 30 et 49 ans et les diagnostics se font en moyenne plus tôt.

Les problèmes respiratoires semblent toucher davantage les personnes souffrant d'obésité, ainsi que celles décelant la présence de moisissures dans leur maison.

4.3.1.8 Allergies

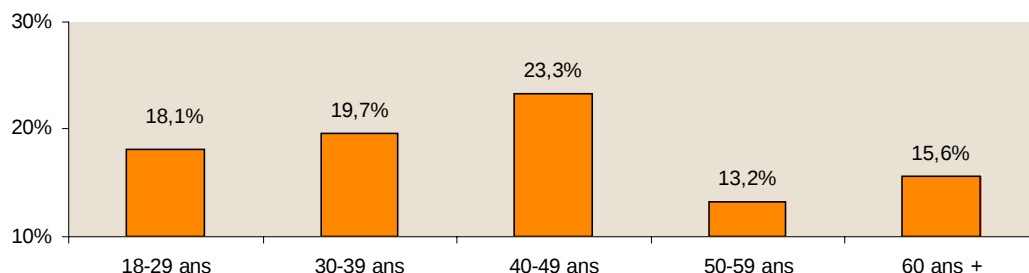
L'apparition d'allergies est un phénomène relativement nouveau qui ne touche pas seulement les membres des Premières Nations.

Les allergies, tout comme les maladies respiratoires, touchent un fort pourcentage de personnes âgées entre 18 et 29 ans. Bien que la présence d'allergies tend à augmenter avec l'âge, il semble y avoir une rupture en ce qui a trait à la génération des 50 ans et plus qui obtient les proportions les plus faibles de cas d'allergies.

Ce fait est intéressant puisqu'il pourrait dénoter que certains changements dans le mode de vie ou dans l'environnement auraient des répercussions sur la prévalence des allergies et des problèmes respiratoires. Par exemple, des changements en ce qui concerne l'alimentation et le rythme de vie pourraient avoir eu une incidence sur les problèmes d'allergies et les problèmes respiratoires chez les adultes des Premières Nations.

Par exemple, la consommation au sein des communautés de nouveaux produits alimentaires industriels a rapidement été adoptée par les jeunes, les plus âgés ne les consommant pas ou en moins grande quantité. De plus, il a été démontré que les enfants qui avaient été allaités développaient moins d'allergies³⁷. Selon l'enquête, 61,3% des enfants des Premières Nations n'ont pas été allaités.

Graphique 118: Proportions d'adultes souffrant d'allergies selon le groupe d'âge



Les femmes sont plus touchées par les allergies que les hommes, soit 22,0% par rapport à 15,2%. Notons finalement que plus l'indice de masse corporelle (IMC) est élevé, plus le taux d'allergies est élevé.

4.3.1.9 Problèmes visuels et auditifs

Ces problèmes incluent la déficience auditive, les cataractes, la cécité et le glaucome. Ces troubles augmentent avec l'âge et sont particulièrement élevés chez les personnes âgées entre 50 et 59 ans.

Les hommes sont plus atteints de problèmes visuels et auditifs que les femmes, soit 15,0% comparativement à 11,0% des femmes. Ce fait pourrait être lié aux types d'activités que pratiquent les hommes. Par exemple, on sait qu'ils pratiquent plus fréquemment des activités à l'extérieur, comme la chasse et la pêche, ce qui pourrait contribuer à les exposer davantage aux effets néfastes du soleil sur les yeux. De plus, il se peut que les changements de température fréquents (intérieur chauffé / extérieur froid) peuvent contribuer à provoquer certains problèmes aux oreilles tels que les otites.

Il est également pertinent de mentionner que le diabète, qui est une maladie fréquente chez les Premières Nations, peut causer des troubles de la vue tels que la cécité.

4.3.1.10 Problèmes du système digestif

Les problèmes du système digestif incluent les troubles de l'estomac et de l'intestin et les problèmes de foie. L'enquête révèle que les femmes sont plus atteintes que les hommes dans une proportion de 14,0% contre 9,3%.

4.3.1.11 Cancer, problèmes de la glande thyroïde et problèmes neurologiques et cognitifs

Ces problèmes de santé représentent de faibles pourcentages de personnes atteintes au sein des Premières Nations, soit 7,1% pour les problèmes de la glande thyroïde, 5,9% pour les problèmes neurologiques et cognitifs et 2,5%* pour les cancers. Notons que les personnes atteintes d'un cancer sont aussi celles qui affirment nécessiter le plus de soins à domicile.

³⁷Kull I, Wickman M, Lilja G, Nordvall SL, Pershagen G. Department of Environmental Health, Stockholm County Council, Stockholm, Sweden. dans Arch Dis Child 2002 Dec ;87(6):478-81

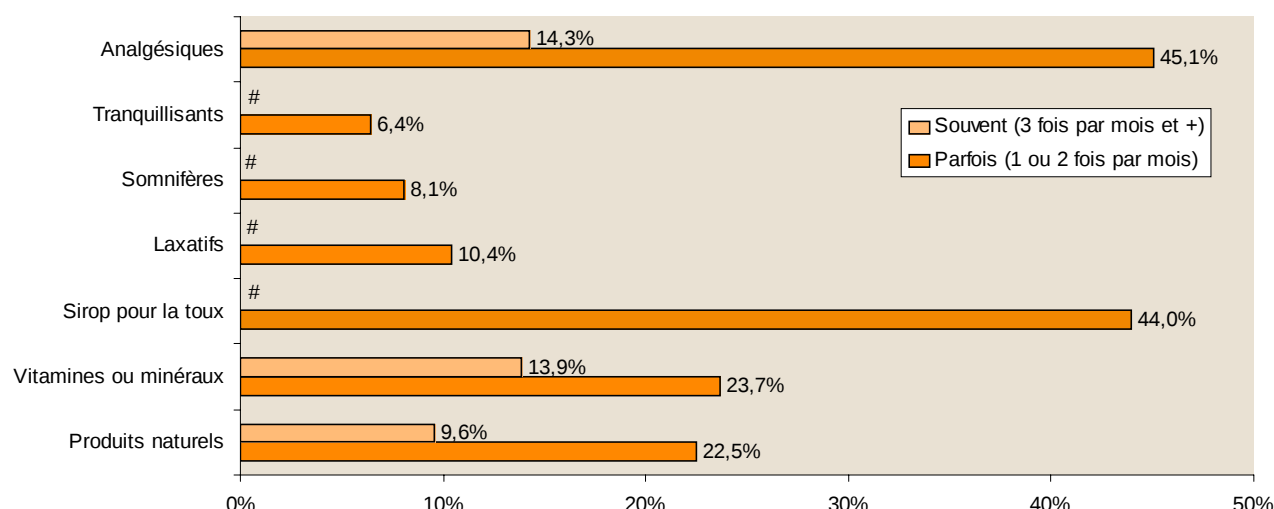


Les problèmes de la glande thyroïde sont plus élevés chez les personnes âgées de 60 ans et plus ainsi que chez les personnes souffrant d'obésité. Enfin, notons que l'hypothyroïdie peut provoquer la prise de poids.

4.3.1.12 Consommation de médicaments non prescrits

Tout comme les résultats de l'enquête de 1997 le démontraient, la prise de médicaments augmente avec l'âge. De plus, les femmes semblent consommer davantage de produits pharmaceutiques que les hommes (en 1997, seule la consommation de vitamines ou de minéraux présentait une différence significative au plan statistique). Nous pourrions lier cette constatation à l'hypothèse selon laquelle les femmes consommeraient davantage de médicaments de façon préventive, tandis que les hommes en consommeraient surtout de façon curative. Les adultes des communautés de zone 1 ont également, en général, davantage recours à une médication que les adultes des communautés de zone 4, ce qui avait également été observé dans l'enquête de 1997.

Graphique 119: Proportions d'adultes ayant fait l'usage de divers médicaments non prescrits (6 mois précédant l'enquête)



En 1997, les analgésiques et les vitamines ou minéraux étaient les médicaments les plus fréquemment consommés par les adultes des Premières Nations. Cinq ans plus tard, on pourrait y ajouter les produits naturels et, dans une moindre mesure, le sirop contre la toux. La consommation de médicaments non prescrits semble avoir augmentée depuis 1997, tout dépendant du type de médicament.

Tableau 36: Comparaison de la consommation de médicaments non prescrits entre l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERLSPN) de 1997 et celle de 2002

Médicaments non prescrits	ERLSPN 1997	ERLSPN 2002
Analgésiques	45,0%	59,4%
Sirop pour la toux	35,8%	44,0%
Vitamines ou minéraux	25,7%	37,6%
Laxatifs	5,7%	10,4%
Somnifères	6,2%	8,1%
Tranquillisants	4,7%	6,4%

A) Analgésiques

La consommation d'analgésiques augmente avec l'âge, passant de 40,1% des adultes de 18 à 29 ans à 48,7% des adultes de 60 ans et plus, à raison d'une ou deux fois par mois. La même tendance s'observe



pour une consommation de 3 fois et plus par mois, soit de 9,9%* des 18 à 29 ans à 18,8%* des 60 ans et plus. Les femmes utilisent davantage d'analgésiques que les hommes. En effet, 16,0% des femmes affirment en prendre souvent contre 12,6% des hommes, alors que 47,4% des femmes en prendre parfois contre 42,7% des hommes. La consommation d'analgésiques tend à diminuer avec l'augmentation de la taille de la communauté, passant ainsi de 49,2% des adultes vivant dans les petites communautés qui en consomment parfois, comparativement à 43,7% dans les grandes communautés.

B) Tranquillisants

Bien que ces résultats doivent être utilisés avec prudence, l'enquête révèle que la consommation de tranquillisants semble variée avec l'âge. En effet, une plus grande proportion d'adultes de 60 ans et plus (13,7%*) en ont consommé au moins une fois dans les 6 mois précédant l'enquête, comparativement à 4,4%* des 18 à 29 ans. Les plus gros utilisateurs de tranquillisants semblent être les 50 à 59 ans, avec près de 13,7%* d'entre eux qui en consomment une ou deux fois par mois. De plus, l'enquête révèle qu'une plus grande proportion de femmes que d'hommes font usage de tranquillisants. En effet, 11,1%* des femmes en ont fait usage au moins une fois au cours des 6 mois précédant l'enquête, comparativement à 5,8% des hommes.

C) Somnifères

La consommation de somnifères augmente avec l'âge. Ainsi, 4,9%* des 18 à 29 ans en ont absorbé au moins une fois au cours des 6 mois précédant l'enquête, cette proportion augmente à 12,6%* chez les 50 à 59 ans et à 23,9% chez les 60 ans et plus.

11,3% des individus ont utilisé de somnifères au moins une fois au cours des 6 mois précédant l'enquête dans les communautés de zone 1; cette proportion varie entre 5,0% et 7,0% dans les zones 2, 3 et 4.

D) Laxatifs

La consommation de laxatifs tend à augmenter avec l'âge. En effet, 6,7% des 18 à 29 ans en ont fait usage au cours des 6 mois précédant l'enquête, ce pourcentage augmente progressivement à 13,0% chez les 50 à 59 ans, puis à 27,9% chez les 60 ans et plus.

E) Sirop pour la toux

Alors qu'environ 44,5% des adultes ont pris du sirop contre la toux une ou deux fois par mois au cours des 6 mois précédant l'enquête, les 50 à 59 ans se démarquent, n'étant en effet que 36,3% à y avoir eu recours à cette fréquence.

Les membres des communautés isolées sont plus nombreux à n'avoir jamais utilisé du sirop au cours des 6 mois précédant l'enquête (52,4% en zone 3, 58,5% en zone 4) que dans les communautés non isolées (45,9% en zone 1, 48,2% en zone 2).

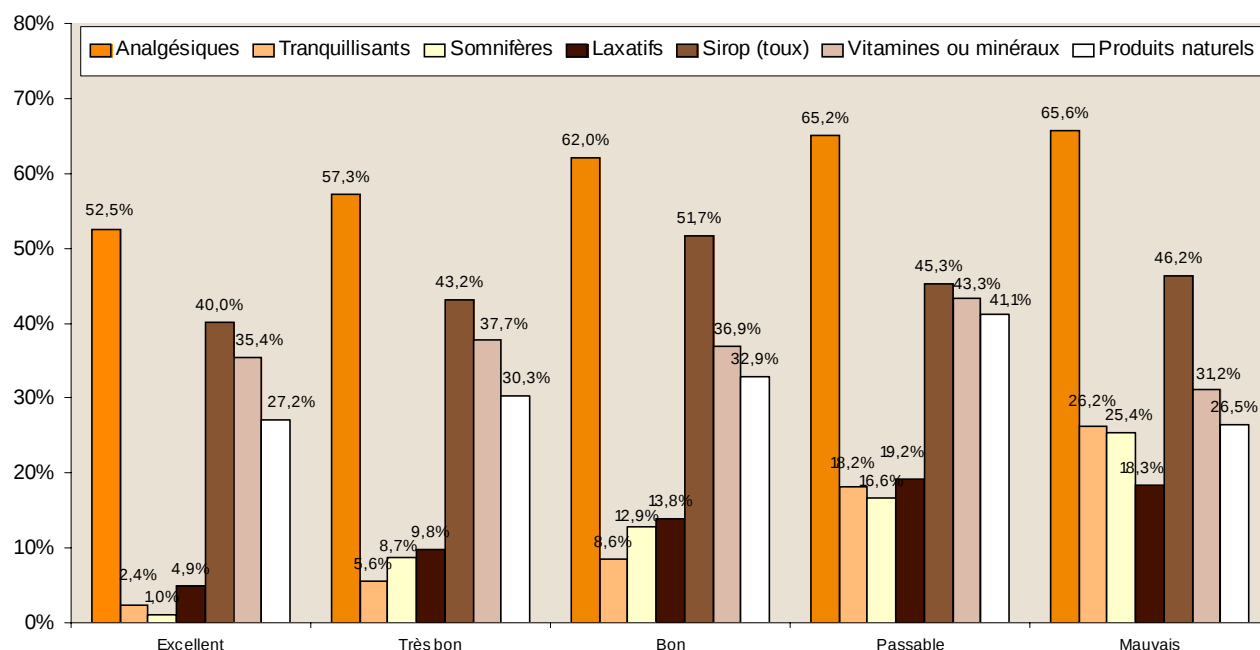
F) Vitamines ou minéraux

Le recours aux suppléments dans les 6 mois précédant l'enquête tend à augmenter avec l'âge, passant de 32,8% chez les 18 à 29 ans à 41,9% chez les 60 ans et plus.

G) Produits naturels

Les hommes sont moins nombreux à avoir eu recours aux produits naturels au cours des 6 mois précédant l'enquête (29,3%) que les femmes (34,9%).

Graphique 120: Proportions d'adultes ayant utilisé certains médicaments selon l'état de santé déclaré (6 mois précédant l'enquête)



Les courbes des tranquillisants, des somnifères, des laxatifs et des analgésiques suivent une tendance à laquelle on s'attend, c'est-à-dire que l'on recense un plus petit nombre d'utilisateurs de ces médicaments chez les personnes en santé et un plus grand nombre chez les personnes se disant en mauvaise santé. Quant aux vitamines, aux minéraux et aux produits naturels, on observe une chute dans la consommation de ces derniers chez les personnes déclarant que leur état de santé est mauvais.

4.3.2 Blessures physiques

En ce qui a trait aux blessures physiques, 22,0% de la population ont affirmé avoir subi une ou plusieurs blessures dans les 12 mois précédant l'enquête. Parmi les personnes qui ont été blessées, 17,9% disent que la cause était liée à la consommation d'alcool ou de drogues. Les blessures les plus fréquentes sont les entorses ou les foulures, les coupures, les éraflures ou les contusions et les fractures.

42,1% des blessures ont été causées par des chutes ou des faux-pas. Viennent ensuite les sports (15,7%), les agressions physiques (10,9%) et les accidents de véhicule tout terrain (VTT) (5,4%). La consommation d'alcool ou de drogues est responsable de nombreuses blessures physiques. En effet, 38,4% des blessures causées lors d'un accident de VTT, 15,7% des blessures causées par une chute ou un faux-pas et 55,0% des blessures causées lors d'une agression physique seraient associées à la consommation d'alcool ou de drogues.

Tableau 37: Principales causes de blessures

Causes de blessures	% des blessures
Chute ou faux-pas	42,1%
Sport	15,7%*
Agression physique	10,9%*
Accident de VTT	5,4%

Tableau 38: Proportions de blessures impliquant l'alcool ou la drogue selon diverses causes de blessures

Causes des blessures	% des blessures impliquant l'alcool ou la drogue
Agression physique	55,0%
Accident de VTT	38,4%
Chute ou faux-pas	15,7%
Sport	#

Les hommes et les personnes âgées entre 18 et 29 ans sont ceux qui ont subi le plus de blessures physiques, ce qui est probablement dû à la fréquence et aux types d'activités pratiquées. Les hommes subissent plus de blessures liées aux sports et aux agressions physiques, tandis que les femmes obtiennent un fort pourcentage de blessures liées aux chutes et aux faux-pas.

Enfin, nous avons observé les cas de blessures physiques par rapport à la perception de l'état de santé déclaré. On remarque que 26,9% des personnes ayant une perception passable ou mauvaise de leur état de santé affirment avoir subi une ou plusieurs blessures physiques dans les 12 mois précédant l'enquête, contre 16,8% pour les personnes se percevant en excellente santé.

4.3.3 Invalidité et limitation des activités

Plus de 71,5% des adultes atteints de problèmes médicaux affirment ne pas être limités dans leurs activités. Toutefois, près de la moitié des personnes souffrant de cancers ou de problèmes neurologiques affirment être parfois ou souvent limitées par leur condition. De plus, près de la moitié des personnes atteintes de problèmes musculo-squelettiques (44,0%) et de problèmes visuels et auditifs (42,2%) sont parfois ou souvent limitées par leur condition. Dans le cas des cancéreux, le quart d'entre eux (25,3%) indique être souvent limités dans leurs activités.

En ce qui concerne les limitations des activités liées au travail ou aux études, ce sont les problèmes neurologiques qui viennent en tête, suivis par les problèmes musculo-squelettiques. Respectivement, 38,6% et 32,8% des personnes atteintes de ces problèmes sont parfois ou souvent limitées dans leurs activités par leur état de santé. Il semble aussi que le diabète soit problématique au travail ou à l'école car 13,2% des diabétiques indiquent être souvent limités dans ce cadre.

Enfin, les personnes atteintes de problèmes médicaux neurologiques (38,5%), les cancéreux (37,4%) et les personnes souffrant de problèmes musculo-squelettiques (36,7%) sont plus nombreuses à avoir affirmé être parfois ou souvent limitées dans leurs loisirs. Enfin, 15,2% des diabétiques ont indiqué être souvent limités par leur maladie.



4.3.4 Soins à domicile

Sur l'ensemble de la population, 12,8% affirment avoir besoin d'un ou plusieurs soins à domicile (les soins incluent les services). Les types de soins à domicile les plus demandés sont les soins infirmiers, les travaux domestiques légers et l'entretien ménager (réparations mineures, etc.).

Les besoins de soins à domicile augmentent significativement avec l'âge. Effectivement, 40,2% des personnes âgées de 55 ans et plus affirment avoir besoin d'un ou plusieurs soins à domicile, comparativement à 10,1% des personnes âgées entre 35 et 54 ans.

Tableau 39: Proportions d'adultes estimant avoir besoin de soins à domicile, par groupe d'âge

Types de soins nécessaires	18-34	35-54	55+
Soins infirmiers	#	#	18,2%
Entretien ménager	#	7,2%*	31,7%
Travaux domestiques légers	1,8%	4,4%	27,9%

Une plus grande proportion de femmes que d'hommes ont besoin de soins à domicile, soit 15,2% par rapport à 10,5%. Les demandes concernent particulièrement l'entretien ménager et les travaux domestiques légers.

Parmi les personnes qui ont un ou plusieurs besoins en ce qui a trait aux soins à domicile, 48,7% affirment ne pas recevoir ces services. Autre fait inquiétant, plus de 73,7% des personnes âgées entre 35 et 54 ans et 66,7% des personnes âgées entre 18 et 34 ans disent ne pas recevoir les services dont ils ont besoin, en comparaison avec 31,8% pour les personnes âgées de 55 ans et plus. L'adaptation des ressources en fonction des problématiques et des maladies chroniques, qui augmentent et qui touchent parfois une population plus jeune, serait peut-être à revoir.

De plus, 33,3%* des individus de 18 à 34 ans estimant nécessiter des soins à domicile disent recevoir les soins dont ils ont besoin, contre 26,3%* des 35 à 54 ans et 68,2% des 55 et plus.

De plus, les femmes estimant nécessiter des soins à domicile ne les reçoivent pas dans une proportion plus importante que les hommes, soit 54,1% des femmes contre 40,9% des hommes. Cette constatation pourrait être due aux faits qu'elles vivent plus longtemps et qu'elles sont en général plus atteintes de maladies que les hommes.

En ce qui concerne les communautés de petite taille et celles situées en zone 1, elles obtiennent les plus grandes proportions de personnes recevant les soins dont elles ont besoin.

De plus, nous avons cherché à savoir si les personnes nécessitant des soins en raison d'une affection physique ou de problèmes de santé recevaient de l'aide de la part des membres de leur famille et si ces affections ou problèmes nécessitaient des modifications de leur domicile. Ainsi, 10,0% des personnes nécessitant des soins affirment qu'un membre de leur famille participe aux soins à domicile et 7,2% affirment qu'ils ont besoin d'apporter des modifications à leur domicile en raison d'une affection physique ou d'un problème de santé.

Enfin, les femmes et les personnes de 55 ans et plus qui nécessitent des soins en raison de problèmes de santé disent, dans une proportion plus élevée, qu'un membre de leur famille participe aux soins et qu'elles ont besoin d'apporter des modifications à leur domicile.

4.3.5 Accès aux services de santé

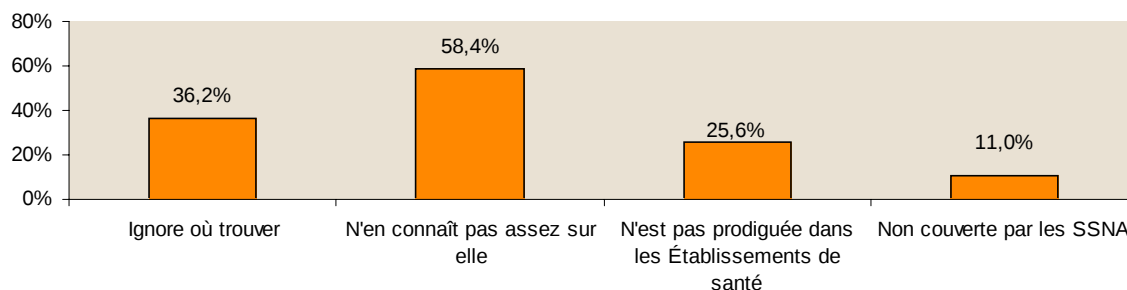
Dans cette section, nous traitons particulièrement de la fréquence d'utilisation de la médecine traditionnelle ainsi que de la satisfaction des individus par rapport à l'accessibilité aux services de santé. Nous présenterons également les obstacles qu'ils rencontrent dans l'accès à la médecine traditionnelle et aux services de santé.

4.3.5.1 Médecine traditionnelle

L'utilisation de la médecine traditionnelle augmente avec le degré d'isolement des communautés. Dans les zones 3 et 4, on compte respectivement 68,8% et 67,4% de personnes utilisant la médecine traditionnelle. Cette proportion diminue à 57,0% en zone 2 et à 26,8% en zone 1. Par contre, 43,3% de la population dans son ensemble affirme rencontrer un ou plusieurs problèmes à accéder à la médecine traditionnelle. Parmi les problèmes évoqués, le plus important est celui de ne pas en connaître assez sur cette médecine. Ceci est un problème rencontré par 58,4% des personnes affirmant avoir rencontré un ou plusieurs obstacles à accéder à la médecine traditionnelle.

Le fait de ne pas savoir où trouver la médecine traditionnelle ainsi que le fait que cette médecine ne soit pas prodiguée dans les établissements de santé, sont également problématiques. Plus de 36,2% des membres des Premières Nations qui ont des problèmes à accéder à la médecine traditionnelle ignorent où trouver cette dernière et 25,6% soulignent que le fait qu'elle ne soit pas prodiguée dans les établissements de santé est un obstacle.

Graphique 121: Proportions d'adultes ayant rencontré divers problèmes parmi les adultes qui ont eu de la difficulté à accéder à la médecine traditionnelle



Dans un plus faible pourcentage, 11,0% des individus ayant rencontré un ou plusieurs problèmes à accéder à la médecine traditionnelle ont affirmé que le fait que cette médecine ne soit pas couverte par les Services de santé non assurés (SSNA) représente un obstacle à son accessibilité. Par contre, le fait de ne pouvoir assumer les coûts de cette médecine ne représente pas un obstacle significatif pour l'ensemble de la population.

La perte du savoir traditionnel des aînés, l'hésitation de ces derniers à transmettre ces informations précieuses par crainte de leur commercialisation ou encore, le fait que les jeunes ne s'y intéressent pas, sont des facteurs qui contribuent peut-être à diminuer l'accessibilité à la médecine traditionnelle.

4.3.5.2 Accessibilité aux services de santé

En comparaison avec le niveau d'accessibilité aux services de santé de la population canadienne générale, 45,0% des membres des Premières Nations affirment avoir le même niveau d'accessibilité. De plus, 33,4% affirment avoir une meilleure accessibilité et 21,5% disent avoir une moins bonne accessibilité. Les communautés situées en zone 4 ont une vision plutôt positive du degré d'accessibilité aux services de santé, affirmant dans une proportion de 59,3% qu'ils ont une meilleure accessibilité aux services de santé par rapport à la population canadienne générale.

A) Obstacles d'accessibilité aux services de santé

Plus de 46,5% de la population des Premières Nations affirme avoir connu un ou plusieurs obstacles pour recevoir des soins de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête. Parmi ces individus, 55,6% ont mentionné que les listes d'attente étaient trop longues.

Le tableau 40 rassemble les obstacles identifiés pour recevoir les soins de santé présentés dans le questionnaire, selon l'évaluation des membres des Premières Nations du niveau d'accessibilité de ces



mêmes soins. Les personnes jugeant cette accessibilité moins bonne que celle des Canadiens en général obtiennent, dans la plupart des cas, les plus grandes proportions.

Tableau 40: Proportions d'adultes ayant rencontré différents obstacles parmi les adultes qui ont déclaré avoir eu des problèmes à accéder aux services de santé (12 mois précédant l'enquête)

Obstacles rencontrés	% d'adultes
Listes d'attente trop longues	55,6%
Non couverts par le Programme des SSNA	33,4%
Pas de médecin ou d'infirmière dans ma région	29,9%
Services non disponibles dans ma région	24,7%
Refus d'une autorisation préalable du Programme des SSNA	24,0%
Difficulté à recevoir des soins traditionnels	23,5%
Impression que les soins n'étaient pas adaptés à la culture	20,9%
Impression que les soins étaient inadéquats	19,8%
Ne pouvait assumer les coûts directs des services	15,9%
Incapable de trouver du transport	13,3%
Pas d'établissement de santé dans ma région	11,6%
Ne pouvait assumer les coûts de transport	10,2%*
Ne pouvait assumer les frais de garde pour les enfants	8,2%*
Choisi de ne pas consulter un professionnel de la santé	7,6%*

B) Les coûts

Un fort pourcentage des obstacles rencontrés pour recevoir des soins de santé concerne les coûts. En effet, 33,4% des individus ayant eu des problèmes à recevoir des soins de santé affirment qu'ils sont dus au fait que les soins nécessaires ne sont pas couverts par le Programme des SSNA. De plus, 24,0% des problèmes rencontrés concernent un refus d'une autorisation préalable de recevoir des services offerts en vertu du Programme des SSNA. Ensuite, 15,9% des personnes ayant rencontré des obstacles ont mentionné ne pouvoir assumer les coûts directs des soins/services de santé, 10,2% ne pouvaient assumer les coûts de transport et 8,2% ne pouvaient assumer les frais de garde pour leurs enfants lorsqu'ils s'absentaient pour recevoir des soins.

Nous avons remarqué que les communautés situées en zone 3 évoquent le plus souvent des problèmes liés aux coûts, suivies des communautés situées en zone 1. En zone 3, 57,2% des personnes ayant rencontré des problèmes à accéder aux services de santé ont indiqué que les soins nécessaires n'étaient pas couverts par leurs assurances, 36,4% se sont heurtés à un refus d'une autorisation préalable de recevoir des services offerts en vertu du Programme des SSNA et 24,2% n'ont pu assumer les coûts directs des soins/services.

C) Les ressources

Les ressources représentent aussi un problème important pour l'accessibilité aux services de santé. Plus de 29,3% des individus ayant rencontré un ou plusieurs obstacles à l'accessibilité aux services de santé affirment qu'il n'y a pas d'infirmières ou de médecins à proximité, 24,7% affirment que les services ne sont pas disponibles dans leur région, 11,6% affirment qu'il n'y a pas d'établissements de santé dans leur région et 13,3% affirment être incapables de trouver du transport pour se rendre à leurs rendez-vous médicaux.

C'est en zone 3 que nous observons le plus haut pourcentage de personnes qui indiquent un manque de médecins ou d'infirmières (35,5%) parmi ceux ayant rencontré des problèmes pour accéder aux services de santé. Suivent de près les communautés situées en zone 4, avec une proportion de 30,9%. L'isolement de la communauté semble avoir une influence sur le manque de médecins et d'infirmières. En effet, 49,7% des personnes ayant rencontré des problèmes à accéder aux services de santé vivant en zone 3 ont indiqué que les services nécessaires n'étaient pas disponibles dans leur région. Parmi ceux vivant en zone 4, 22,8% ont évoqué le manque d'établissements de santé.

D) Qualité des soins de santé

La qualité des soins de santé peut également être problématique pour les membres des Premières Nations. Plus de 19,8% des individus ayant rencontré un ou plusieurs problèmes d'accessibilité aux services de santé ont eu l'impression que les soins de santé offerts étaient inadéquats et 20,9% ont eu l'impression que les services offerts n'étaient pas adaptés à leur culture. Les communautés situées en zone 2 affichent la proportion la plus élevée d'adultes qui considèrent les soins de santé inadéquats, tandis que les communautés situées en zone 3 affichent la proportion la plus élevée d'adultes qui considèrent les services comme étant non adaptés à la culture, suivies des communautés situées en zone 1.

La zone 3 est occupée principalement par la nation atikamekw, qui est une des nations où la langue des Premières Nations est largement utilisée (86,1% des adultes). Bien que les Atikamekw puissent comprendre une langue seconde telle le français, le fait que la majorité des adultes utilisent leur langue des Premières Nations pourrait expliquer, en partie, pourquoi ils considèrent que les services ne sont pas adaptés à leur culture.

4.3.5.3 Accessibilité au Programme des services de santé non assurés (SSNA)

La majorité des adultes des Premières Nations (71,4%) n'a pas rencontré de problèmes à accéder à un des services de soins de santé offerts par Santé Canada par l'entremise du Programme des SSNA³⁸. Parmi les 28,6% des individus ayant rencontré certains problèmes, le problème le plus répandu est celui de l'accessibilité aux médicaments, mentionné par 61,1% des personnes qui ont eu de la difficulté à accéder aux SSNA.

D'autres problèmes d'accessibilité ont été rencontrés concernant l'accès aux soins dentaires et aux soins de la vue. En effet, plus de 30,2% des individus ayant rencontré un ou des problèmes d'accessibilité au Programme des SSNA ont mentionné avoir rencontré des obstacles d'accessibilité aux soins dentaires et 27,8% aux soins de la vue. Le tableau suivant présente les différents obstacles rencontrés.

Tableau 41: Proportions d'adultes ayant rencontré divers obstacles parmi les adultes qui ont déclaré avoir eu des problèmes à accéder aux Programmes des SSNA (12 mois précédant l'enquête)

Services pour lesquels des obstacles ont été rencontrés	% d'adultes
Médicaments	61,1%
Soins dentaires	30,2%
Soins de la vue	27,8%
Services ou coûts de transport	18,2%
Fournitures médicales	16,8%
Escorte pour les déplacements	15,7%*
Prothèses auditives	#

4.3.6 Soins dentaires

Au moment de l'enquête, 64,1% des adultes des Premières Nations ont affirmé qu'ils avaient visité leur dentiste dans la dernière année. En 1997, ils étaient un peu moins de 60,0% dans cette situation. Le tableau suivant présente le temps écoulé depuis les derniers soins dentaires.

³⁸ Ce résultat doit être interprété avec précaution, car si 71,4% des membres des Premières Nations déclarent n'avoir effectivement pas eu de problème à accéder aux SSNA, aucune question ne permet d'établir la proportion de la population qui a effectivement tenté ou qui a réellement eu besoin d'y accéder.



Tableau 42: Temps écoulé depuis les derniers soins dentaires reçus (au moment de l'enquête)

Temps écoulé	% d'adultes
Moins de 6 mois	39,3%
Entre 6 mois et 1 an	24,9%
Entre 1 et 2 ans	15,2%
Entre 2 et 5 ans	7,6%*
Plus de 5 ans	12,0%
Jamais reçu de soins dentaires	1,1%*

Tout comme en 1997, les jeunes consultent davantage le dentiste que les aînés. Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 71,1% des 18 à 29 ans ont consulté un dentiste ainsi que 76,5% des 30 à 39 ans. Par contre, ils ne sont que 64,8% chez les 40 à 49 ans, 49,8% chez les 50 à 59 ans et 36,0%* chez les 60 ans et plus dans cette situation.

Étant donné que les jeunes consultent davantage le dentiste que les aînés, ils sont par conséquent plus nombreux à déclarer qu'ils nécessitent des traitements dentaires. En fait, les proportions d'adultes croyant nécessiter des traitements dentaires diminuent de façon croissante avec l'âge, passant ainsi de 77,8% chez les 18 à 29 ans à 61,7% chez les 60 ans et plus (observation également constatée en 1997). On peut supposer que plusieurs personnes âgées portent des prothèses dentaires, ce qui nécessite moins de traitements dentaires.

Dans des proportions plus élevées, mais selon la même tendance qu'en 1997, les adultes des communautés de petite taille tendent à moins visiter le dentiste que les adultes des grandes communautés (61,8% et 66,7% respectivement). En 1997, ces proportions étaient 52,2% dans les petites communautés et 60,6% dans les grandes.

Bien que le degré d'isolement ne semble pas influencer la fréquence des visites, les communautés de zones 3 et 4 sont moins bien desservies par les dentistes : 41,2%* des individus qui ont connu un obstacle à recevoir des soins dentaires déclarent que l'absence de services à proximité en est responsable, comparativement à 20,5%* en zone 1 et 25,1%* en zone 2.

4.3.6.1 Obstacles rencontrés pour recevoir des soins dentaires

19,5% des individus ont rencontré un ou des obstacles pour recevoir des soins dentaires. Le tableau 43 répertorie ces obstacles. Rappelons que les pourcentages présentés dans cette section ne concernent que les personnes ayant connu un ou des obstacles, soit le cinquième des répondants.

Tableau 43: Obstacles rencontrés par les adultes qui ont eu des difficultés à recevoir des soins dentaires

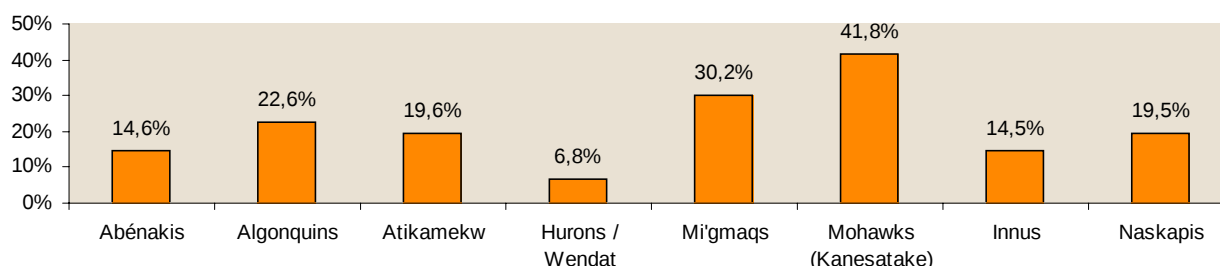
Obstacles	% d'adultes
Services non couverts par le Programme des SSNA	36,6%
Refus d'une autorisation préalable de recevoir des services offerts en vertu du Programme des SSNA	35,5%
Ne peut assumer les coûts	31,2%
Liste d'attente trop longue	27,4%
Pas de service dans ma région	26,0%
Ne peut assumer les coûts directs des soins	21,7%
Impression que les services sont inadéquats	20,8%
Ne peut assumer les coûts de transport	14,9%*
Ne peut assumer les frais de garde pour les enfants	10,4%*
Autres frais	#

Les hommes ayant rencontré des problèmes pour recevoir des soins dentaires sont 32,2% à considérer la longueur des listes d'attente comme un obstacle d'accessibilité, comparativement à 23,3%* des femmes. Ces dernières auraient cependant plus de difficultés à assumer les coûts (33,3%) que les hommes (29,0%), à assurer les coûts directs des soins (28,0% chez les femmes contre 14,6%* chez les hommes) et à assurer les coûts de transport (pourcentage non significatif au plan statistique chez les hommes contre 18,2%* chez les femmes).

Enfin, parmi les individus qui ont rencontré des obstacles pour recevoir des soins dentaires, les femmes sont plus nombreuses à avoir l'impression que les services sont inadéquats (22,8%*) que les hommes (18,5%*). De plus, 30,1% des 18 à 34 ans qui ont connu les mêmes obstacles ont mentionné les listes d'attente trop longues, ce pourcentage passant à 26,0%* chez les 35 à 54 ans et à 24,3%* chez les 55 ans et plus.

89,5% des individus des communautés de petite taille n'ont rencontré aucun obstacle pour recevoir des soins dentaires, alors qu'ils sont 78,7% dans les communautés de taille moyenne et 79,3% dans les communautés de grande taille.

Graphique 122: Proportions d'adultes ayant rencontré un ou plusieurs obstacles pour recevoir des soins dentaires, par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

Parmi les adultes ayant affirmé avoir rencontré des obstacles d'accessibilité aux soins dentaires, 37,0% des Algonquins ont mentionné l'absence de services dentaires dans leur région, suivis par les Innus (29,9%*) et les Atikamekw (27,3%*). De plus, 70,0%* des Naskapis qui ont connu des obstacles pour recevoir des soins dentaires ont mentionné les listes d'attente trop longues, opinion que partagent 46,4% des Mi'gmaqs et près de 33,0%* des Atikamekw et des Innus.

Plus de la moitié des Mi'gmaqs (55,7%) et des Mohawks de Kanesatake (54,1%) qui ont éprouvé de la difficulté à accéder aux soins dentaires ont mentionné que les services nécessaires n'étaient pas couverts par le Programme des SSNA, tout comme de 38,9% des Algonquins et 26,0%* des Innus.

Près de 33,0%* des Algonquins, des Atikamekw et des Innus qui ont rencontré un obstacle à recevoir des soins dentaires ont indiqué que ces obstacles proviennent entre autres du refus d'une autorisation préalable de recevoir des services offerts en vertu du Programme des SSNA. Cette proportion grimpe à 43,4%* chez les Mohawks de Kanesatake, à 51,1% chez les Mi'gmaqs et à 64,6%* chez les Hurons/Wendat.

Enfin, notons qu'entre 68,7% (Atikamekw) et 90,2% (Abénakis) des adultes ayant éprouvé des problèmes à accéder aux soins dentaires n'ont pas eu l'impression que les services dentaires étaient inadéquats.

4.3.6.2 Besoins en soins dentaires

Au moment de l'enquête, 74,6% des membres des Premières Nations ont déclaré avoir besoin de soins dentaires. Le tableau 44 énonce les types de soins dentaires nécessaires que ces derniers estiment avoir besoin. Précisons encore une fois que les pourcentages présentés dans cette section ne concernent que les personnes ayant besoin de soins dentaires, soit, près des trois quarts de la population des Premières Nations.

Tableau 44: Proportions d'adultes ayant besoin de divers types de soins dentaires parmi les adultes ayant affirmé nécessiter des soins

Soins dentaires requis	% d'adultes
Entretien dentaire	69,9%
Obturation ou restauration	36,2%
Prothèse	18,8%
Extraction	9,9%*
Traitement au fluor	7,7%*
Traitement parodontal	#
Traitement d'orthodontie	#
Traitement d'urgence	#

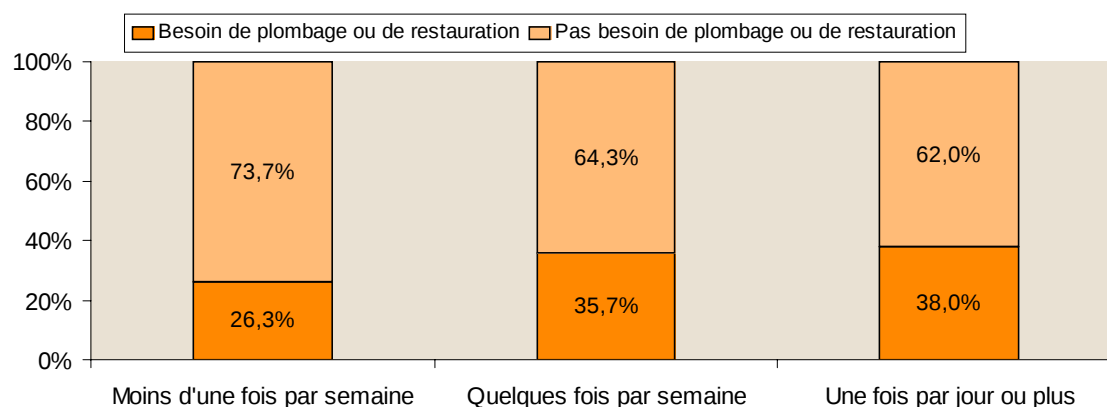
Le besoin d'obturation ou de restauration tend à diminuer avec l'âge, passant de 42,8% et 46,5%, chez les 18 à 29 ans et les 30 à 39 ans respectivement, à 34,2% chez les 40 à 49 ans, 18,2%* chez les 50 à 59 ans et 16,1%* chez les 60 ans et plus. Même constat pour les entretiens dentaires, passant de 74,5% chez les 18 à 29 ans, à 50,7% chez les 60 ans et plus.

Évidemment, le besoin de prothèses augmente avec l'âge, les pourcentages devenant significatifs au plan statistique pour les 40 à 49 ans (25,7%), les 50 à 59 ans (41,6%) et les 60 ans et plus (54,6%).

On constate que les hommes seraient plus nombreux à nécessiter une obturation ou une restauration que les femmes (41,2% et 31,1% respectivement). Même constat pour l'entretien (72,5% des hommes et 67,2% des femmes). Toutefois, les résultats s'inversent pour les prothèses où 16,5% des hommes y ont eu recours, comparativement à 21,1% des femmes.

Parmi les adultes ayant affirmé nécessiter des soins dentaires, les besoins d'obturations ou de restauration tendent à augmenter avec le degré d'isolement des communautés, passant ainsi de 38,0% en zone 1 à 52,8% en zone 4, avec un soubresaut à 34,2% en zone 3. Quant aux prothèses, on remarque que les besoins sont légèrement plus importants pour les communautés situées en zones 1 et 2, comparativement aux communautés situées en zones 3 et 4. Enfin, les personnes nécessitant une obturation ou une restauration sont plus nombreuses à consommer des boissons gazeuses une ou plusieurs fois par jour (37,9%) que les personnes n'ayant pas besoin de plombage ou de restauration (28,5%). La même observation s'applique aux personnes ajoutant du sucre plusieurs fois par jour, soit, 30,6% d'entre eux.

Graphique 123: Proportions d'adultes nécessitant un plombage ou une restauration selon la fréquence de consommation de boissons gazeuses

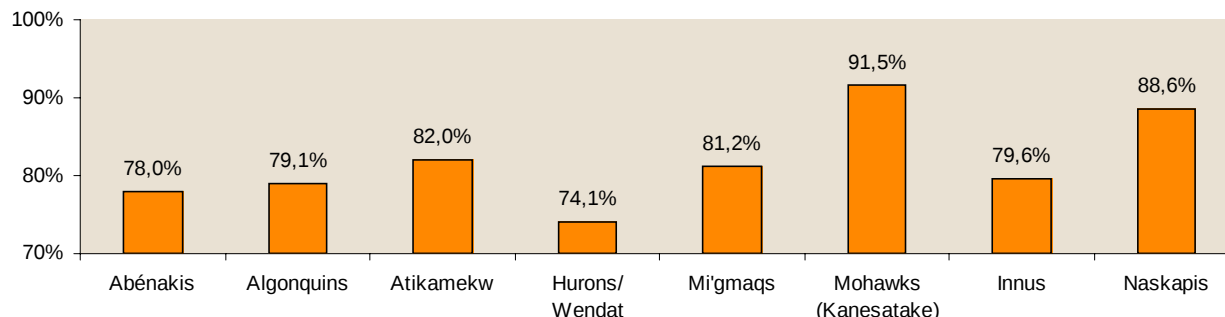


Le graphique ci-dessus démontre que le besoin d'obturation ou de restauration augmente avec la consommation de boissons gazeuses.

4.3.7 Santé des femmes

4.3.7.1 Consommation de boissons alcoolisées durant la grossesse

Graphique 124: Proportions de femmes ayant déjà donné naissance à un enfant, par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

80,3% des femmes interrogées ont déjà donné naissance à un enfant (69,0% des 18 à 34 ans, 90,1% des 35 à 54 ans et 84,4% des 55 et plus). Parmi celles-ci, 29,6% ont bu de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées durant leur grossesse. Parmi les femmes enceintes ayant consommé de l'alcool, 62,2% buvaient des breuvages alcoolisés moins d'une fois par semaine alors que 18,1%* se limitaient à une consommation par mois.

En ces occasions, 31,7% se contentaient d'un demi à un verre de bière, de vin ou autres boissons alcoolisées, alors que 35,7% buvaient quatre consommations. Parmi les femmes ayant bu de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées durant leur grossesse, 33,9% de celles âgées de 18 à 29 ans, 32,5% des 30 à 39 ans, 37,9% des 40 à 49 ans, 59,4% des 50 à 59 ans et 13,8% des 60 ans et plus ont bu 4 verres de boissons alcoolisées en une seule occasion.

La taille des communautés semble être associée au nombre de consommations en une seule occasion. En effet, pour ce qui est de la consommation de 4 verres ou plus lors d'une occasion, les proportions passent d'un résultat non significatif au plan statistique dans les communautés de petite taille, à 34,9%* dans les communautés de moyenne taille et à 44,0% dans les communautés de grande taille.

A) Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et effets de l'alcool sur le fœtus (EAF)³⁹

62,9% des femmes pensent avoir les connaissances adéquates au sujet du SAF et des EAF. De plus, 76,3% affirment savoir comment obtenir de l'information en ce qui concerne ces problématiques alors que 70,1% jugent que leur communauté dispose de l'information nécessaire à ce sujet. En zone 4, moins de la moitié des femmes (44,8%) disent avoir les connaissances adéquates au sujet du SAF et EAF. Dans les autres zones, ce pourcentage varie de 55,4% à 62,8%. L'obtention de ces informations semble associée à l'isolement de la communauté, passant de 66,3% de femmes en zone 4 sachant comment les obtenir à 78,6% en zone 1. Enfin, 37,1% des femmes en zone 4 jugent que leur communauté détient des informations insuffisantes, comparativement à 30,7% des femmes en zone 1 et 21,8%* des femmes en zone 2 qui sont de cet avis.

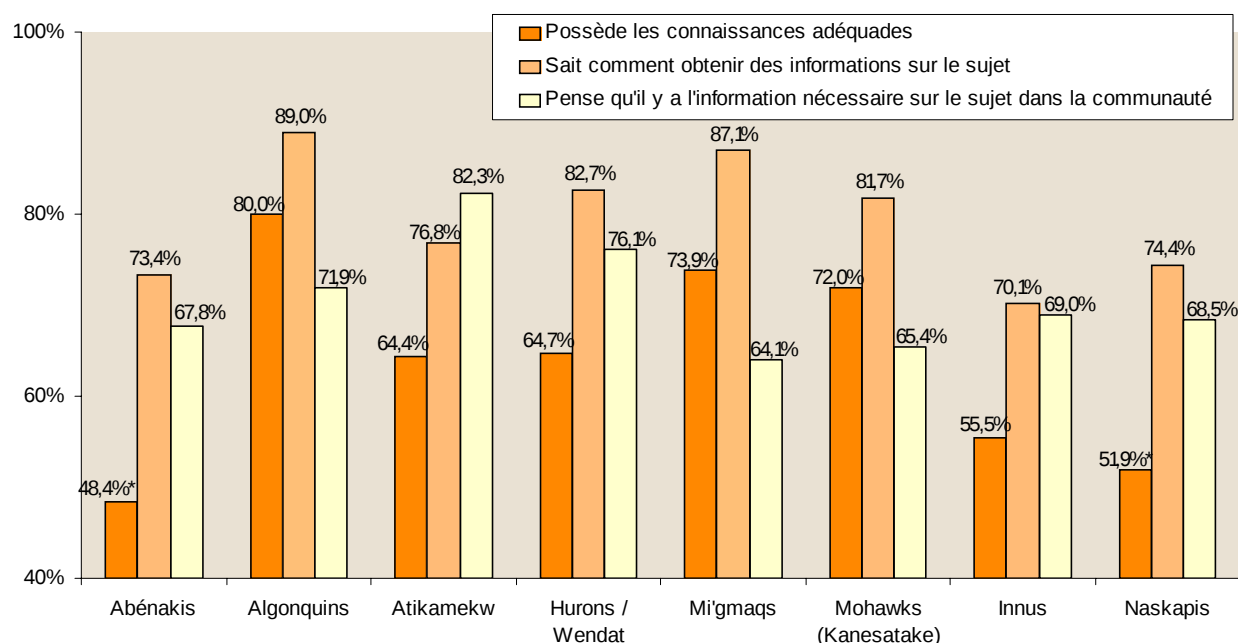
La communication semble plus efficace dans les petites communautés, car 84,1% des femmes estiment savoir comment obtenir de l'information en ce qui concerne le SAF et les EAF, cette proportion diminue à 74,5% dans les communautés de moyenne et grande tailles. Cependant, une proportion plus faible de femmes des petites communautés pense avoir les connaissances adéquates (53,2%), comparativement aux femmes des grandes communautés (62,2%).

³⁹ L'abréviation TSAF, Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale, est désormais utilisée. Elle englobe SAF et EAF.



Alors que la plupart des nations se disent mal informées dans des proportions inférieures au tiers, près de la moitié des femmes abénakises, innues et naskapis déclarent ne pas avoir les connaissances adéquates au sujet du SAF et des EAF. Le graphique 125 présente, par nation, les pourcentages de femmes qui jugent leurs connaissances du SAF et EAF adéquates; celles sachant comment obtenir ces informations dans leur communauté; et enfin, celles qui évaluent que ces informations disponibles sont suffisantes.

Graphique 125: Perceptions des femmes au sujet du SAF et des EAF, par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

Le niveau de scolarité semble associé aux connaissances adéquates au sujet du SAF et des EAF, passant ainsi de 53,3% pour les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires, à 68,5% chez celles l'ayant terminé, à 69,5% chez les femmes possédant un diplôme professionnel, technique ou collégial et à 96,2% chez les universitaires. Même constat pour l'obtention des informations sur ces sujets : 67,4% des femmes n'ayant pas complété leurs études secondaires savent comment les obtenir, cette proportion grimpe à 83,3% pour les femmes possédant un diplôme professionnel, technique ou collégial et à 95,4% pour les universitaires.

Les utilisatrices de la langue anglaise semblent mieux informées (78,6%) que les utilisatrices de la langue française (57,8%) ou d'une langue des Premières Nations (60,4%). Suivant la même tendance, 89,9% des anglophones savent comment obtenir l'information liée à ces problématiques, contre 74,4% des francophones et 70,8% des utilisatrices de langues des Premières Nations.

Ces pourcentages pourraient expliquer, en partie, que les utilisatrices de langues des Premières Nations représentent la plus forte proportion de femmes ayant bu durant leur grossesse (plus du tiers, contre le quart pour les francophones et les anglophones). De plus, elles ont été plus nombreuses à prendre 4 verres d'alcool lorsqu'elles consommaient (49,3%) que les anglophones (6,9%) et les francophones (30,3%).

4.3.7.2 Consommation de tabac durant la grossesse

Bien que l'on doive demeurer prudent avec ce pourcentage, 21,9%* des femmes disent qu'elles ont cessé de fumer lorsqu'elles ont appris qu'elles étaient enceintes. Les pourcentages diminuent à mesure que l'âge augmente. Précisons toutefois que 44,0%* des femmes enceintes au moment du sondage ont déclaré qu'elles fumaient.

4.3.7.3 Examens médicaux

En 1997, 74,2% des femmes n'avaient jamais passé une mammographie au cours de leur vie, ce pourcentage diminuant à 60,6% en 2002. Cependant, la proportion de femmes ayant passé une mammographie au cours des 12 mois précédant l'enquête n'a pratiquement pas changé entre 1997 (13,0%) et 2002 (14,5%). Enfin, en 1997, les femmes âgées entre 45 et 64 ans présentaient la proportion la plus élevée de mammographie déjà passée au cours de leur vie, soit 56,2%. En 2002, cette proportion a augmenté à 76,5%.

Tableau 45: Proportions de femmes selon la fréquence d'autoexamen des seins

Fréquence d'autoexamen	% des femmes
Jamais	43,4%
Environ 1 fois par mois	31,0%
Environ 2 à 3 fois par mois	10,4%*
Moins de 2 à 3 fois par mois	15,2%

Tableau 46: Temps écoulé depuis la dernière mammographie

Temps écoulé	% des femmes
Jamais subi de mammographie	60,6%
Moins de 6 mois	6,6%*
Entre 6 mois et 1 an	7,9%*
Entre 1 et 3 ans	14,9%
Entre 3 et 5 ans	#
5 ans et plus	6,7%*

Environ 37,4% des femmes âgées de 40 ans et plus ne font jamais l'autoexamen des seins, alors 33,6% le font environ une fois par mois. Toujours chez les femmes de 40 ans et plus, on note qu'elles sont 30,1% à ne jamais avoir passé une mammographie et 10,6% à en avoir passé une il y a 5 ans ou plus.

52,9% des femmes des petites communautés n'ont jamais fait l'autoexamen des seins, alors qu'elles sont 39,5% dans les communautés de grande taille. On observe toutefois l'inverse en ce qui concerne la mammographie. En effet, 51,8% des femmes des communautés de petite taille n'ont jamais subi de mammographie, comparativement à 64,0% dans les communautés de grande taille. Notons que ces derniers résultats, bien qu'élevés, constituent néanmoins une amélioration par rapport aux résultats recueillis dans l'enquête de 1997, où l'on a recensé 69,9% de femmes des petites communautés et 75,9% des grandes communautés qui n'avaient jamais subi de mammographie.

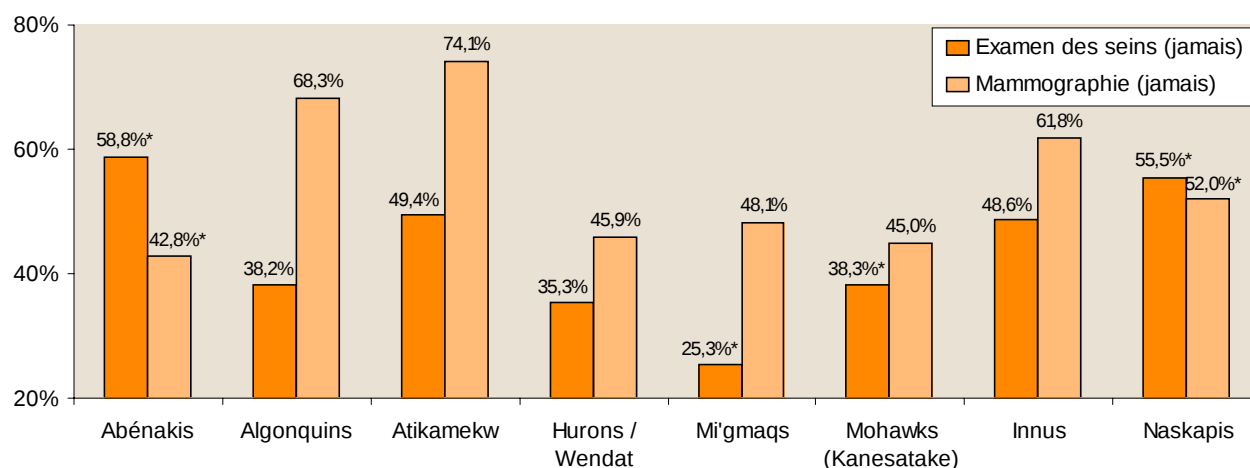
54,8% des femmes des communautés de zone 4 ne font jamais l'autoexamen des seins, comparativement à 41,4% en zone 1. En ce qui a trait aux mammographies, 63,3% des femmes en zone 4 n'en ont jamais passées, contre 56,4% en zone 1, 73,2% en zone 2 et 70,3% en zone 3. Néanmoins, on constate une amélioration par rapport à 1997, où 81,4% des femmes vivant en communautés isolées (zones 3 et 4) n'avaient jamais passé de mammographie et 69,3% en communautés non isolées (zones 1 et 2).

Ces résultats peuvent s'expliquer en partie par le fait que les communautés de zone 1 présentent une population plus âgée que dans les autres zones, donc peut-être plus sensibilisée au cancer du sein que les autres.

Le graphique 126 présente les femmes n'ayant jamais passé certains examens médicaux par nation. Notons que près ou plus de la moitié des femmes des nations abénakise, atikamekw, innue et naskapis ne font jamais l'autoexamen des seins et n'ont jamais passé de mammographie.



Graphique 126: Proportions de femmes n'ayant jamais passé certains examens médicaux, par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

50,1% des femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires ne font jamais l'examen de leurs seins, cette proportion baisse à 38,8% chez les diplômées du secondaire et à 37,3% chez celles possédant un diplôme professionnel, technique ou collégial. Le niveau de scolarité semble donc associé à l'autoexamen des seins.

En 1997, 68,4% des femmes avaient déjà subi une cytologie⁴⁰ au cours de leur vie, cette proportion grimpe à 93,5% en 2002. Le tableau suivant précise ces résultats.

Tableau 47: Temps écoulé depuis la dernière cytologie

Temps écoulé	% des femmes
Jamais subi de cytologie	6,5%*
Moins de 6 mois	25,9%
Entre 6 mois et 1 an	23,4%
Entre 1-3 ans	27,4%
Entre 3-5 ans	6,8%*
5 ans et plus	9,9%*

Comme le démontre le tableau 48, plus les femmes sont jeunes, plus elles semblent être conscientes ou informées de l'importance de l'examen vaginal avec prélèvements (cytologie).

Tableau 48: Temps écoulé depuis la dernière cytologie, par groupe d'âge

Dernière cytologie	18-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60 ans +
Moins de 6 mois	38,6%	33,6%	16,8%*	#	#
Entre 6 mois et 1 an	22,7%	28,1%	31,0%	#	#
Entre 1-3 ans	25,1%	27,2%	29,6%	28,6%*	28,5%*
5 ans et plus	#	#	#	25,7%*	27,5%*

Alors qu'en 1997, le pourcentage de femmes ayant déjà eu une cytologie était nettement plus élevé dans les petites communautés (90,4%) que dans les moyennes (69,9%) ou les grandes (63,5%), ces différences s'estompent et deviennent non significatives au plan statistique en 2002, avec une moyenne de 93,8%.

⁴⁰ Examen vaginal avec prélèvements.

En 1997, on notait une tendance où les pourcentages les plus élevés de femmes ayant eu un prélèvement vaginal étaient en communautés non isolées (74,9% contre 53,0% en communautés isolées). En 2002, la tendance se maintient mais l'écart est moins important bien que les proportions soient plus grandes. Ainsi, une moyenne de 94,3% des femmes en zones 1 et 2 ont déjà eu une cytologie, contre une moyenne de 87,9% en zones 3 et 4.

4.4 Habitudes de vie

4.4.1 Alimentation

Dans cette section, nous discuterons des habitudes alimentaires en ce qui a trait à la consommation d'aliments traditionnels et à la consommation d'aliments vides, comme les repas-minutes, les sucreries, les frites, etc. En général, les adultes des Premières Nations ont une perception positive en ce qui a trait à leur régime alimentaire. En effet, 43,3% des adultes considèrent leur régime alimentaire toujours ou presque toujours équilibré et nutritif et que 47,0% le considèrent parfois équilibré et nutritif.

Pourtant, plus de 94,6% des individus disent consommer des aliments vides plusieurs fois par semaine. On remarque toutefois que la tendance à consommer des aliments vides diminue légèrement plus la perception du régime alimentaire est positive. Par contre, la consommation d'aliments vides chez les adultes affirmant avoir un régime toujours ou presque toujours équilibré demeure élevée.

Tableau 49: Proportions d'adultes consommant des aliments vides plusieurs fois par semaine selon la perception du régime alimentaire

Consommation d'aliments vides plusieurs fois par semaine	Perception que le régime alimentaire		
	Toujours ou presque toujours équilibré	Parfois équilibré	Rarement ou jamais équilibré
Consommation de boissons gazeuses	57,7%	72,0%	73,5%
Consommation de repas-minutes	34,2%	50,7%	66,1%
Consommation de pâtisseries, de bonbons, etc.	48,8%	51,5%	54,9%
Consommation de frites, chips, etc.	51,1%	61,2%	70,5%
Ajout de sel	48,2%	64,9%	62,5%
Ajout de sucre	55,3%	65,4%	62,2%

Nous remarquons donc que la perception d'un régime équilibré n'équivaut pas nécessairement à un régime réellement équilibré et nutritif. Une autre constatation : les personnes atteintes de problèmes cardiovasculaires et de diabète ont une perception plus positive de leur régime alimentaire que les personnes qui n'en sont pas atteintes.

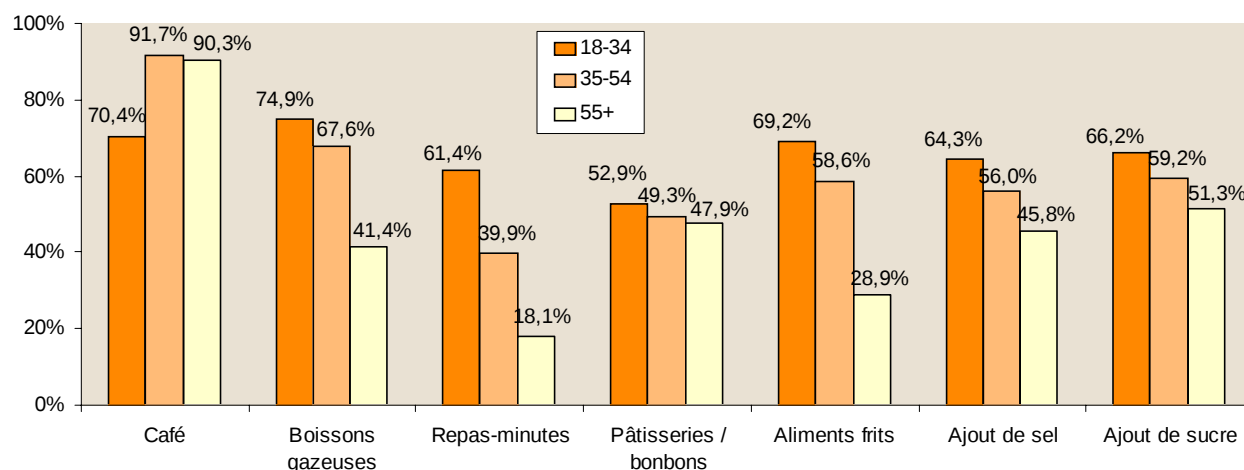
Enfin, lors d'une session d'interprétation, les participants ont émis certaines hypothèses en ce qui concerne cet écart entre la perception d'un régime équilibré et nutritif et l'alimentation réelle des adultes. Premièrement, un régime sain et équilibré pourrait signifier davantage, pour les membres des Premières Nations, le fait de se nourrir à leur faim plutôt que de façon saine. Ensuite, bien que les adultes mangent des aliments nutritifs, ils consomment des extras (collations ou autres) qui ne sont pas pris en compte. Enfin, la grosseur des portions peut être questionnable pour certains qui ont une alimentation excessive.

4.4.1.1 Consommation d'aliments vides

L'âge de la population semble avoir une incidence sur la consommation d'aliments vides. Les 18 à 34 ans sont les plus grands consommateurs d'aliments vides tels les frites, les boissons gazeuses, les repas-minutes, etc. Par contre, la consommation de café et de thé est plus importante chez les 35 à 54 ans et les 55 ans et plus.



Graphique 127: Proportions d'adultes consommant divers aliments vides plusieurs fois par semaine selon le groupe d'âge



Les hommes consomment davantage d'aliments vides que les femmes. D'ailleurs, nous avons remarqué que les femmes accordent une plus grande importance que les hommes à l'adoption d'un régime sain pour la santé.

Si l'on compare avec le rapport de 1997, bien que les questions sur l'alimentation n'étaient pas identiques, il y est également mentionné que les individus âgés entre 18 et 29 ans sont ceux qui consommaient le plus de sel, de sucre, de repas-minutes et de matières grasses. De plus, les hommes consommaient plus de viande rouge, de poisson, de gibier, de sel, de sucre, de matières grasses et de repas-minutes que les femmes. Nous constatons donc que ces tendances se maintiennent dans cette étude.

C'est en zone 2 que l'on retrouve l'indice le plus élevé de consommation d'aliments vides⁴¹, suivi de près par la zone 4. Ces zones géographiques sont celles où il y a le plus haut pourcentage de 18 à 34 ans, ce qui peut influencer ces résultats. De plus, dans les communautés situées en zone 4, le fait que la nourriture saine soit moins diversifiée et parfois plus dispendieuse incite peut-être les gens à consommer davantage d'aliments vides.

Enfin, les individus ne détenant pas de diplôme d'études secondaires sont ceux qui consomment le plus d'aliments vides en comparaison aux individus détenant un diplôme. Le niveau de scolarité pourrait donc avoir une incidence sur l'adoption d'un régime alimentaire sain.

4.4.1.2 Consommation d'aliments traditionnels

Dans le cas de la consommation d'aliments traditionnels, l'âge semble jouer un rôle de moindre importance. Nous pouvons tout de même remarquer que les 18 à 34 ans obtiennent une moyenne légèrement plus faible de consommation d'aliments traditionnels que les autres groupes d'âge.

Cependant, la situation géographique semble associée à la consommation d'aliments traditionnels. Les adultes habitant dans les communautés situées en zone 4 sont les plus grands consommateurs, particulièrement en ce qui concerne la consommation de gibier, de poisson et de bannique. Les Innus, les Naskapis et les Atikamekw sont les plus grands consommateurs d'aliments traditionnels ainsi que ceux qui en partagent le plus. Enfin, la bannique, le gros gibier, le poisson d'eau douce et les baies ou autres fruits sauvages sont les aliments traditionnels le plus souvent consommés.

⁴¹ L'indice de consommation des aliments vides est calculé en fonction de la fréquence (jamais ou presque, moins d'une fois par semaine, quelques fois par semaine, une fois par jour, plusieurs fois par jour) de consommation des aliments suivants : boissons gazeuses, repas-minutes, gâteaux / tartes / biscuits / bonbons / chocolat, frites / croustilles / bannique, ajout de sel, ajout de sucre.

Tableau 50: Niveau de consommation d'aliments traditionnels, par zone géographique⁴²

Niveau de consommation de nourriture traditionnelle	Zone géographique de la communauté			
	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Très faible	49,9%	34,0%	22,0%*	16,0%*
Faible	40,9%	53,0%	63,8%	55,8%
Moyenne	8,1%*	11,9%*	#	20,3%*
Grande ou très grande	#	#	#	#

Les hommes consomment légèrement plus d'aliments traditionnels que les femmes, quoique les différences se voient davantage aux types d'aliments consommés. Les femmes consomment plus de baies sauvages et de bannique, tandis que les hommes sont de plus gros consommateurs de gibier et de poisson.

L'enquête révèle que les personnes détenant un diplôme universitaire consomment plus d'aliments traditionnels que celles qui n'ont pas obtenu de diplôme. Les diplômés universitaires partagent également plus souvent des aliments traditionnels. De plus, tel que mentionné précédemment, ils consomment moins d'aliments vides. Certaines connaissances ou un rapport différent aux traditions et à l'alimentation pourraient expliquer en partie ces observations.

Finalement, les personnes ayant un poids insuffisant ou normal consomment moins d'aliments traditionnels que celles souffrant d'embonpoint, d'obésité ou d'obésité morbide. Les personnes souffrant d'obésité morbide sont celles qui partagent le plus souvent de la nourriture traditionnelle. Nous ne pouvons pas conclure que la consommation de nourriture traditionnelle soit une cause directe de l'embonpoint et de l'obésité. Toutefois, il se peut que la consommation de cette nourriture soit liée à un mode de vie plus sédentaire qui facilite la prise de poids.

4.4.1.3 Modes de préparation de la viande et du poisson

Les modes de préparation de la viande et du poisson peuvent donner d'éventuelles indications sur les habitudes alimentaires pouvant être nuisibles ou bénéfiques pour la santé. Nous avons donc analysé plusieurs modes de cuisson de ces aliments et les différents types de graisse employés (animale ou végétale).

On remarque que les graisses les plus fréquemment utilisées sont la margarine et le beurre et que les adultes des Premières Nations cuisent la viande et le poisson plus régulièrement à la vapeur ou au four, ou les font bouillir. Les huiles végétales sont également plus fréquemment utilisées que les graisses animales en général. D'ailleurs, les graisses animales de phoque, d'oie, etc. sont très peu utilisées (77,0% des individus ne les utilisent jamais). Les enduits végétaux aérosol sont également très peu utilisés (71,4% des individus ne les utilisent jamais).

⁴² La fréquence de consommation d'aliments traditionnels (Très faible, faible, moyenne, grande ou très grande) est une catégorisation de l'indice de consommation de nourriture traditionnelle. L'indice de consommation de nourriture traditionnelle est calculé en fonction de la fréquence de consommation (Jamais, quelques fois, souvent) des aliments suivants : gros gibier, poisson d'eau douce, poisson d'eau salée, aliments des cours d'eau, animal de mer, gibier à plume, petit gibier, fruits sauvages, bannique, soupe au maïs.

Tableau 51: Modes de préparation de la viande et du poisson

Modes de préparation	Souvent (1 repas sur 2)	Parfois (1 repas sur 4)	Rarement (1 repas sur 10)	Jamais
Vapeur ou four	29,0%	43,8%	17,8%	9,4%
Bouilli	26,0%	41,3%	18,4%	14,3%
Huile végétale	23,0%	43,4%	19,7%	13,9%
Graisse animale (oie, phoque)	#	6,9%*	13,9%	77,0%
Graisse (Crisco, saindoux)	13,9%	28,8%	22,6%	34,7%
Margarine	31,6%	36,2%	13,2%	19,0%
Beurre	29,6%	31,0%	17,2%	22,2%
Enduit végétal aérosol	5,0%*	10,6%	13,1%	71,4%
Fumé	#	15,9%	18,1%	63,1%
Séché	#	10,9%	13,5%	72,7%
Cru	#	#	#	94,1%

La proportion de personnes consommant de la viande ou du poisson crus n'est pas significatif au plan statistique (manger de la viande ou du poisson cru est une coutume appartenant plutôt aux Inuit qu'à l'ensemble des membres des Premières Nations), puisque plus de 94,1% de la population n'en consomment jamais. Une faible partie de la population mange de la viande ou du poisson fumé ou séché. En effet, 15,9% des adultes mangent parfois (un repas sur quatre) de la viande ou du poisson fumé et 10,9% en mangent parfois séché.

Les hommes ont tendance à utiliser plus de matières grasses dans la préparation de la viande et du poisson que les femmes. Ils obtiennent des proportions plus élevées, tant en ce qui a trait à l'utilisation de graisses animales et végétales, qu'à la consommation de viande et de poisson fumés et séchés. Par contre, des proportions plus élevées de femmes que d'hommes utilisent les modes de cuisson à la vapeur, au four ou bouilli. Toutefois, les femmes utilisent plus fréquemment un enduit végétal aérosol (tel le PAM).

On ne remarque pas de différences importantes entre les générations, si ce n'est que les 18 à 39 ans utilisent plus de graisses animales et de beurre, tandis qu'une proportion importante des 40 à 49 ans utilise de la margarine. Ensuite, les individus vivant dans les communautés situées en zones 3 et 4 sont les plus grands consommateurs de viande et de poisson fumés et séchés ainsi que les plus gros consommateurs de margarine, de beurre et de graisses animales. Toutefois, l'huile végétale et la graisse de type Crisco ou saindoux sont plus utilisées en zones 2 et 3.

Finalement, les personnes souffrant d'embonpoint ou d'obésité obtiennent des proportions plus élevées dans toutes les catégories, mis à part pour la consommation de beurre. En effet, les plus grands consommateurs de beurre sont les adultes qui ont un poids insuffisant. Notons toutefois que les personnes souffrant d'obésité morbide surpassent les pourcentages des personnes faisant de l'embonpoint ou souffrant d'obésité en ce qui concerne la consommation de viande et de poisson séchés, l'utilisation de margarine et la consommation de viande et de poisson cuits à la vapeur, au four ou bouillis.

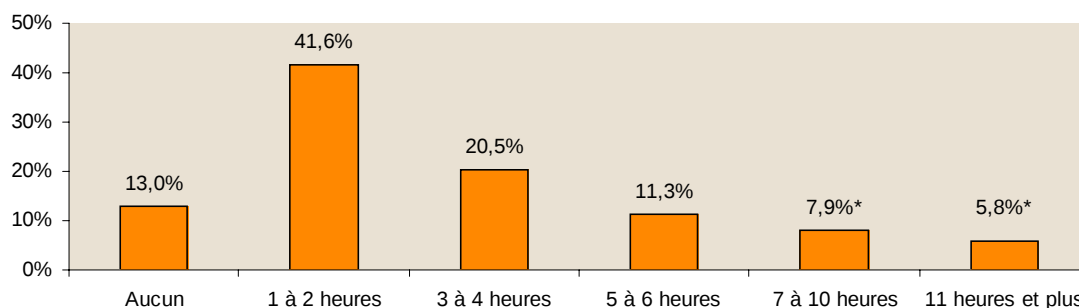
4.4.2 Activités physiques

Dans cette section, nous aborderons principalement la question de la fréquence de la pratique d'activités physiques chez les adultes des Premières Nations, dont notamment, les activités physiques qui accélèrent généralement la fréquence cardiaque ou le rythme respiratoire. De plus, nous avons cherché à savoir quels types d'activités physiques les adultes pratiquaient davantage.

Nous avons d'abord constaté que les membres des Premières Nations font en moyenne deux activités physiques par semaine et consacrent en moyenne trois heures et demie par semaine aux activités physiques qui accélèrent généralement leur fréquence cardiaque ou leur rythme respiratoire. Toutefois, comme nous pouvons le voir dans le graphique 128, la majorité des individus pratiquent entre une et deux heures par

semaine des activités physiques qui accélèrent généralement leur fréquence cardiaque ou leur rythme respiratoire.

Graphique 128: Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à des activités physiques qui accélèrent généralement la fréquence cardiaque ou le rythme respiratoire



Parmi les activités physiques les plus pratiquées, la marche est largement en tête puisqu'elle est pratiquée par 89,0% des adultes, viennent ensuite la chasse et la pêche, la bicyclette et la cueillette. La randonnée, le canot et la natation sont pratiqués par environ un tiers de la population et les activités physiques comme la danse, la gymnastique, les sports de compétition, les arts martiaux et autres ne rejoignent qu'une faible proportion des adultes.

Les 18 à 29 ans pratiquent plus d'activités physiques et consacrent plus d'heures, en moyenne, à la pratique d'une activité pouvant accélérer la fréquence cardiaque ou le rythme respiratoire que les adultes des autres groupes d'âge. Les hommes sont également plus actifs que les femmes au sein des communautés; mises à part la marche, la natation, la danse et la cueillette de fruits ou baies sauvages. Par contre, les hommes sont plus actifs dans la majorité des autres activités. De plus, ils consacrent plus d'heures par semaine que les femmes à la pratique d'activités physiques en général.

En effet, les hommes pratiquent, en moyenne, 6,07 activités physiques différentes par semaine, contre 4,42 pour les femmes. De plus, les hommes se consacrent environ 4 fois par semaine à ces activités physiques, contre environ 3 fois par semaine pour les femmes.

La zone géographique semble ne pas avoir d'influence sur le nombre d'activités physiques différentes que les individus pratiquent. Toutefois, les personnes habitant en zone 4 consacrent en moyenne plus d'heures par semaine à la pratique d'activités physiques qui accélèrent généralement leur fréquence cardiaque ou leur rythme respiratoire. De plus, la majorité des activités pratiquées par les adultes des Premières Nations étant plutôt des activités liées au mode de vie traditionnel, comme la chasse et la pêche. Notons que ces activités dites traditionnelles sont plus fréquemment pratiquées par les adultes vivant dans la zone 4. Un mode de vie modifié peut donc mener à une sédentarisation chez les Premières Nations. De plus, le temps que requiert l'adaptation à la pratique de nouvelles habitudes, dont l'activité physique, doit être pris en compte dans les programmes de prévention et de promotion de l'activité physique.

Nous avons également remarqué que la perception de l'état de santé semble associée à la fréquence d'activités physiques pratiquées. Plus les individus ont une perception négative de leur état de santé, plus la fréquence hebdomadaire d'activités physiques diminue. Il en est de même pour la pratique d'activités physiques qui contribuent à accélérer leur fréquence cardiaque et leur rythme respiratoire.

Ce fait est important en regard de la prévention et de la promotion de l'activité physique, puisque nous constatons que les personnes qui se perçoivent en mauvaise santé sont celles qui en font le moins. Bien sûr, certaines affections physiques peuvent limiter les activités physiques. Par exemple, le nombre d'activités physiques qu'il est possible de pratiquer diminue légèrement en fonction de l'augmentation de la masse corporelle des individus. Plus cette dernière augmente, plus le nombre d'activités physiques pratiquées est bas. Toutefois, la fréquence d'activités physiques pratiquées hebdomadairement ne change pas ou peu. Soulignons que l'intensité et la durée de la pratique d'activités physiques sont des questions plus spécifiques qui n'ont pas été traitées en profondeur dans le cadre de cette recherche.



Finalement, nous remarquons que les adultes détenant un diplôme universitaire pratiquent un nombre plus élevé d'activités physiques différentes que ceux ne détenant aucun diplôme. Encore une fois, la fréquence d'activités physiques pratiquées change peu. Le milieu scolaire pourrait donc contribuer à faire connaître des types d'activités physiques différentes et ainsi, faciliter leur pratique au sein des établissements scolaires ou de loisirs. Notons qu'une forte proportion de la population considère qu'il n'y a eu aucun progrès en ce qui a trait aux établissements de loisirs et de sports dans leur communauté dans les 12 mois précédant l'enquête.

4.4.3 Style de vie

4.4.3.1 Tabagisme

Le tabagisme est une problématique importante au sein des Premières Nations. Plus de la moitié de la population fume actuellement et plus du quart (28,4%) des individus sont des ex-fumeurs. L'exposition à la fumée secondaire est également une problématique, puisque 48,0% des répondants adultes affirment que leur maison n'offre pas un environnement sans fumée. Ce fait est important, notamment en ce qui concerne l'impact de la fumée secondaire sur la santé, mais également en ce qui a trait à l'influence de l'environnement sur la santé. En effet, nous avons remarqué que les fumeurs habitant dans un environnement sans fumée, fument en moyenne 9 cigarettes par jour, en comparaison à 14 cigarettes par jour pour les fumeurs habitant dans un environnement fumeur. Les ménages vivant dans un environnement sans fumée comptent en moyenne 1,46 enfants. Ceux qui vivent dans un environnement fumeur comptent en moyenne 1,36 enfants. Enfin, soulignons que 44,0%* des femmes enceintes fumaient au moment de l'enquête.

Quant aux habitudes de consommation des fumeurs, 20,6% des fumeurs fument occasionnellement et 79,4% fument à tous les jours. De plus, 22,1% des fumeurs affirment fumer 5 cigarettes ou moins par jour et 26,3% fument entre 10 et 14 cigarettes par jour. On remarque également un pourcentage relativement élevé de personnes qui fument 25 cigarettes ou plus par jour (15,9%). Parmi les ex-fumeurs, 65,9% fumaient tous les jours.

Tableau 52: Nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs

Nombre de cigarettes fumées	% des fumeurs
Moins de 5	22,1%
Entre 5 et 9	16,4%
Entre 10 et 14	26,3%
Entre 15 et 19	11,6%
Entre 20 et 24	7,8%*
25 et plus	15,9%

41,4% des fumeurs n'ont jamais essayé d'arrêter de fumer. Toutefois, 39,8% ont essayé une ou deux fois. Comme nous pouvons l'observer dans le tableau 53, la principale raison invoquée pour cesser de fumer est liée à l'adoption d'un mode de vie plus sain, ce qui nous fait croire qu'une sensibilisation existe en ce qui a trait à l'influence du tabagisme sur la santé. Par contre, 38,1% des fumeurs ont mentionné que des problèmes de santé les avaient motivés à arrêter de fumer. D'ailleurs, nous avons remarqué que les ex-fumeurs atteints de problèmes respiratoires ont cessé de fumer en moyenne 6 ans plus tard que les autres. Il semble donc que la durée de consommation de tabac soit un facteur déterminant dans l'apparition de telles maladies. Enfin, soulignons tout de même que 52,6% des personnes atteintes de problèmes médicaux fument.

Tableau 53: Raisons invoquées par les ex-fumeurs pour cesser de fumer

Raisons invoquées pour cesser de fumer	% d'ex-fumeurs
Style de vie plus sain	60,7%
Raisons de santé	38,1%
Par respect pour les personnes aimées	22,1%
Sensibilisation	19,9%
Grossesse	11,6%*
Ordre du médecin	10,0%*
Pression des amis et des collègues de travail	#
Respect pour la signification traditionnelle du tabac	#

Il semble y avoir une relation entre le tabagisme et la perception de l'état de santé, soit que les adultes qui ont une perception positive de leur état de santé cessent de fumer plus tôt. Ainsi, plus la perception de l'état de santé est négative, plus l'âge de cessation de consommation de tabac augmente.

82,6% des fumeurs ayant tenté d'arrêter de fumer affirment avoir eu recours à un sevrage brutal. Les timbres de nicotine ont été utilisés par 7,3% des ex-fumeurs.

Nous remarquons que les 18 à 34 ans ont débuté leur consommation de tabac plus jeune que les 35 à 54 ans et les 55 ans et plus. Nous pourrions donc avancer que les fumeurs commencent à fumer plus tôt qu'avant, soit vers l'âge de 14 ans pour les 18 à 34 ans, en comparaison à environ 15 ou 16 ans pour les 35 à 54 ans et à 16 ou 17 ans pour les personnes âgées de 55 et plus.

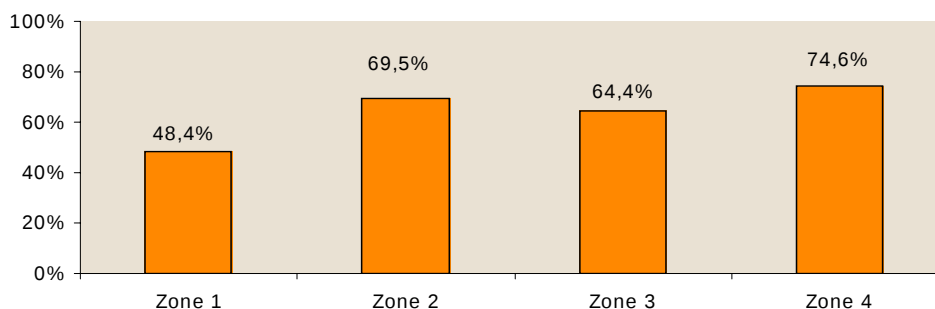
Plus l'âge augmente, plus la proportion de fumeurs diminue. C'est donc dans la catégorie des 18 à 34 ans que nous retrouvons le plus de fumeurs. Par contre, ceux qui fument le plus fréquemment et en plus grande quantité sont les adultes de 55 ans et plus. En effet, 89,8% des fumeurs de 55 ans et plus fument tous les jours, comparativement à environ 78,0% pour ceux de 18 à 34 ans et ceux de 35 à 54 ans.

Spécifions que 23,6% des fumeurs de 35 à 54 ans et 21,0% des fumeurs de 55 ans et plus fument plus de 25 cigarettes par jour en comparaison à 9,1% des fumeurs de 18 à 34 ans. Les 18 à 34 ans semblent également plus sensibilisés à l'adoption d'un mode de vie plus sain. Ils obtiennent le pourcentage le plus élevé d'ex-fumeurs qui ont arrêté leur consommation de tabac pour cette raison.

Les femmes et les hommes obtiennent des pourcentages similaires de fumeurs, soit respectivement 56,1% par rapport à 53,9%. Par contre, 19,6% des hommes fument 25 cigarettes ou plus par jour, comparativement à 12,3% pour les femmes. De plus, les hommes arrêtent plus fréquemment de fumer pour des raisons de santé, dans une proportion de 42,0% comparativement à 33,8% pour les femmes.

Les célibataires comptent une proportion élevée de fumeurs (61,6%), suivis de près par les personnes vivant en union de fait (60,6%) et les personnes séparées (59,3%). De plus, 63,1% des personnes ne détenant pas de diplôme fument, comparativement à 45,5 % des personnes qui ont obtenu un diplôme d'études secondaires. On constate peu de différence en ce qui a trait aux pourcentages de fumeurs chez les travailleurs et les personnes sans emploi. Toutefois, parmi les individus qui travaillent, 18,8% fument 25 cigarettes ou plus par jour, comparativement à 13,3% chez les individus qui ne travaillent pas.

Tel que démontré dans le graphique 129, les communautés situées en zone 4 comptent le plus de fumeurs, soit 74,6% des adultes. Par contre, les fumeurs des communautés situées en zone 1 sont de plus gros consommateurs. Les fumeurs des communautés situées en zone 3 sont ceux qui fument le moins de cigarettes par jour en moyenne. Ces communautés obtiennent également le pourcentage le plus élevé de fumeurs occasionnels et de fumeurs qui habitent dans un environnement sans fumée.

**Graphique 129: Proportions de fumeurs par zone géographique**

Certaines nations présentent des caractéristiques plus marquées en ce qui concerne la consommation de tabac. Les fumeurs abénakis, par exemple, fument en moyenne 21,5 cigarettes par jour, un nombre un peu plus élevé par rapport aux autres nations, dont la consommation varie entre 9 et 16 cigarettes par jour. Ce sont toutefois les Naskapis qui obtiennent la proportion la plus élevée de fumeurs avec 73,9%, suivis de près par les Atikamekw (69,0%). Les Hurons/Wendat obtiennent une proportion de fumeurs adultes plus faible, comparativement aux autres nations, soit 32,1%.

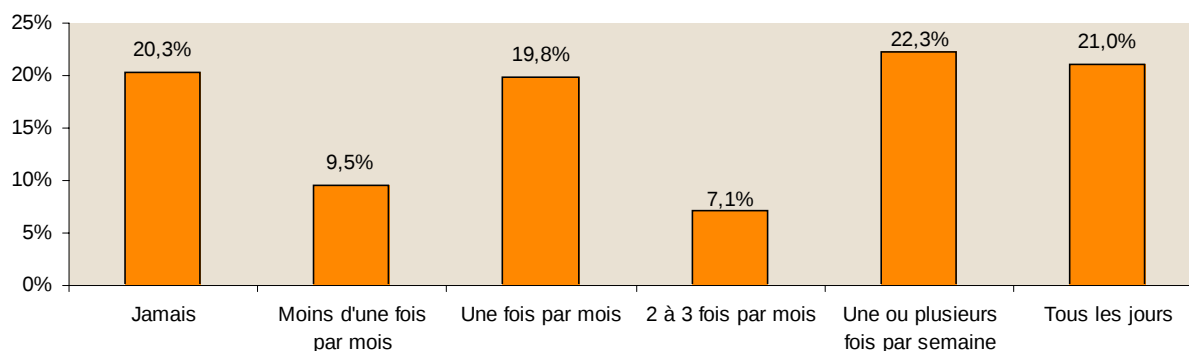
En 1997, 83,0% des Premières Nations consommaient ou avaient déjà consommé du tabac. En 2002, la proportion d'individus qui consomment ou ont déjà consommé du tabac est demeurée similaire, soit 83,4%. Toutefois, le pourcentage de fumeurs au moment de l'enquête a diminué, il est passé de 62,0% en 1997 à 55,0% en 2002. La proportion de fumeurs quotidiens a également diminuée. En 1997, 61,8% des adultes des Premières Nations étaient des fumeurs quotidiens. En 2002, 43,6% de la population affirme fumer sur une base quotidienne. Enfin, en 2002, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour est de 12,2, alors qu'en 1997, il était de 14,3.

La moyenne d'âge à laquelle les hommes et les femmes ont commencé à fumer est de 15 ans. Toutefois, l'étude de 1997 démontre que les hommes et les femmes qui ont cessé de fumer l'ont fait vers l'âge de 32 ans, alors qu'en 2002, la majorité des adultes qui ont arrêté de fumer l'ont fait vers l'âge de 34 ans.

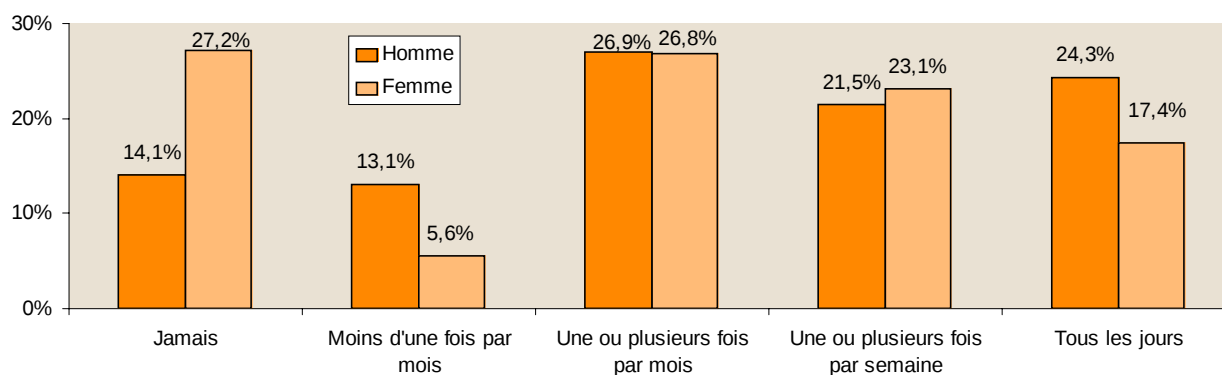
4.4.3.2 Consommation d'alcool

Chez les adultes des Premières Nations, les principaux consommateurs d'alcool sont âgés de 18 à 34 ans. En effet, 86,9% de ces derniers ont consommé des boissons alcoolisées dans les 12 mois précédant l'enquête, comparativement à 68,3% des 35 à 54 ans et 57,3% des 55 et plus. Également, 78,3% des hommes ont affirmé avoir consommé des boissons alcoolisées dans les 12 mois précédant l'enquête comparativement à 70,3% des femmes. Lorsque nous avons demandé aux membres des Premières Nations s'ils ont déjà consommé au moins 5 verres de boisson alcoolisée lors de la même occasion dans les 12 mois précédant l'enquête, 20,3% nous ont répondu qu'ils ne l'ont jamais fait alors que 21,0% nous ont dit qu'ils le faisaient à tous les jours. Le pourcentage est plus élevé en ce qui a trait à la consommation de 5 verres d'alcool ou plus lors de la même occasion chez les hommes que chez les femmes. En somme, les plus jeunes adultes et les hommes consomment davantage d'alcool en termes de fréquence et de quantité en une seule occasion.

Graphique 130: Fréquences de consommation de 5 verres d'alcool ou plus lors de la même occasion (12 mois précédant l'enquête)



Graphique 131: Fréquences de consommation de 5 verres d'alcool ou plus lors de la même occasion selon le sexe (12 mois précédant l'enquête)



Plus de 15,5% des membres des Premières Nations ont déjà été traités pour abus d'alcool. De plus, 32,0% des individus affirmant qu'un membre de leur famille a reçu de l'aide pour un problème majeur d'alcoolisme, consomment eux-mêmes 5 verres d'alcool ou plus lors de la même occasion et ce, à tous les jours. On peut supposer que les problèmes d'abus d'alcool se transmettent d'une génération à l'autre ou sont récurrents dans certains milieux familiaux.

L'enquête révèle que les adultes sans emploi consomment moins d'alcool que les travailleurs. De plus, 78,7% des travailleurs affirment avoir consommé de l'alcool dans les 12 mois précédant l'enquête, en comparaison à 69,9% des personnes sans emploi. Enfin, 83,7% des diplômés du secondaire ont consommé de l'alcool dans les 12 mois précédant l'enquête. Ce pourcentage diminue à 68,9% chez les non diplômés.

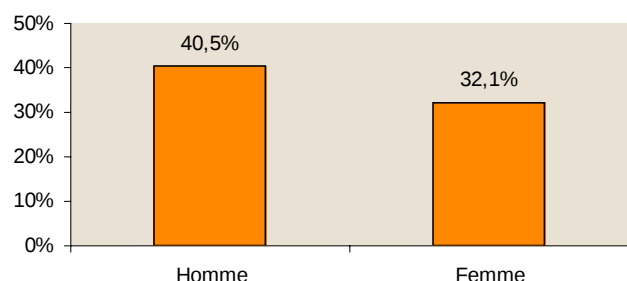
4.4.3.3 Consommation de drogues et de substances volatiles

Plus de 36,2% des membres des Premières Nations ont mentionné avoir consommé des drogues dans les 12 mois précédant l'enquête. Dans l'ensemble de la population, 26,6% des individus ont consommé de la marijuana, 11,0% de la cocaïne, du crack ou de la freebase, 8,6% de la codéine, de la morphine ou des opiacés et 4,6% du PCP ou de la poudre d'ange.

Au total, 10,2% des adultes des Premières Nations ont déjà été traités pour un abus de drogue, soit davantage d'hommes (12,2%) que de femmes (8,2%). De plus, 40,5% des hommes affirment consommer de la drogue par rapport à 32,1% des femmes (graphique 132).



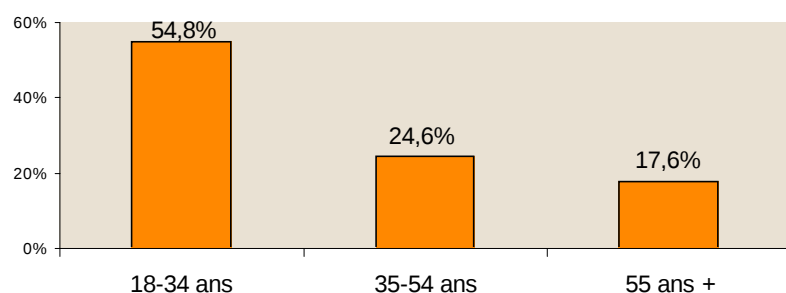
Graphique 132: Proportions d'adultes ayant consommé de la drogue et/ou des substances volatiles, par sexe (12 mois précédant l'enquête)



Plus de 54,8% des 18 à 34 ans ont consommé de la drogue et/ou des substances volatiles dans les 12 mois précédant l'enquête. Ce pourcentage diminue à 24,6% chez les 35 à 54 ans et à 17,6% chez les 55 ans et plus. On remarque également que, en ce qui concerne la consommation de drogue et/ou de substances volatiles, les communautés de petite taille obtiennent une proportion inférieure d'adultes comparativement aux communautés de moyenne et de grande tailles. De plus, on constate que plus le niveau de scolarité des individus est élevé, moins ces derniers ont tendance à consommer des drogues et/ou des substances volatiles.

En ce qui concerne les communautés de petite taille, nous pourrions émettre l'hypothèse que les personnes habitant ces communautés sont moins nombreuses à déclarer qu'elles consomment de la drogue, pour une question de confidentialité. En effet, la proximité avec les autres individus est plus grande que dans les moyennes et les grandes communautés, et les rapports entre les personnes sont probablement plus étroits.

Graphique 133: Proportions d'adultes ayant consommé de la drogue et/ou des substances volatiles, par groupe d'âge (12 mois précédant l'enquête)

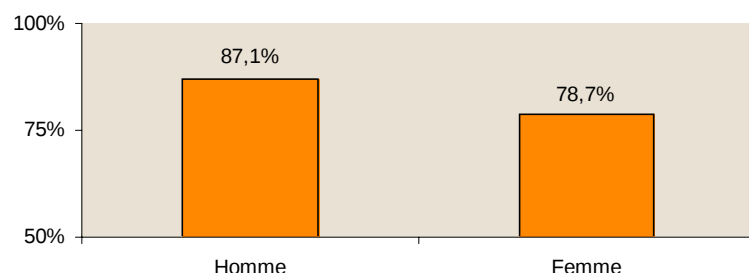


Finalement, on remarque que 50,4% des adultes qui ont déjà songé au suicide et 55,1% des adultes ayant déjà fait une tentative de suicide consomment de la drogue non prescrite et/ou des substances volatiles (les résultats en ce qui concerne le suicide ne concernent que les tentatives, les suicides ne pouvant être pris en compte dans le cadre de cette enquête par questionnaire). Lors de notre session d'interprétation, un informateur a d'ailleurs fait la remarque que les personnes qui font une tentative de suicide sont souvent intoxiquées par l'alcool ou les drogues au moment de leur tentative. Enfin, 47,5% des membres des communautés qui affirment avoir un bas niveau d'équilibre physique, mental, émotionnel et spirituel disent faire usage de drogues et/ou de substances volatiles.

4.4.3.4 Santé sexuelle - Contraception et maladies transmises sexuellement (MTS)

82,9% des individus ont eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête. Toutefois, nous constatons que plus les individus avancent en âge, moins ils sont nombreux à affirmer avoir eu des relations sexuelles dans les 12 mois précédant l'enquête. 87,1% des hommes ont indiqué qu'ils ont eu des relations sexuelles dans les 12 mois précédant l'enquête. Chez les femmes, ce pourcentage est de 78,7%.

Graphique 134: Proportions d'adultes ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles, par sexe (12 mois précédant l'enquête)



La grande majorité (85,7%) des membres des Premières Nations a eu un ou deux partenaires sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête. Le pourcentage des personnes ayant eu plus de deux partenaires au cours des 12 mois précédant l'enquête est faible. En effet, 13,5% des 18 à 29 ans affirment toutefois avoir eu 3 ou 4 partenaires différents au cours des 12 mois précédant l'enquête et 10,5% affirment avoir eu 5 partenaires ou plus. En fait, plus les individus avancent en âge, plus le nombre de partenaires diminue.

De plus, nous constatons que les célibataires sont les seuls, avec les individus âgés de 18 à 29 ans, à obtenir des proportions un peu plus élevées en ce qui a trait au nombre de partenaires. En effet, 18,0% de ces derniers affirment avoir eu 3 ou 4 partenaires et 11,7% affirment avoir eu 5 partenaires ou plus. Les hommes ont également tendance à déclarer avoir plus de partenaires que les femmes.

Le condom est le moyen contraceptif le plus utilisé, soit par 42,2% des adultes actifs sexuellement. Viennent ensuite les contraceptifs oraux qui sont utilisés par 15,7% des adultes actifs sexuellement. Plus du tiers des individus affirment n'utiliser aucune méthode contraceptive (31,7%) et 5,6% utilisent la méthode du coït interrompu. Comme nous pouvons le constater dans le tableau 54, 41,8% emploient un moyen contraceptif pour empêcher les naissances. 37,9% disent également employer ces méthodes comme protection contre les maladies transmises sexuellement (MTS).

Tableau 54: Proportions d'adultes ayant mentionné diverses raisons pour utiliser les moyens contraceptifs

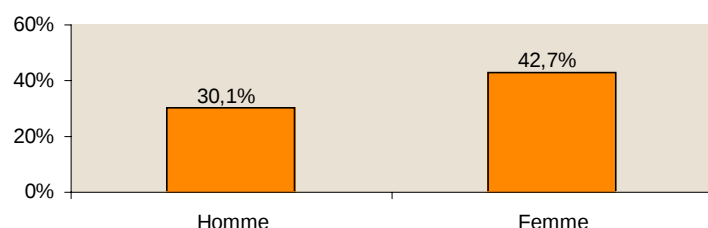
Raisons invoquées pour l'utilisation de moyens contraceptifs	% des adultes
Empêcher les naissances	41,8%
Empêcher les naissances et protection des MTS	37,9%
Protection des MTS	17,8%
Autres raisons	2,5*

Nous remarquons clairement que plus les individus vieillissent, moins ils utilisent de méthodes contraceptives et moins ils utilisent le condom pour se protéger des MTS. Les 40 à 59 ans sont ceux qui utilisent le moins le condom, en évoquant principalement la raison qu'ils étaient avec leur partenaire sexuel régulier. D'ailleurs, le fait d'avoir un partenaire régulier a une incidence sur le fait que les individus se protègent ou non des MTS. Les célibataires utilisent plus souvent un condom pour se protéger des MTS, soit dans une proportion de 44,8% comparativement à 12,8% des personnes mariées. En fait, 31,7% des individus ayant eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête n'utilisent aucune méthode contraceptive et 51,6% des individus ayant eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête affirment ne jamais utiliser un condom pour se protéger des MTS. Parmi ces derniers, 68,3% affirment qu'ils n'utilisent pas le condom parce qu'ils sont avec un partenaire régulier, 10,8% parce qu'eux ou leurs partenaires ne voulaient pas en utiliser et 6,3% disent qu'ils pensaient qu'ils ne courraient aucun danger. Notons que les hommes affirment avoir eu plus de partenaires au cours des 12 mois précédant l'enquête que les femmes.



Le graphique suivant démontre qu'une proportion plus importante de femmes que d'hommes a passé un test de VIH.

Graphique 135: Proportions d'adultes ayant subi un test de dépistage du VIH, par sexe



Finalement, les personnes mariées obtiennent la proportion la plus basse d'adultes ayant passé un test de dépistage du VIH, suivie des célibataires. Celles qui obtiennent les proportions les plus élevées sont les personnes séparées, en union de fait ou divorcées.

Taille de la communauté et zone géographique

En ce qui a trait à la taille de la communauté et à la zone géographique, les proportions d'adultes actifs sexuellement sont sensiblement les mêmes. De plus, le nombre moyen de partenaires sexuels est d'environ deux. Toutefois, nous pouvons observer quelques différences par rapport aux comportements liés à l'emploi de méthodes contraceptives.

Par exemple, les personnes vivant dans les communautés de petite taille utilisent moins le condom. Toutefois, on y voit le pourcentage le plus élevé quant à l'utilisation de contraceptifs oraux. Les communautés de petite taille utilisent davantage les méthodes contraceptives pour le contrôle des naissances que pour se protéger des MTS. Ce sont les communautés de grande taille qui utilisent le plus fréquemment le condom et qui obtiennent le pourcentage le plus élevé d'individus qui mentionnent l'utiliser pour se protéger des MTS.

Tableau 55: Méthodes contraceptives employées par les adultes selon la taille de la communauté

Méthodes contraceptives	Petite taille	Moyenne taille	Grande taille
Coït interrompu	#	#	7,4%*
Condom	29,4%*	41,2%	42,7%
Contraceptif oral	21,1%*	15,6%*	16,6%
Aucune	34,8%*	31,9%	31,5%

Les communautés situées en zone 1 sont celles où l'on compte le plus grand nombre de personnes ayant subi le test de dépistage du VIH et où l'on observe la proportion d'adulte qui utilise le condom la plus faible. Nous remarquons également que plus les individus habitent en zone isolée, moins ils passent le test de dépistage du VIH.

4.4.4 Soins de santé préventifs

Cette section traite du suivi médical, des examens médicaux passés par les membres des Premières Nations ainsi que de l'utilisation de la médecine traditionnelle. En fait, 76,7% des membres des Premières Nations affirment n'avoir jamais consulté un guérisseur traditionnel. Seulement 9,9% affirment en avoir consulté un dans les 12 mois précédant l'enquête. Bien que ce pourcentage soit faible, il est à la hausse par rapport à l'enquête de 1997. En effet, 5,1% des individus avaient alors consulté un guérisseur dans les 12 mois précédant l'enquête.

Parmi les analyses ou examens passés au cours des 12 mois précédant l'enquête, la vérification de la pression artérielle, l'examen de la vue et l'analyse du taux de glycémie obtiennent les plus hauts pourcentages, tel que démontré dans le tableau suivant.

Tableau 56: Proportions d'adultes ayant subi divers examens médicaux (12 mois précédant l'enquête)

Examens médicaux	% d'adultes
Pression artérielle	63,7%
Examen de la vue	60,3%
Taux de glycémie	53,0%
Cholestérol	47,7%
Examen physique complet	44,0%
Examen rectal (hommes seulement)	17,9%

Plus les adultes vieillissent, plus ils subissent d'analyses ou d'examens médicaux. Toutefois, les examens de la vue sont légèrement plus fréquents pour les 18 à 29 ans (53,5%) que pour les 30 à 39 ans (51,9%). Pour ce qui est des différentes analyses ou examens médicaux s'adressant aux hommes et aux femmes, ces dernières obtiennent des pourcentages toujours plus élevés que les hommes.

Tableau 57: Proportions d'adultes ayant subi divers examens médicaux, par sexe (12 mois précédant l'enquête)

Examens médicaux	Homme	Femme
Pression artérielle	57,1%	70,3%
Examen de la vue	58,6%	62,0%
Taux de glycémie	44,2%	61,5%
Cholestérol	41,0%	54,4%
Examen physique complet	40,0%	47,9%
Examen rectal (hommes seulement)	17,9%	---

Les membres des Premières Nations habitant dans les communautés de petite taille passent généralement plus d'analyses et d'examens médicaux que ceux qui habitent les communautés de moyenne et de grande tailles, exception faite des examens de la vue, pour lesquels ils obtiennent un pourcentage légèrement inférieur à ceux des autres communautés. Finalement, les adultes habitant dans les communautés situées en zone 4 passent moins d'analyses et d'examens médicaux. Ce sont ceux qui habitent dans la zone 1 qui en passent le plus.

4.4.5 Pensionnats autochtones⁴³

Dans cette section, nous avons cherché à connaître les répercussions des pensionnats autochtones sur différentes générations d'individus au sein des Premières Nations. Au total, 17,0% des adultes ont fréquenté un pensionnat. Parmi eux, 36,3% estiment que le pensionnat a eu des répercussions négatives sur leur santé et leur bien-être. Parmi les répercussions négatives analysées, la violence verbale et le fait d'être isolé de la famille obtiennent les proportions les plus élevées. Toutefois, le tableau qui suit témoigne que l'abus physique a touché 56,5% des pensionnaires qui estiment que le pensionnat a eu des répercussions négatives et que 43,5% ont été témoin d'abus. La perte de la langue et de l'identité culturelle des anciens pensionnaires présentent également des proportions élevées.

⁴³ Les pensionnats, qu'on nomme aussi écoles résidentielles, sont les institutions exploitées par le gouvernement fédéral ou les communautés religieuses où ont vécu de nombreux enfants autochtones de partout au Canada entre 1860 et 1974.

Tableau 58: Proportions d'adultes ayant vécu diverses difficultés parmi les adultes ayant déclaré que le pensionnat a eu des répercussions négatives sur leur santé

Difficultés vécues	% des adultes
Violence verbale ou physique	69,9%
Isolé de la famille	69,0%
Discipline sévère	68,9%
Perte de l'identité culturelle	64,3%
Perte de la langue	61,1%
Abus physique	56,5%
Perte de la religion / spiritualité traditionnelle	49,0%
Témoign d'abus	43,5%
Abus sexuels	28,6%*
Manque de vêtements	25,2%*
Piètre éducation	17,3%*
Séparation avec la communauté d'origine	#
Conditions de vie difficiles	#
Manque de nourriture	#
Intimidation de la part des autres enfants	#

Un très faible pourcentage des 18 à 34 ans ont fréquenté les pensionnats autochtones. Ceci est probablement dû, entre autres, au fait que ces institutions ont commencé à fermer leurs portes au milieu des années 70. Cependant, 24,9% des 35 à 54 ans et 24,8% des 55 ans et plus ont affirmé avoir vécu au pensionnat. Parmi ceux-ci, 40,2% des 35 à 54 ans et 42,8% des 55 ans et plus disent que cette expérience a eu des répercussions négatives sur leur santé et leur bien-être.

En fait, les 18 à 34 ans obtiennent la proportion la plus élevée de ceux dont un parent ou plus a fréquenté les pensionnats, soit 49,4%. Un faible pourcentage de la population adulte a mentionné qu'un ou plusieurs de leurs grands-parents ont fréquenté un pensionnat, soit 8,5%.

On remarque que l'âge de l'entrée au pensionnat varie davantage que l'âge de sortie. Généralement, les personnes ont quitté le pensionnat vers l'âge de 14 ou 15 ans. Par contre, nous remarquons que les 18 à 34 ans ont débuté leur séjour vers l'âge de 12 ans, alors que les 35 à 54 ans et les 55 ans et plus sont entrés en moyenne vers l'âge de 10 ans. Il semble donc que le séjour des 35 ans et plus ait été plus long.

Il semble aussi que les pensionnaires provenant des communautés moins isolées aient débuté leur séjour en pensionnat plus tôt et y soient demeurés plus longtemps. En effet, les pensionnaires des communautés situées en zones 1 et 2 entraient au pensionnat vers l'âge de 9 ans et en sortaient vers l'âge de 14 ans. Les pensionnaires provenant des communautés situées en zones 3 et 4 entraient vers l'âge de 13 ans et sortaient vers l'âge de 15 ans en moyenne.

Nous remarquons certains cas où les individus entraient plus tôt au pensionnat. En effet, les Algonquins sont entrés en moyenne vers l'âge de 7 ans, par contre, ils en sont sortis vers l'âge de 11 ans. Les Mi'gmaqs sont entrés en moyenne vers l'âge de 6 ans et sont sortis vers 13 ou 14 ans, ce qui fait qu'ils ont passé plus de temps dans les pensionnats comparativement aux autres nations, soit une moyenne de 7 ans, comparativement à une moyenne de 4 ans pour les autres nations.

4.4.5.1 Répercussions négatives des pensionnats autochtones

La proportion d'hommes affirmant que le pensionnat a eu des répercussions négatives sur leur santé et leur bien-être est légèrement plus élevée que celle des femmes, soit 39,9% par rapport à 32,8%. En ce qui a trait aux cas d'abus sexuels, seulement les hommes obtiennent un pourcentage significatif, soit 34,0% de ces derniers qui ont vécu des abus sexuels. Les femmes sont plus nombreuses à avoir été témoin d'abus, soit 47,7%. Les hommes obtiennent, quant à eux, des pourcentages plus élevés en ce qui concerne les répercussions de la violence physique et verbale et de la perte de leur langue maternelle. Le fait d'être isolé

de la famille et la discipline sévère touche une proportion plus élevée de femmes que d'hommes. Les hommes affirment également dans une proportion plus importante, que le fait que leurs parents aient étudié dans un pensionnat a eu des répercussions négatives sur leur éducation.

Les 35 à 54 ans obtiennent les proportions les plus élevées quant au nombre d'impacts négatifs du pensionnat sur leur santé et leur bien-être, suivi de près par les 55 ans et plus. Toutefois, nous pourrions noter que les impacts négatifs ne sont pas les mêmes, en ordre d'importance, d'une génération à l'autre. En effet, les 55 ans et plus obtiennent la proportion la plus élevée de cas d'abus sexuels, alors que les 34 à 55 ans obtiennent des proportions particulièrement élevées en ce qui a trait à la violence physique et verbale, le fait d'avoir été isolés de la famille et la discipline sévère. Pour les 18 à 34 ans, seulement la perte de leur langue maternelle et le fait d'avoir été isolés de la famille obtiennent des proportions significatives sur le plan statistique.

Tableau 59: Répercussions négatives des pensionnats sur la santé des adultes parmi ceux qui ont déclaré avoir subi des répercussions négatives, par groupe d'âge

Répercussions négatives des pensionnats	18-34 ans	35-54 ans	55 ans +
Perte de la langue	62,5%*	63,1%	56,7%
Perte de l'identité culturelle	#	71,0%	56,0%
Abus physiques	0,0%	62,2%	56,0%
Perte de la religion/ spiritualité traditionnelle	#	58,4%	32,4%*
Manque de vêtements	0,0%	26,4%*	#
Violence verbale ou physique	#	72,4%	68,0%
Isolé de la famille	62,5%*	73,3%	61,4%
Discipline sévère	#	74,2%	66,2%
Abus sexuels	0,0%	29,6%*	32,1%*
Témoignage d'abus	0,0%	43,8%	51,2%

Les 35 à 54 ans obtiennent non seulement une proportion élevée en ce qui a trait aux répercussions négatives qu'a eu le pensionnat sur leurs parents et, indirectement, sur l'éducation parentale qu'ils ont reçue. Également, une proportion plus élevée d'adultes (72,6%) ont mentionné que le fait que leurs grands-parents aient fréquenté un pensionnat a eu des répercussions négatives sur l'éducation qu'ils ont reçue de leurs parents.

Nous remarquons que plus les communautés sont de taille importante, plus la proportion de personnes ayant fréquenté un pensionnat augmente, ainsi que la proportion de personnes ayant subi des répercussions négatives. Ce sont les communautés situées en zone 2 qui obtiennent les proportions les plus élevées en ce qui a trait aux répercussions négatives des pensionnats sur la santé et le bien-être. Toutefois, les communautés ayant la proportion la plus élevée d'adultes ayant fréquenté les pensionnats sont situées en zone 3.

Finalement, chez les Algonquins affirmant que la fréquentation des pensionnats a eu des effets négatifs sur leur santé, on compte 51,2% qui ont déclaré avoir subi des abus sexuels. Ce sont aussi eux qui mentionnent le plus de répercussions négatives des pensionnats sur leur santé et leur bien-être, suivis des Innus et des Atikamekw.

4.4.6 Bien-être personnel et social

4.4.6.1 Perceptions sur le bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel

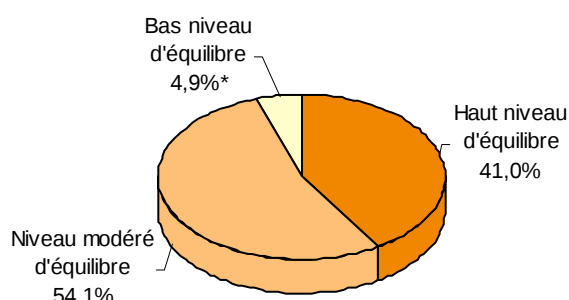
Cette section cherche à déterminer la perception des adultes sur le niveau d'équilibre de leur vie selon quatre dimensions de l'équilibre (physique, émotionnel, mental et spirituel).

Nous verrons à la section suivante (indicateur d'autodétermination) que bien que plusieurs adultes aient un degré d'équilibre fort, le degré de contrôle que les adultes exercent sur leur vie est, pour la majorité, très bas (56,5%). En effet, seulement le tiers des adultes ont une bonne emprise personnelle sur leur vie.

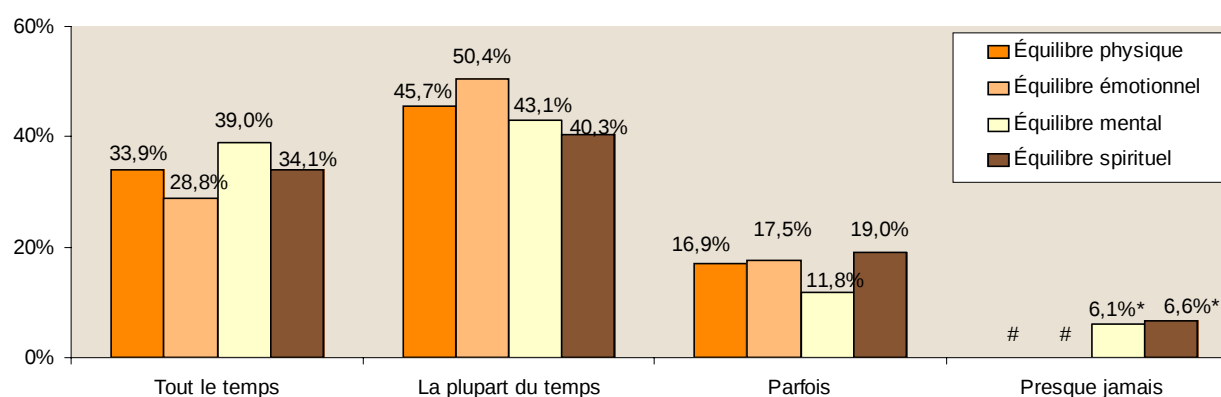


Le graphique 136 démontre que 59,0% des individus ont indiqué avoir un niveau d'équilibre de vie bas ou modéré, selon les différentes dimensions de l'équilibre (physique, émotionnel, mental et spirituel). De plus, 45,7% des hommes ont un haut niveau d'équilibre de vie, comparativement à 36,4% des femmes. Toutefois, 49,3% des hommes et 58,9% des femmes ont un niveau d'équilibre modéré. Rappelons que le niveau d'équilibre de vie inclut les équilibres physique, émotionnel, mental et spirituel.

Graphique 136: Perceptions des adultes sur le degré d'équilibre dans leur vie

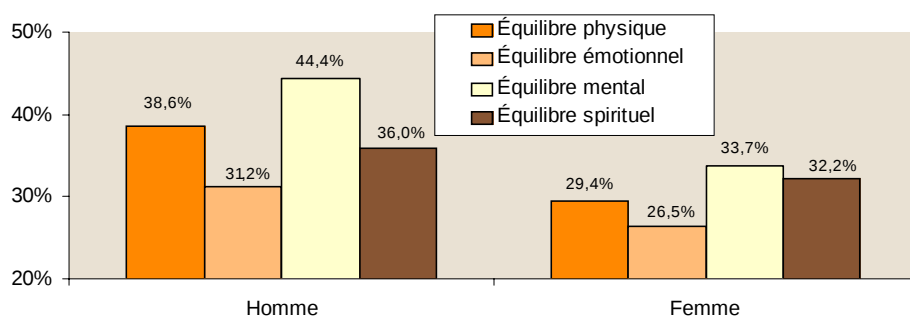


Graphique 137: Fréquence de l'atteinte de diverses dimensions de l'équilibre



L'enquête révèle que 38,6% des hommes et 29,4% des femmes se sentent tout le temps équilibrés physiquement, alors que 3,1% et 3,8% respectivement ne le sont presque jamais. Les pourcentages sont avoisinants en ce qui concerne l'équilibre émotionnel. En effet, 31,2% des hommes et 29,4% des femmes se disent tout le temps en équilibre émotionnel, alors que 4,0% des hommes et 2,6% des femmes ne se considèrent presque jamais en équilibre émotionnel. Pour ce qui est de l'équilibre mental, 44,4% des hommes et 33,7% des femmes se sentent tout le temps en équilibre mental, alors que 5,7% des hommes et 6,4% des femmes ne le sont presque jamais. Enfin, les hommes répondent à 36,0% et les femmes à 32,2% être tout le temps en équilibre spirituel alors que 7,1% et 6,2% respectivement ne se sentent presque jamais en équilibre spirituel. Le graphique 138 illustre les pourcentages d'individus qui se disent tout le temps en équilibre physique, émotionnel, mental et spirituel, par sexe.

Graphique 138: Proportions d'adultes se sentant toujours équilibrés selon 4 dimensions de l'équilibre, par sexe

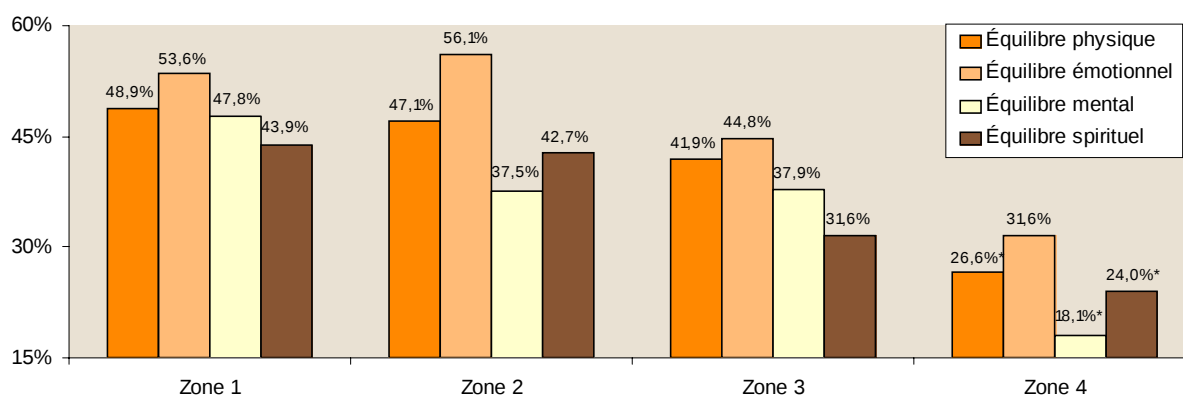


Les pourcentages d'individus qui se disent tout le temps équilibrés augmentent généralement avec l'âge, à l'exception de l'équilibre physique, où la tendance s'inverse. Les différences significatives quant à l'équilibre physique ne se remarquent que pour les personnes ayant répondu l'être la plupart du temps, passant de 48,1% des 18 à 34 ans à 41,8% des 55 ans et plus. Cependant, les pourcentages de personnes tout le temps équilibrées émotionnellement augmentent avec l'âge, passant de 26,5% des 18 à 34 ans à 33,3% des 55 ans et plus. Nous observons la même tendance pour l'équilibre mental, passant de 37,7% des 18 à 29 ans à 46,0% des plus de 60 ans. Enfin, 9,0%* des 18 à 29 ans ne se sentent presque jamais équilibrés mentalement. On note une bonne différence entre les 40 à 59 ans (47,3%) et les 60 ans et plus (35,5%) quant à un équilibre mental atteint la plupart du temps.

L'équilibre spirituel semble, quant à lui, associé à l'âge, passant de 27,9% des 18 à 29 ans qui se sentent toujours équilibrés, comparativement à 46,2% des 60 ans et plus. Notons que 9,7%* des 18 à 29 ans ne le sont presque jamais.

Également, la proportion d'adultes évaluant leur niveau d'équilibre de vie comme étant modéré semble associée à l'isolement de la communauté, passant ainsi de 58,4% des adultes en zone 1 à 50,6% des adultes en zone 4. Comme le démontre le graphique 139, les communautés isolées (zones 3 et 4) ont généralement des proportions d'adultes se sentant la plupart du temps équilibrés, inférieures à celles des communautés non isolées (zones 1 et 2).

Graphique 139: Proportions d'adultes se sentant équilibrés la plupart du temps selon 4 dimensions de l'équilibre, par zone géographique



La zone 4 compte 18,4%* d'individus ayant déclaré n'être presque jamais en équilibre physique, 17,4%* presque jamais en équilibre émotionnel, 42,2% presque jamais en équilibre mental et 23,0%* presque jamais en équilibre spirituel. Pour les autres zones, ces pourcentages varient entre 3,0% et 10,0%. Rappelons que la zone 4 compte les plus faibles pourcentages de diplômés et d'adultes salariés.

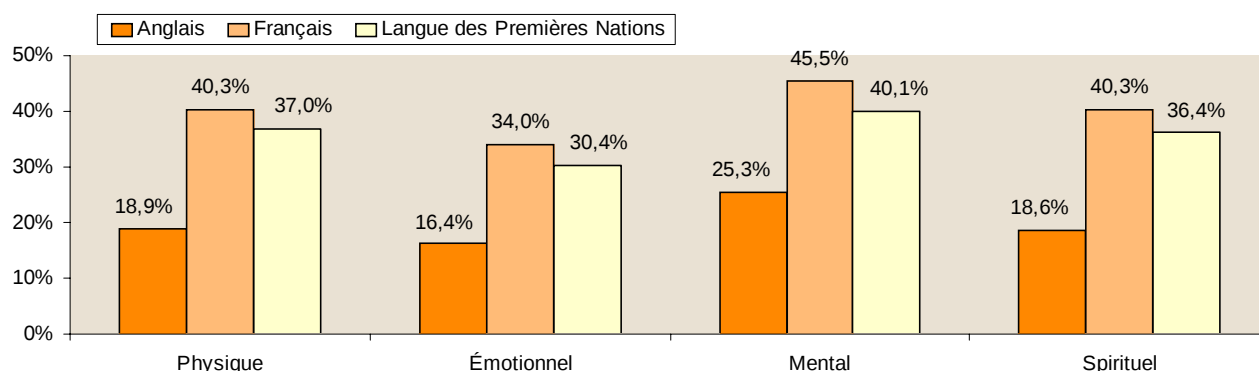


Les adultes vivant dans les communautés de petite taille comptent 56,1% d'individus ayant un haut niveau d'équilibre de vie, suivis des adultes vivant dans les communautés de grande taille (39,6%) et de ceux vivant dans les communautés de moyenne taille (31,3%).

28,2%* des Naskapis jugent leur niveau d'équilibre bas alors que l'autre extrême est occupé par les Hurons/Wendat, avec 65,5% l'évaluant élevé. Environ la moitié des individus des diverses nations se disent modérément équilibrés, ce pourcentage passant du tiers chez les Mohawks de Kanésatake, à 70,2% chez les Mi'gmaqs et à 75,2% chez les Algonquins.

51,3% des Naskapis ne se disent presque jamais en équilibre mental, les Hurons/Wendat étant à l'autre extrémité, avec 66,8% s'évaluant tout le temps en équilibre. Ces derniers présentent également la plus grande proportion d'adultes qui atteignent un niveau d'équilibre spirituel en tout temps (57,9%).

Graphique 140: Proportions d'adultes se sentant toujours équilibrés, selon la langue principalement utilisée



Les adultes qui utilisent la langue française le plus souvent sont plus nombreux à avoir un haut niveau d'équilibre de vie (48,7%) que les adultes utilisant principalement une langue des Premières Nations (42,4%), alors que les utilisateurs de la langue anglaise ne sont que 23,9% à avoir un haut niveau d'équilibre de vie. De plus, 7,6%* des personnes utilisant une langue des Premières Nations déclarent avoir un bas niveau d'équilibre de vie.

Notons enfin que seuls les adultes utilisant le plus souvent une langue des Premières Nations obtiennent des proportions significatives au plan statistique quant à l'équilibre mental (10,5%*) et spirituel (8,5%*) presque jamais atteints.

La proportion d'individus jugeant avoir un haut niveau d'équilibre de vie tend à augmenter avec le niveau de scolarité (passant de 39,8% pour les non diplômés à 50,4% pour les universitaires). 35,1% des individus ayant terminé leurs études secondaires et 37,4% de ceux ne l'ayant pas terminé affirment atteindre en tout temps un équilibre mental, comparativement à 43,2% pour ceux détenant un diplôme professionnel, technique ou collégial et à 44,7% pour ceux détenant un diplôme universitaire. 9,3%* des non diplômés affirment se sentir presque jamais en équilibre mental.

En considérant le statut civil des répondants, on remarque que les personnes mariées présentent la plus haute proportion de personnes se sentant toujours en équilibre (32,4%), alors que les personnes divorcées obtiennent la proportion la plus basse (20,3%*). Enfin, les veufs et les veuves sont 45,7% à être tout le temps en équilibre spirituel, suivis des personnes mariées (39,3%), et des personnes célibataires (29,0%).

4.4.6.2 Indice d'autodétermination

Indice arbitraire, l'Indice d'autodétermination évalue le degré de contrôle que les individus exercent sur leur vie. Un indice très bas signifie que l'individu n'exerce que peu de contrôle sur la vie, alors qu'un indice très haut se traduit par une solide emprise personnelle sur la vie. L'indice d'autodétermination a été élaboré selon

les réponses (fortement en accord ou en accord, neutre et en désaccord ou fortement en désaccord) aux énoncés suivants :

- « Je peux régler mes problèmes »;
- « Personne ne me bouscule dans la vie »;
- « J'ai la maîtrise sur les événements qui surviennent dans ma vie »;
- « Je peux réaliser à peu près tout ce que j'ai vraiment décidé de réaliser »;
- « Je me sens souvent démun(e) devant les problèmes de la vie »;
- « Ce qui m'arrive dans l'avenir dépend en grande partie de moi »;
- « Il n'y a pas grand chose que je puisse faire pour changer de nombreuses choses importantes dans ma vie ».

Tableau 60: Proportions d'adultes selon les degrés de l'Indice d'autodétermination

Indice d'autodétermination	% d'adultes
Très bas	56,5%
Bas	#
Modérément bas	#
Neutre	4,5%*
Modérément haut	16,2%
Haut	15,9%
Très haut	5,7%*

Précisons que les pourcentages présentés ci-contre excluent les 55,1% des répondants ayant indiqué la réponse « Ne sait pas/Refuse ». Soulignons également que 56,5% des répondants ont un indice d'autodétermination très bas. Enfin, moins du tiers des individus (32,1%) disent détenir un certain contrôle, alors que seulement 5,7%* affirment être en pleine maîtrise de leur équilibre de vie.

Lors de notre session d'interprétation, des participants nous ont fait part des remarques suivantes :

- « Les problèmes économiques constituent le nœud du problème : lorsqu'on est sans emploi, qu'on n'est pas propriétaire de sa maison, qu'on est assujéti à dépendre de l'argent du gouvernement, il est normal d'avoir un degré d'emprise sur sa vie qui soit peu élevé. Conséquemment, le décrochage scolaire est important, les jeunes voient l'avenir en noir et ne sont pas motivés ».
- Les préoccupations ne sont pas les mêmes en région isolées : dans les communautés isolées, le taux de pauvreté est alarmant et la priorité est souvent celle de se nourrir.
- Une participante souligna que dans sa communauté, les femmes travaillent généralement toute l'année alors que les hommes occupent des emplois saisonniers; ces derniers tendent à développer une faible estime d'eux-mêmes, entraînant des problèmes de jeux de hasard, d'alcoolisme, de toxicomanie et de suicide.
- La création des réserves, le régime des pensionnats, l'acculturation imposée, l'assimilation forcée, l'infantilisation de la part des instances dirigeantes et l'ingérence politique maintiennent les personnes dans un état de dépendance. Il devient alors difficile de transmettre des valeurs d'autodétermination à ses enfants lorsque tout semble destiné à détruire sa culture et son identité.

Le tableau suivant rassemble les énoncés constitutifs de l'indicateur d'autodétermination et présente les résultats pour l'ensemble de la population adulte.



Tableau 61: Degré d'accord avec diverses propositions relatives au degré de contrôle des adultes sur leur vie

Propositions générales sur la vie	Fortement en accord ou en accord	Neutre	En désaccord ou fortement en désaccord
Je peux régler mes problèmes	86,9%	7,5%*	#
Personne ne me bouscule dans la vie	80,6%	11,2%*	8,2%*
Je maîtrise les événements qui surviennent dans ma vie	77,2%	16,0%	6,8%*
Je peux réaliser à peu près tout ce que j'ai vraiment décidé de réaliser	83,2%	12,5%*	#
Je me sens souvent démuni(e) devant les problèmes de la vie	25,7%	20,4%	54,0%
Ce qui m'arrive dans l'avenir dépend en grande partie de moi	83,9%	11,0%*	#
Il y a peu que je puisse faire pour changer les choses importantes de ma vie	25,3%	14,5%	60,2%

Note : Il est important de noter qu'environ 55% de la population s'est abstenue de répondre à ces propositions.

A) Indice d'autodétermination selon le sexe

Les hommes et les femmes obtiennent des pourcentages similaires d'adultes ayant affirmé être fortement en accord ou en accord avec les propositions générales sur la vie. Toutefois, les femmes sont légèrement moins nombreuses à être fortement en accord ou en accord avec l'énoncé « Personne ne me bouscule dans la vie » et les hommes, quant à eux, sont légèrement plus nombreux à être fortement en accord ou en accord avec l'énoncé « Il y a peu que je puisse faire pour changer les choses importantes dans ma vie ».

B) Indice d'autodétermination selon le groupe d'âge

En ce qui concerne l'âge des individus, nous remarquons que les personnes âgées de 55 ans et plus obtiennent une proportion plus élevée d'adultes étant fortement en accord ou en accord avec l'énoncé « J'ai la maîtrise sur les événements qui surviennent dans ma vie » que les individus âgés entre 18 et 54 ans.

Toutefois, en ce qui concerne les énoncés « Je me sens souvent démuni(e) devant les problèmes de la vie », « Ce qui m'arrive dans l'avenir dépend en grande partie de moi » et « Il n'y a pas grand chose que je puisse faire pour changer de nombreuses choses importantes dans ma vie », les personnes âgées de 55 ans et plus ont une vision plus négative que les individus âgés entre 18 et 54 ans, comme nous pouvons l'observer dans le tableau suivant.

Tableau 62: Proportions d'adultes en accord ou fortement en accord avec diverses propositions relatives au degré de contrôle des adultes sur leur vie, par groupe d'âge

Propositions générales sur la vie	18-34 ans	35-54 ans	55 ans et +
Je me sens souvent démuni(e) devant les problèmes de la vie	24,8%	25,4%	28,7%*
Ce qui m'arrive dans l'avenir dépend en grande partie de moi	85,0%	84,9%	78,4%
Il y a peu que je puisse faire pour changer les choses importantes de ma vie	22,6%	24,4%	35,5%

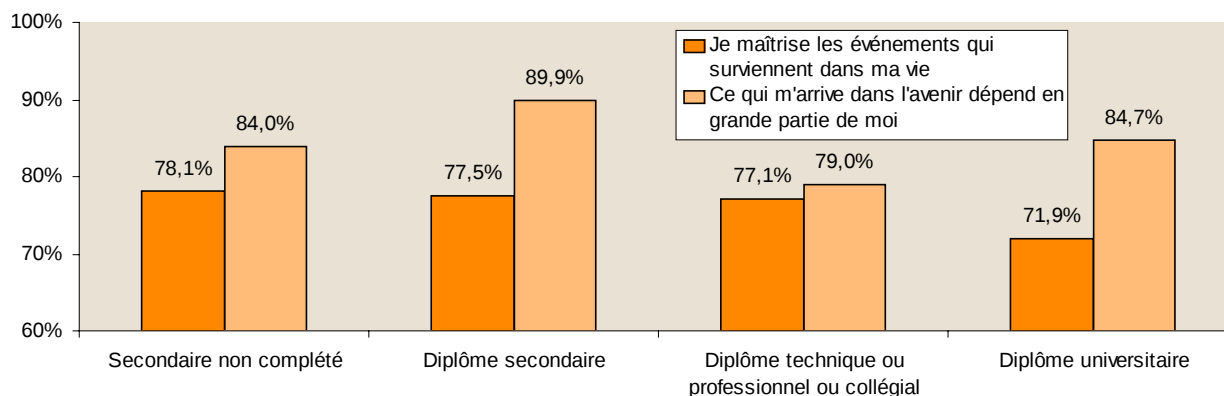
Ces résultats peuvent concorder avec le fait que les personnes âgées de 55 ans et plus sont plus fréquemment atteintes de maladies ou limitées dans leurs activités que les individus âgés entre 18 et 54 ans, ce qui accentue certainement le sentiment d'être démuni face aux événements de la vie courante ou encore, le sentiment d'être dépendant des autres.

C) Indice d'autodétermination selon le niveau d'éducation

Le niveau d'éducation semble associé au degré d'autodétermination des individus. En effet, ceux n'ayant pas complété leurs études secondaires ont une vision plus négative des propositions générales sur la vie mentionnées dans le questionnaire que ceux ayant un diplôme d'études secondaires, un diplôme professionnel, technique ou collégial ou un diplôme universitaire. Pour l'énoncé « Personne ne me bouscule dans la vie », les adultes n'ayant pas complété leurs études secondaires et ceux les ayant complétées obtiennent des pourcentages plus faibles d'adultes fortement en accord ou en accord avec cet énoncé, comparativement à ceux ayant un diplôme professionnel, technique, collégial ou universitaire.

Nous remarquons toutefois deux exceptions intéressantes. En effet, à l'énoncé « J'ai la maîtrise sur les événements qui surviennent dans ma vie », les résultats s'inversent : ceux détenant un diplôme universitaire obtiennent un pourcentage plus faible d'individus affirmant être fortement en accord ou en accord avec l'énoncé (71,9%), comparativement au reste des adultes (77,6%). Ensuite, à l'énoncé « Ce qui m'arrive dans l'avenir dépend en grande partie de moi », ce sont les adultes qui détiennent un diplôme technique, professionnel ou collégial qui obtiennent le pourcentage le plus faible, soit 79,0% comparativement à 86,2% pour le reste des adultes.

Graphique 141: Proportions d'adultes en accord ou fortement en accord avec diverses propositions relatives au degré de contrôle des adultes sur leur vie selon le niveau de scolarité



D) Indice d'autodétermination selon la taille de la communauté

Nous remarquons que les individus des communautés de petite taille ont tendance à avoir une vision plus positive des propositions générales sur la vie mentionnées dans le questionnaire que les communautés de moyenne et de grande tailles. Par contre, pour certaines propositions, telles que « J'ai la maîtrise sur les événements qui surviennent dans ma vie » et « Je peux réaliser à peu près tout ce que j'ai vraiment décidé de réaliser », les proportions d'adultes sont similaires pour les communautés de petite, moyenne et grande tailles.

73,9% des adultes des communautés de petite taille affirment être en désaccord ou fortement en désaccord avec l'énoncé « Je me sens souvent démuni(e) devant les problèmes de la vie » comparativement à 56,3% des adultes des communautés de grande taille et à 45,2% des adultes des communautés de moyenne taille. En réponse à l'énoncé « Il n'y a pas grand chose que je puisse faire pour changer de nombreuses choses importantes dans ma vie », 79,0% des adultes des communautés de petite taille affirment être en désaccord ou fortement en désaccord avec cet énoncé, comparativement à 61,5% dans les communautés de grande taille et à 47,5% dans les communautés de moyenne taille.

Finalement, les communautés de petite et de moyenne tailles obtiennent des proportions similaires d'adultes ayant répondu être fortement en accord ou en accord avec l'énoncé « Ce qui m'arrive dans la vie dépend en grande partie de moi » avec des proportions respectives de 88,5% et 89,5%, comparativement à 77,8% pour les adultes des communautés de grande taille.

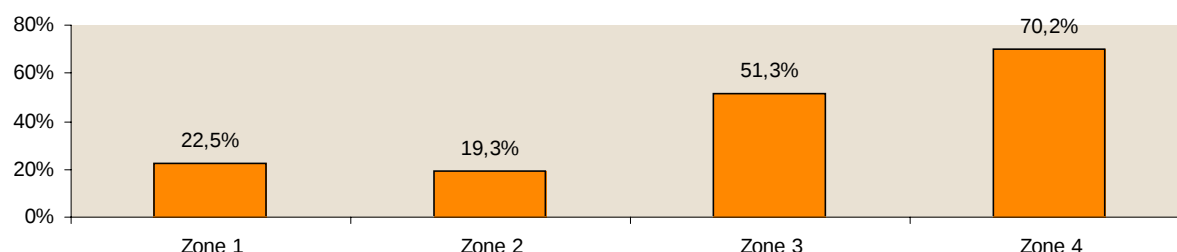


E) Indice d'autodétermination selon la zone géographique et la nation

Nous constatons que les adultes des Premières Nations habitant en zone 3 ont une vision plus négative en général de leur degré d'autodétermination. À l'énoncé « Je peux réaliser à peu près tout ce que j'ai vraiment décidé de réaliser », 56,0% ont répondu être fortement en accord ou en accord avec cette affirmation comparativement à 87,5% des adultes des zones 1, 2 et 4. Effectivement, les Innus et les Atikamekw, qui sont les nations ayant le plus de communautés en zone 3, obtiennent les proportions d'adultes fortement en accord ou en accord avec cet énoncé les plus basses.

À l'énoncé « Je me sens souvent démun(e) devant les problèmes de la vie », les individus des zones 3 et 4 obtiennent des proportions clairement plus élevées de personnes ayant répondu être fortement en accord ou en accord avec cette affirmation que les individus des zones 1 et 2, soit 51,3% des adultes en zone 3 et 70,2% en zone 4, comparativement à 22,5% en zone 1 et à 19,3% en zone 2.

Graphique 142: Proportions d'adultes ayant répondu être fortement en accord ou en accord avec l'énoncé « Je me sens souvent démun(e) devant les problèmes de la vie », par zone géographique



À l'énoncé « Il n'y a pas grand chose que je puisse faire pour changer de nombreuses choses importantes dans ma vie », les adultes des communautés situées en zone 4 ont une proportion plus élevée de personnes affirmant être fortement en accord ou en accord avec cette affirmation, soit 72,7% comparativement à une moyenne de 28,0% dans les autres zones.

Ces résultats peuvent être liés aux contraintes de l'isolement. Ce sont effectivement les Naskapis qui obtiennent les proportions les plus élevées d'individus fortement en accord ou en accord avec les affirmations « Je me sens souvent démun(e) devant les problèmes de la vie » et « Il n'y a pas grand chose que je puisse faire pour changer de nombreuses choses importantes dans ma vie ».

Toutefois, nous aimerions souligner que les Hurons/Wendat qui habitent en zone 1, obtiennent les proportions les plus basses d'individus affirmant être fortement en accord ou en accord avec les affirmations : « Je maîtrise les événements qui surviennent dans ma vie » et « Personne ne me bouscule dans la vie ».

4.4.6.3 Problèmes sociaux des adultes des Premières Nations et/ou de leur entourage

Le tableau 63 présente différents problèmes sociaux que les adultes devaient évaluer comme étant mineurs, majeurs ou ne faisant pas l'objet d'un problème au sein de leur famille et ce, au cours des 12 mois précédant l'enquête. Le tableau suivant présente ces résultats.

Tableau 63: Proportions d'adultes ayant vécu divers problèmes sociaux au sein de la famille (12 mois précédant l'enquête)

Problèmes sociaux	Aucun problème	Problème mineur	Problème majeur
Jeux de hasard/ loterie	79,0%	14,0%	7,0%*
Alcoolisme	59,1%	23,0%	17,9%
Abus de drogues ou médicaments	71,1%	15,8%	13,1%
Négligence envers les enfants	86,9%	9,8%	#
Violence familiale	83,7%	11,7%	#
Négligence envers les personnes âgées	93,8%	#	#
Abus sexuel	93,7%	#	#
Abus verbal ou psychologique	75,9%	18,4%	5,7%*
Conditions de surpeuplement	85,9%	9,0%*	5,2%*
Isolement de la famille	87,9%	9,7%	#
Manque de nourriture	88,5%	9,8%	#

L'âge des individus semble associé aux différents problèmes sociaux. En effet, les 55 ans et plus sont plus nombreux que les 18 à 34 ans à ne constater aucun problème au sein de leur famille. Seule la négligence envers les personnes âgées fait exception, où 88,9% des 60 ans et plus n'y voient aucun problème, contre 94,6% de la population de moins de 60 ans. Enfin, les jeunes adultes sont plus nombreux à déclarer des problèmes d'alcoolisme, d'abus de drogues ou de médicaments et d'abus verbaux ou psychologiques.

D'après les résultats de l'enquête, les communautés de petite taille affichent généralement moins de problèmes sociaux que les communautés de moyenne et grande tailles, avec une différence moyenne de 14,0%. Examinons les trois plus grands écarts observés :

1. Le problème d'alcoolisme présente la plus grande différence. En effet, 81,5% des adultes dans les petites communautés ne signalent aucun problème au sein de la famille, comparativement à 58,5% des adultes dans les moyennes communautés et 52,8% dans les grandes communautés.
2. 88,8% des personnes des petites communautés ont déclaré qu'aucun membre de leur famille n'a eu de problème d'abus de drogues ou de médicaments au cours des 12 mois précédant l'enquête, comparativement à 68,3% dans les moyennes et les grandes communautés.
3. Alors que respectivement 7,0% et 5,3% des personnes vivant dans les communautés de moyenne et de grande tailles reconnaissent un problème mineur d'abus verbaux ou psychologiques au sein de leur famille, ils ne sont que 1,4% des adultes des petites communautés à en constater.

Les individus utilisant le plus souvent la langue anglaise ou française sont plus nombreux que ceux utilisant une langue des Premières Nations à ne vivre aucun des problèmes sociaux énumérés au tableau 63, à l'exception de la négligence envers les personnes âgées, de l'isolement de la famille et de l'abus verbal ou psychologique, où l'on n'observe aucune différence significative entre ces groupes linguistiques.

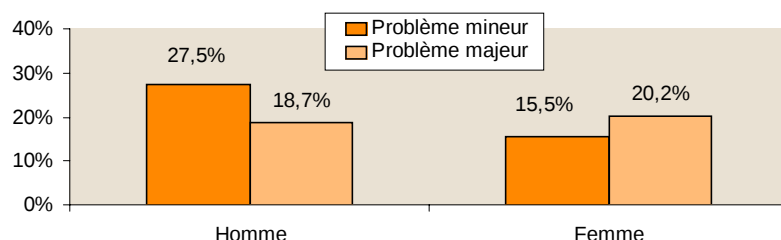
Le niveau de scolarité semble également associé aux problèmes sociaux puisque les individus n'ayant pas terminé leurs études secondaires identifient généralement davantage de problèmes que les diplômés, à l'exception de l'abus verbal ou psychologique, où l'on ne distingue aucune tendance. Encore une fois, les trois premiers éléments, soit le jeu de hasard, l'alcoolisme et l'abus de drogues ou de médicaments, se distinguent des autres éléments en ce qu'ils semblent associés au niveau de scolarité. En effet, les proportions d'adultes ayant les problèmes identifiés diminuent lorsque le nombre d'années d'études augmente.



A) Problèmes familiaux

Les femmes sont plus nombreuses (20,2%) que les hommes (15,5%) à déclarer connaître quelqu'un dans leur famille qui a eu un problème majeur lié à l'alcoolisme ou qui a reçu de l'aide à cet effet. Cependant, cette tendance s'inverse chez les personnes qui déclarent connaître quelqu'un de leur famille qui a un problème mineur lié à l'alcoolisme ou qui a déjà reçu de l'aide à cet effet, soit 27,5% des hommes et 18,7% des femmes.

Graphique 143: Proportions d'adultes ayant affirmé connaître quelqu'un dans leur famille qui a eu un problème majeur ou mineur lié à l'alcoolisme, par sexe



De plus, 8,1%* des femmes considèrent qu'un problème majeur d'abus verbaux ou psychologiques est survenu dans leur famille au cours des 12 mois précédant l'enquête. Le pourcentage d'hommes dans la même situation n'est pas significatif au plan statistique et ne peut donc être considéré.

Enfin, les communautés de zones 1 et 4 obtiennent généralement des proportions d'adultes similaires et plus élevées qu'en zones 2 et 3 et ce, pour presque tous les problèmes sociaux énumérés dans le tableau 63 présenté précédemment.

B) Solitude

Les veufs ou veuves sont généralement les moins nombreux à repérer en tout temps, dans leur entourage, quelqu'un pouvant leur offrir du soutien social, à l'exception de quelqu'un qui peut les conduire chez le médecin. On recense chez les Hurons/Wendat 25,2% des adultes de plus que les autres nations pouvant compter tout le temps sur quelqu'un pour chacune des affirmations, alors que les Naskapis sont toujours en tête de rang pour les réponses la plupart du temps (hormis pour quelqu'un qui peut vous conduire chez le médecin). Les personnes utilisant le plus souvent la langue française sont généralement les plus nombreuses à avoir tout le temps quelqu'un sur qui se fier (56,0%), alors que les utilisateurs de la langue anglaise sont généralement plus nombreux à avoir accès à quelqu'un sur qui se fier la plupart du temps, avec 33,2%. Enfin, les communautés de petite taille obtiennent généralement de meilleurs résultats que les communautés de moyenne et grande tailles à ce sujet.

Tableau 64: Disponibilité de différentes sources de soutien social

Sources de soutien social	Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Presque jamais
Personne de confiance pour parler quand le besoin se fait sentir	48,7%	29,4%	15,6%	6,2%*
Personne de confiance quand vous avez besoin d'aide	48,9%	30,8%	15,7%	4,7%*
Quelqu'un qui peut vous conduire chez le médecin	56,0%	22,1%	10,9%	10,9%
Quelqu'un qui vous démontre de l'amour et de l'affection	63,1%	20,9%	10,9%	5,1%*
Quelqu'un qui permet de prendre une pause dans la routine	34,3%	29,8%	23,3%	12,7%
Quelqu'un avec qui avoir du bon temps	52,4%	29,1%	14,1%	#
Confident/personne à qui parler de vous ou de vos problèmes	50,8%	27,5%	15,8%	5,9%*
Quelqu'un avec qui faire des choses agréables	50,8%	29,3%	14,0%	5,9%*

Les femmes sont plus nombreuses à disposer d'un réseau social pour discuter que les hommes. Ainsi, la moitié des femmes ont tout le temps accès à une personne de confiance pour parler quand le besoin se fait sentir, comparativement à 46,8% des hommes. De plus, 53,8% des femmes ont tout le temps la possibilité d'avoir un confident à qui parler d'elles ou de leurs problèmes, comparativement à 47,7% des hommes.

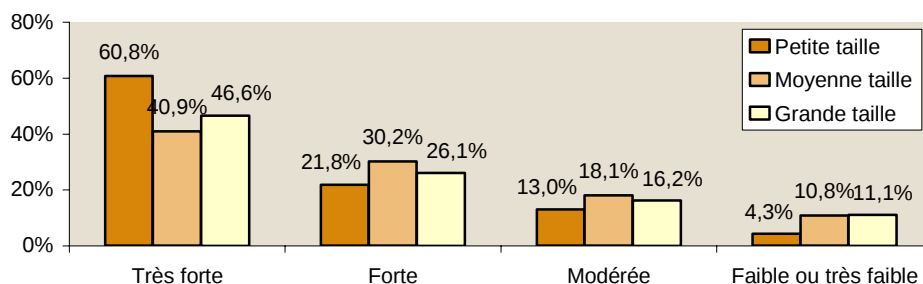
Toutefois, 54,9% des hommes et 50,0% des femmes ont tout le temps quelqu'un avec qui avoir du bon temps. Les proportions sont similaires pour la possibilité d'avoir accès à quelqu'un avec qui faire des choses agréables en tout temps, soit 53,4% des hommes et 48,2% des femmes.

Plus de la moitié (51,2%) des 18 à 34 ans ont accès à un confident en tout temps, cette proportion diminue à 46,8% chez les 55 ans et plus. De plus, 53,6% des 18 à 54 ans ont tout le temps quelqu'un avec qui avoir du bon temps, ainsi que 47,1% des 55 ans et plus.

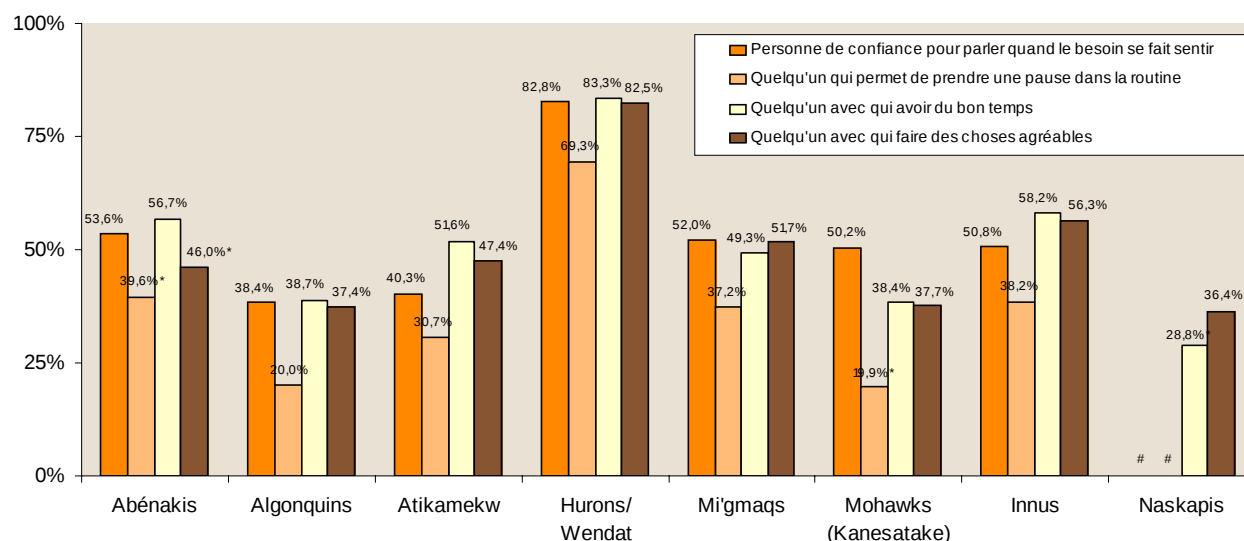
Le soutien disponible semble associé au degré d'isolement de la communauté. Une plus grande proportion d'adultes en zone 1 ont tout le temps une personne de confiance avec qui parler (52,7%) qu'en zone 4 (29,6%). Même constat en ce qui concerne le fait d'avoir accès en tout temps à une personne de confiance lorsqu'un besoin d'aide se fait sentir, soit 52,5% des adultes en zone 1 et 29,9% en zone 4. Également, une plus grande proportion d'adultes ayant quelqu'un leur démontrant de l'amour et de l'affection tout le temps se retrouvent en zone 1 (65,1%) qu'en zone 4 (49,5%). Enfin, la disponibilité d'un confident à qui parler de soi ou de ses problèmes en tout temps passe de 53,0% en zone 1 à 32,7% en zone 4.

À la lumière du graphique 144, il semble plus facile d'obtenir du soutien dans les petites communautés. Cependant, on peut remarquer que la disponibilité des sources de soutien est assez forte dans l'ensemble.

Graphique 144: Disponibilité des différentes sources de soutien selon la taille de la communauté



Graphique 145: Proportions d'adultes disant avoir toujours accès au soutien d'une ou de plusieurs personnes dans diverses situations, par nation

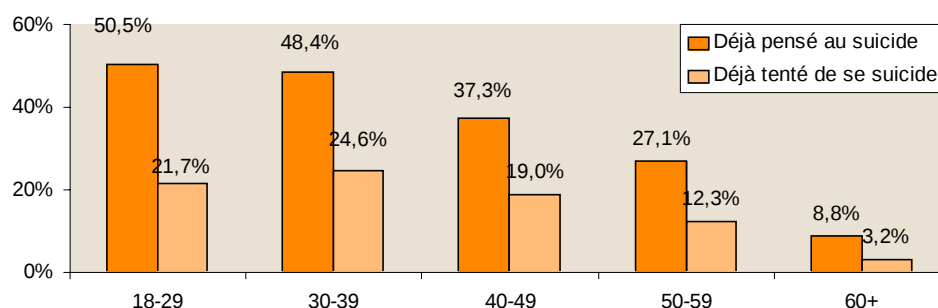


Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

C) Suicide

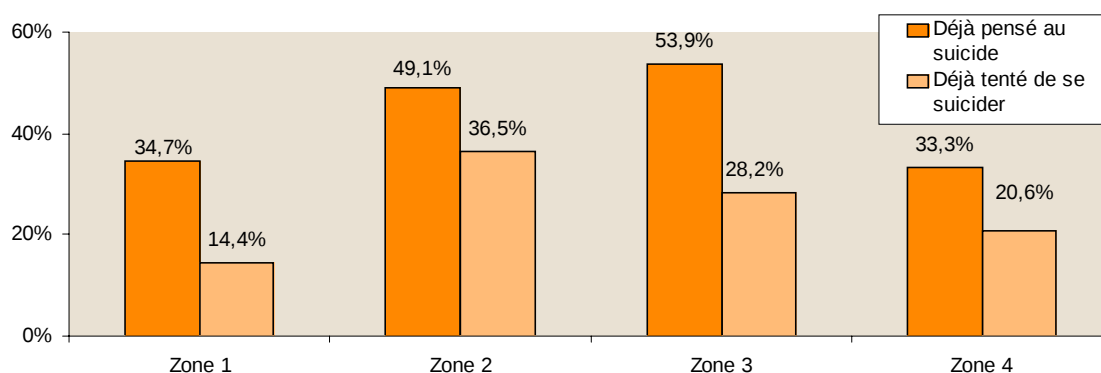
39,0% des adultes ont déjà pensé au suicide au cours de leur vie et 18,4% ont tenté de se suicider (les résultats relatifs au suicide ne concernent que les tentatives de suicide, les suicides ne pouvant être compilés par questionnaire). Parmi les adultes ayant déjà pensé au suicide, 5,8% ont pensé au suicide lorsqu'ils étaient âgés de moins de 12 ans, 38,9% y ont pensé entre 12 et 17 ans et 56,9% y ont pensé à 18 ans et plus. Notons que 11,7% des adultes qui ont affirmé avoir déjà pensé au suicide l'ont fait au cours des 12 mois précédant l'enquête. Enfin, parmi les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide, 37,7% l'ont faite lorsqu'ils étaient âgés entre 12 et 17 ans et 56,6% à 18 et plus.

Graphique 146: Proportions d'adultes ayant déjà pensé au suicide ou tenté de se suicider au cours de leur vie selon le groupe d'âge



Les communautés de zones 1 et 4 présentent les proportions les plus basses de personnes ayant déjà pensé au suicide, avec 34,0%. Les proportions les plus élevées se retrouvent dans la zone 3 (53,9%) et dans la zone 2 (49,1%). Nous observons des tendances similaires en ce qui concerne les adultes ayant fait une tentative de suicide, tel que présenté dans le graphique 147. Quant au suicide d'un ami ou d'un membre de la famille au cours des 12 mois précédant l'enquête, on obtient 13,4% en zone 1, 35,2% en zone 4 et une moyenne de 48,7% en zones 2 et 3.

Graphique 147: Proportions d'adultes ayant déjà pensé au suicide ou tenté de se suicider, par zone géographique



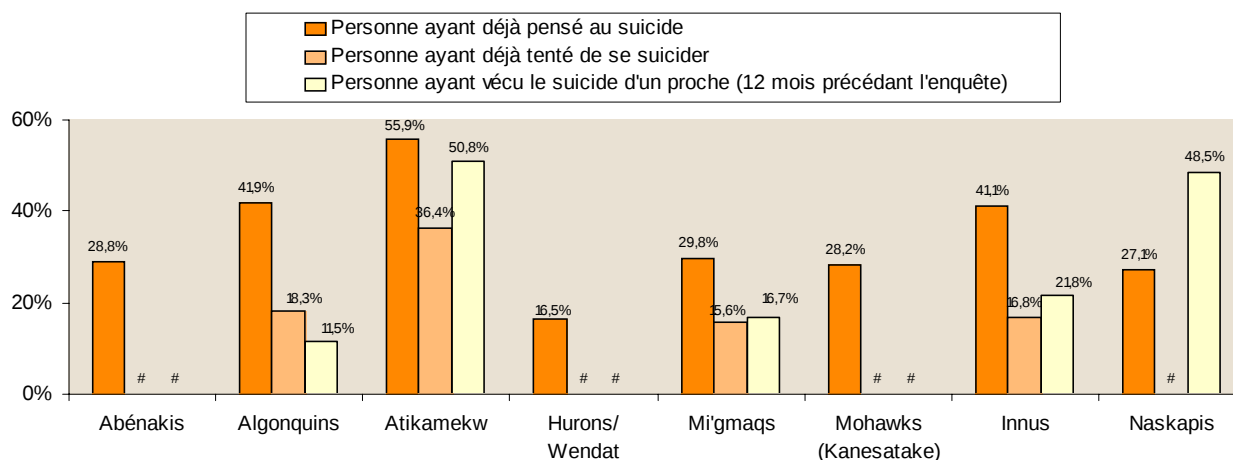
La taille de la communauté semble associée à la tendance qu'ont les individus à penser au suicide, passant ainsi de 29,9%* dans les petites communautés, à 42,4% dans les grandes. Même constat pour les tentatives de suicide : moins d'une personne sur dix dans les petites communautés a fait une tentative de suicide, comparativement à une personne sur cinq dans les grandes communautés.

Il semble y avoir une relation entre la langue utilisée et l'occurrence des idées suicidaires. En effet, 31,4% des anglophones et 37,7% des francophones ont pensé au suicide, tout comme 45,0% des adultes qui parlent principalement une langue des Premières Nations.

Les proportions d'adultes ayant un ami ou d'un membre de la famille qui s'est suicidé au cours des 12 mois précédant l'enquête tracent cependant des écarts beaucoup plus importants, passant ainsi de 18,4% pour les francophones à 32,0% pour les utilisateurs d'une langue des Premières Nations. Cette proportion n'est toutefois pas significative au plan statistique pour les anglophones. Notons qu'en moyenne, 21,6% des adultes ont affirmé que, depuis les 12 mois précédant l'enquête, un ami ou un membre de leur famille s'est suicidé.

Enfin, en 2002, le Bureau du coroner releva 33 suicides chez les membres des Premières Nations au Québec et 28 suicides en 2003. Le bureau précise que les suicides commis en milieu urbain ne sont pas nécessairement pris en compte, hormis si le nom de l'individu ou son apparence sont, sans équivoque, d'origine autochtone⁴⁴.

Graphique 148: Proportions d'adultes ayant eu une expérience relative au suicide, par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

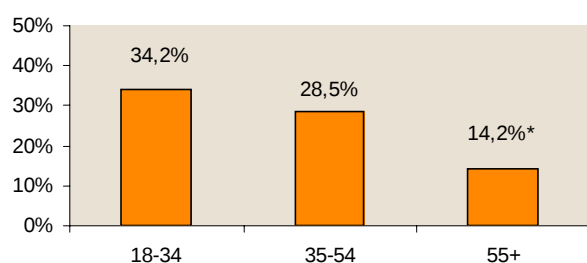
⁴⁴ Bureau du coroner du Québec. Communication personnelle, janvier 2005.

C) Racisme

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 28,3% des individus ont affirmé avoir été victimes de racisme. Parmi ceux-ci, 36,5% déclarent que ce racisme n'a eu aucun effet sur leur estime personnelle, alors que 24,2% disent avoir ressenti un peu d'effet et 24,4% disent avoir ressenti un certain effet.

30,7% des hommes et 25,9% des femmes ont été victimes de racisme au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les femmes semblent légèrement plus sensibles que les hommes au racisme, car 29,3% d'entre elles disent avoir ressenti un certain effet sur leur estime personnelle, comparativement à 20,1%* des hommes. Également, 45,6% des hommes n'ont senti aucun effet du racisme sur leur estime personnelle, comparativement à 26,0% des femmes. Le graphique suivant présente les adultes en ayant été victimes par groupe d'âge.

Graphique 149: Proportions d'adultes ayant été victimes de racisme, par groupe d'âge



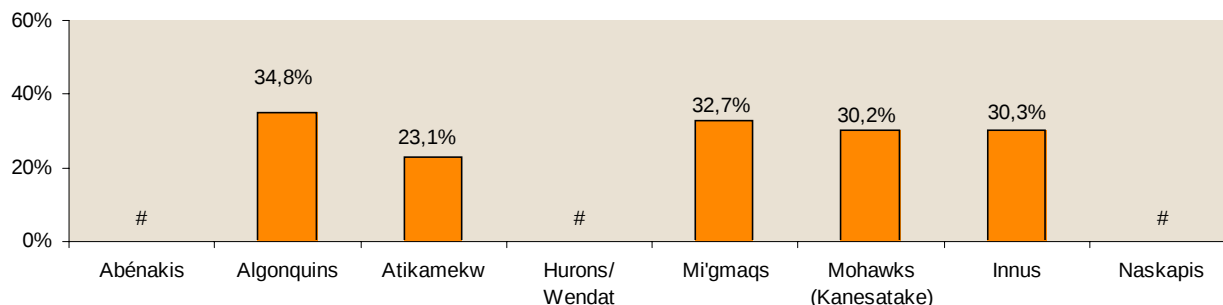
L'âge des individus semble associé au fait d'être victime de racisme, passant de 34,2% pour les 18 à 34 ans à 14,2%* pour les 55 ans et plus. Par contre, les jeunes adultes semblent moins affectés que les personnes plus âgées concernant les répercussions du racisme sur leur estime personnelle. En effet, 43,0% des 18 à 34 ans ne relèvent aucun effet sur celle-ci, ce pourcentage diminuant à 26,6%* chez les 55 ans et plus.

La proportion d'adultes ayant été victimes de racisme tend à diminuer selon le degré d'isolement de la communauté, passant de 29,2% en zone 1 à 15,2%* en zone 4. En zone 1, plus d'un individu sur cinq affirme ressentir certains effets du racisme sur son estime personnelle. Nous pourrions émettre l'hypothèse que les habitants des zones moins isolées (zones 1 et 2) sont plus sujets au racisme, puisqu'ils sont plus fréquemment en contact avec des personnes des autres milieux.

Alors que le quart des individus des communautés de petite et moyenne tailles ont été victimes de racisme, près du tiers l'a été dans les communautés de grande taille. De plus, 52,3%* des victimes de racisme vivant en petite communauté ne ressentent aucun effet sur leur estime personnelle, ce pourcentage diminuant à 30,2% des victimes de racisme dans les communautés de moyenne taille et à 36,5% dans les grandes communautés. Enfin, 23,1% des victimes de racisme des grandes communautés ont ressenti certains effets négatifs du racisme sur leur estime personnelle, ainsi que 29,3% des victimes dans les moyennes communautés.

Environ le tiers des adultes algonquins, mi'gmaqs, mohawks de Kanesatake et innus ont affirmé avoir été victimes de racisme dans les 12 mois précédant l'enquête, tout comme environ le quart des Abénakis et des Atikamekw et 15,7% des Hurons/Wendat et des Naskapis. Les Algonquins semblent être les plus sensibles aux répercussions du racisme sur leur estime personnelle, puisque 36,4% des individus en cause disent avoir ressenti certains effets négatifs. La moitié des Abénakis et des Atikamekw ne se sentent touchés d'aucune façon par le racisme, à l'instar de 40,3% des Innus et du tiers des Mi'gmaqs et des Mohawks de Kanesatake.

Graphique 150: Proportions d'adultes ayant été victimes de racisme, par nation



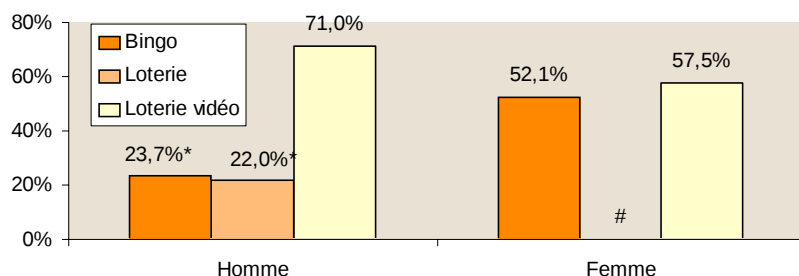
Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

Le niveau de scolarité complété ne permet pas de dégager de tendance sur ce point, mais la proportion la plus élevée d'adultes ayant été victimes de racisme (46,7%) se retrouve chez les universitaires. Parmi ceux-ci, 30,9%* ont ressenti « certains effets ». Enfin, 39,7% des diplômés du secondaire ont été victimes de racisme, contre 21,3% pour ceux n'ayant pas complété leurs études secondaires.

D) Jeux de hasard

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 8,4%* des adultes ont participé à des jeux de hasard au cours desquels ils ont perdu plus d'argent qu'ils ne pouvaient se le permettre. Cette proportion tend à diminuer avec l'âge, passant de 10,8% chez les 18 à 34 ans à 3,6% chez les 55 ans et plus. En ce qui concerne la nation, on ne constate pas de différences significatives sur le plan statistique. Le graphique 151 illustre, quant à lui, les types de jeux de hasard où l'individu a perdu plus d'argent qu'il ne pouvait se le permettre et ce, par sexe. On remarque qu'à l'exception du bingo, les hommes se sont davantage retrouvés dans la situation où ils ont perdu plus d'argent qu'ils ne pouvaient se le permettre, que les femmes.

Graphique 151: Proportions d'adultes ayant participé à des jeux de hasard où le joueur a perdu plus d'argent qu'il ne pouvait se le permettre, présentées par sexe



Le tableau 65 indique les divers jeux de hasard où les joueurs ont perdu plus d'argent qu'il ne pouvait se le permettre. Parmi les individus dans cette situation, les loteries vidéo sont les jeux de hasard où les adeptes ont perdu leur argent le plus fréquemment (65,1%) alors que les proportions pour les jeux de cartes privés et les paris sportifs n'ont pas été considérées étant non valides sur le plan statistique.



Tableau 65: Proportions d'adultes ayant participé à divers jeux de hasard parmi les adultes ayant déclaré avoir perdu plus d'argent qu'ils ne pouvaient se le permettre

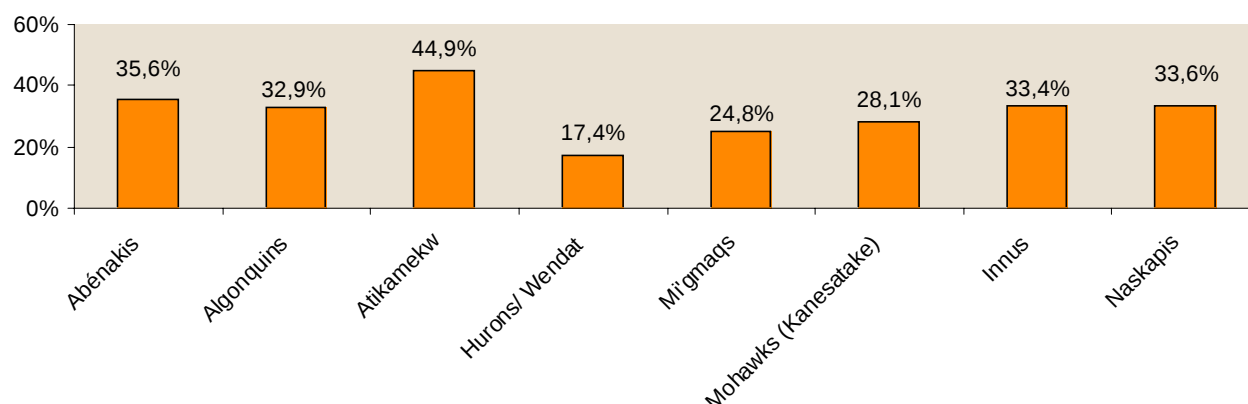
Jeux de hasard	% d'adultes
Lotteries video	65,1%
Bingo	36,1%
Loteries	19,5%*
Casino	14,9%*
Jeux de cartes privés	#
Paris sportifs	#

4.4.6.4 Agents de support

32,9% des adultes se sont sentis déprimés durant deux semaines ou plus dans les 12 mois précédant l'enquête, soit 27,9% d'hommes et 37,8% de femmes. Les 18 à 34 ans le sont légèrement davantage (35,0%) que les 55 ans et plus (30,0%). Alors que l'on recense 29,5% des personnes mariées ou en union de fait qui se sont senties déprimées, on en trouve 46,7% chez les adultes divorcés et 49,5% chez les adultes séparés.

La taille des communautés semble associée à la proportion de personnes déprimées puisque le quart de la population vivant dans une communauté de petite taille s'est sentie déprimée, comparativement au tiers de la population adulte dans les communautés de moyenne et grande tailles. On note que les personnes utilisant le plus souvent une langue des Premières Nations sont légèrement plus nombreux à s'être senties déprimées dans les 12 mois précédant l'enquête (36,6%) que celles utilisant le plus souvent le français (32,8%) ou l'anglais (26,4%). Enfin, le pourcentage de personnes s'étant senties déprimées tend à diminuer plus le niveau de scolarité augmente, passant de 35,0% des adultes n'ayant pas de diplôme, à 28,3%* des adultes ayant un diplôme universitaire.

Graphique 152: Proportions d'adultes s'étant sentis déprimés durant 2 semaines ou plus, présentées par nation (12 mois précédant l'enquête)



Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

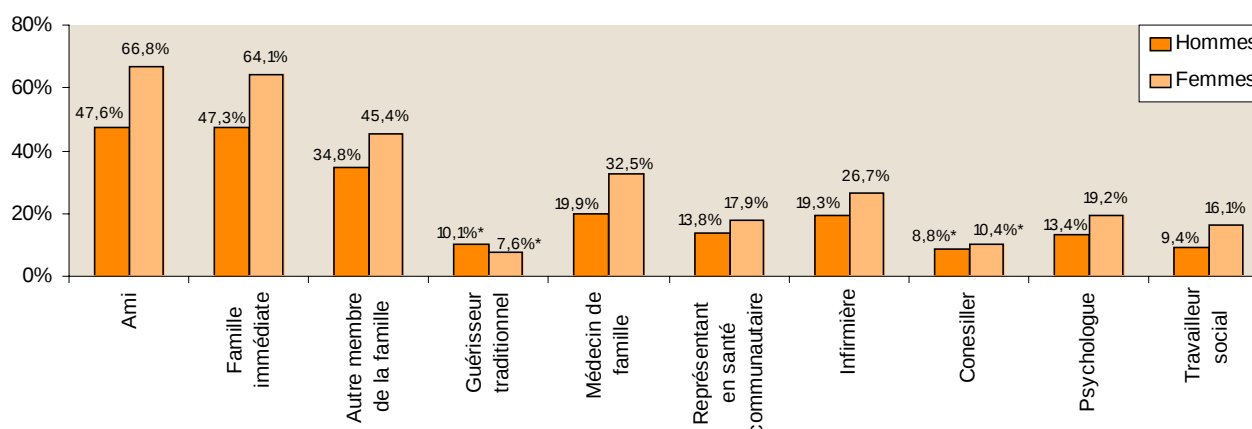
Le tableau 66 recense les différents types d'agent de support émotionnel ou mental, c'est-à-dire les personnes apportant du support à l'adulte en cas de difficultés. Il apparaît que les adultes préfèrent se confier à un ami ou à un membre de leur famille plutôt qu'à un professionnel de la santé, bien que ce dernier doit assurer la confidentialité.

Tableau 66: Agents de support auxquels se sont confiés les adultes au sujet de leur santé mentale ou émotionnelle (12 mois précédant l'enquête)

Agents de support	% d'adultes
Ami	57,3%
Membre de la famille immédiate	55,8%
Autre membre de la famille	40,2%
Médecin de famille	26,3%
Infirmière	23,0%
Psychologue	16,4%
Représentant en santé communautaire (RSC)	15,9%
Travailleur social	12,8%
Conseiller	9,6%
Guérisseur traditionnel	8,8%
Psychiatre	5,1%*
Ligne d'écoute téléphonique	#

Les hommes ont généralement moins d'agents de support que les femmes. Le graphique 153 présente les différents agents de support auxquels les hommes et les femmes ont parlé de leur santé mentale ou émotionnelle dans les 12 mois précédant l'enquête.

Graphique 153: Agents de support auxquels se sont confiés les adultes au sujet de leur santé mentale ou émotionnelle selon le sexe (12 mois précédant l'enquête)



La consultation d'amis ou de membres de la famille tend à diminuer avec l'âge, alors que c'est l'inverse pour le recours à des professionnels de la santé générale. Les professionnels de la santé mentale (psychologue, travailleur social) apparaissent comme le recours le moins populaire et plus les individus sont âgés, moins ils semblent enclins à consulter ces derniers.

On observe par conséquent la même tendance chez les individus ayant parlé de leur santé émotionnelle ou mentale à un ami dans les 12 mois précédant l'enquête. Plus les adultes sont jeunes, plus ils ont parlé de leur santé émotionnelle ou mentale à un ami dans les 12 mois précédant l'enquête, passant ainsi de 68,3% pour les 18 à 34 ans à 43,8% pour les 55 ans et plus.

De plus, 18,7% des 18 à 34 ans ont parlé de leur santé mentale ou émotionnelle à leur médecin de famille, cette proportion augmente avec l'âge, passant à 37,3% chez les 55 ans et plus. Similairement, 18,9% des 18 à 34 ans se sont confiés à une infirmière, comparativement à 30,7% des 55 ans et plus. Dans une moindre mesure, 13,3% des 18 à 34 ans ont consulté un représentant en santé communautaire (RSC), comparativement à 19,6% des 55 ans et plus. Alors que 17,5% des 18 à 54 ans ont eu recours à un psychologue, seuls 10,9%* des 55 ans et plus ont fait de même au cours des 12 mois précédant l'enquête.

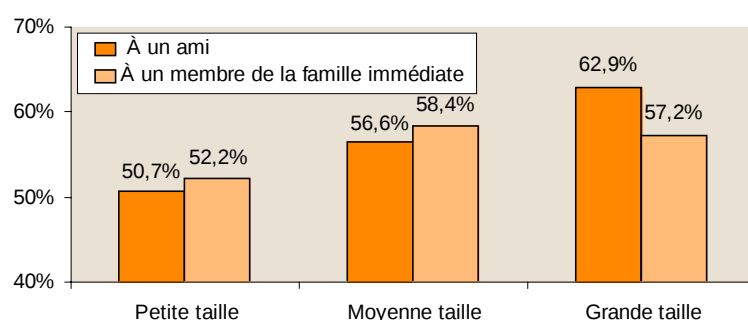


L'écart est moins grand pour les individus ayant parlé de leur santé mentale ou émotionnelle à un autre membre de la famille, soit 43,4% des 18 à 34 ans et 38,3% des 35 ans et plus.

Le recours aux amis et à la famille est nettement plus fréquent en zone 4 que dans les autres zones. En effet, ils sont 71,1% des adultes à consulter des amis ou des membres de leur famille en zone 4 comparativement à 56,3% dans les autres zones.

Les adultes des communautés de petite taille consultent généralement moins d'agents de support que ceux des communautés de grande taille, à l'exception du médecin de famille, du psychologue et des lignes d'écoute. Environ la moitié des adultes des communautés de petite taille ont parlé de leur santé émotionnelle ou mentale à un ami ou à un membre de leur famille au cours des 12 mois précédant l'enquête, comparativement à une moyenne de 60,5% pour les communautés de grande taille.

Graphique 154: Proportions d'adultes ayant parlé de leur santé émotionnelle ou mentale à un ami ou un membre de la famille immédiate selon la taille de la communauté (12 mois précédant l'enquête)



Les Naskapis se démarquent des autres nations en ce qui concerne le nombre d'agents de supports disponibles au sein des amis ou des membres de leur famille. En effet, environ la moitié des Naskapis peuvent compter sur au moins 3 amis ou membres de leur famille comme agents de support social, comparativement au tiers des Algonquins et des Innus et d'environ au quart des adultes des autres nations.

De plus, 74,1% des Naskapis ont parlé de leur santé émotionnelle ou mentale à un ami au cours des 12 mois précédant l'enquête et 73,3% à un membre de leur famille immédiate. Chez les autres nations, ce pourcentage oscille entre 47,6% (Hurons/Wendat) et 65,5% (Algonquins) pour le support provenant des amis et entre 48,2%* (Abénakis) et 65,8% (Algonquins) pour le support provenant d'un membre de la famille. Même constat pour les confidences faites à un autre membre de la famille : 63,9% des Naskapis l'ont fait dans les 12 mois précédant l'enquête. Cette proportion oscille entre 35,2% (Mi'gmaqs) et 47,6% (Algonquins) chez les autres nations. Soulignons, cependant, que 73,8% des Abénakis et 71,7% des Hurons/Wendat ne se sont pas confiés à un autre membre de la famille.

Les Naskapis se retrouvent à l'opposé quant la consultation des professionnels de la santé générale, car ils sont 71,7% à ne pas les avoir consulté dans les 12 mois précédant l'enquête, alors que cette proportion chez les autres nations varie entre 48,4% (Atikamekw) et 65,0% (Hurons/Wendat).

Quant aux intervenants sociaux, ce sont les Atikamekw qui se démarquent avec 41,4% des adultes ayant eu recours à leurs services, alors que cette proportion chez les autres nations varie entre 28,9% (Innus) et 14,0% (Mi'gmaqs). Enfin, alors qu'en moyenne, 1,4% des membres des communautés ont recours aux lignes d'écoute téléphoniques, ils sont 6,2% chez les Hurons/Wendat. Notons qu'aucune ligne d'écoute téléphonique destinée aux membres des Premières Nations n'est officiellement en place dans la Région du Québec, bien qu'une initiative soit à l'étude.

Les individus utilisant principalement une langue des Premières Nations consultent davantage les professionnels de la santé, soit 47,3% comparativement à une moyenne de 39,4% chez les adultes anglophones et francophones. Ils sont également 32,8% à avoir un agent de support en santé mentale, comparativement à 27,8% chez les francophones et 19,1% chez les anglophones.

Les personnes utilisant une langue des Premières Nations sont plus nombreux à avoir parlé de leur santé émotionnelle ou mentale à un guérisseur traditionnel dans les 12 mois précédant l'enquête, soit 14,3% comparativement à 8,6% chez les anglophones et à 3,9% chez les francophones.

Enfin, notons que les psychologues et les psychiatres sont davantage consultés par les adultes qui sont séparés, soit 29,8%* et 16,3% respectivement, contre une moyenne de 11,2% et 4,1% respectivement pour les autres statuts civils.

4.4.7 Bien-être communautaire et culture traditionnelle

4.4.7.1 Progrès communautaire et culturel

Le tableau 67 présente les perceptions du progrès en regard de la situation de divers éléments communautaires et culturels. Nous détaillerons ces derniers par la suite, observant notamment que les hommes sont généralement plus positifs dans leur évaluation que les femmes. Les progrès tendent généralement à être plus importants avec l'augmentation de la taille des communautés et leur isolement. Plus le niveau de scolarité atteint est élevé chez les adultes, plus grand est la proportion d'adultes ayant constaté des progrès au niveau communautaire. Enfin, les adultes ayant fréquenté un pensionnat remarquent généralement davantage de progrès sur les points touchant leur culture traditionnelle que ceux n'ayant pas vécu dans les pensionnats.

Tableau 67: Comparaison des proportions d'adultes ayant observé ou non des progrès communautaires entre l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de 1997 et celle de 2002

Domaines de progrès communautaires observés	Progrès importants		Certains progrès		Aucun progrès	
	1997	2002	1997	2002	1997	2002
Méthodes traditionnelles de guérison	9,8%	5,9%*	53,1%	43,4%	32,4%	50,8%
Renouvellement de la spiritualité des Premières Nations	13,6%	6,0%*	53,6%	48,6%	28,5%	45,5%
Cérémonies traditionnelles	n/a	9,3%*	n/a	52,7%	n/a	38,0%
Renouement des relations avec la Terre	17,2%	7,6%*	35,7%	45,4%	34,2%	46,9%
Utilisation des langues des Premières Nations	33,8%	13,2%	33,5%	53,3%	23,7%	33,4%
Réduction des abus d'alcool et de drogues	11,4%	#	44,5%	29,4%	35,0%	66,4%
Disponibilité des professionnels de la santé des Premières Nations	n/a	10,4%	n/a	59,5%	n/a	30,1%
Sensibilisation culturelle dans les écoles	25,2%	14,4%	42,9%	63,6%	19,6%	22,0%
Accès à l'éducation et à la formation	30,8%	16,5%	46,2%	57,2%	13,3%	26,2%
Qualité des logements	34,0%	13,4%	43,1%	52,2%	14,2%	34,4%
Aqueduc et égouts	42,2%	26,1%	34,3%	50,3%	11,7%	23,7%
Administration des services de santé par les Premières Nations	n/a	13,6%	n/a	62,5%	n/a	24,0%
Établissement de loisirs et de sports	n/a	12,5%	n/a	47,9%	n/a	39,6%
Service de police	n/a	5,9%*	n/a	43,4%	n/a	50,8%

Premier constat : les efforts dans la réduction des abus d'alcool et de drogues devront être poursuivis et renforcés, car cette problématique présente la proportion la plus basse de réponses affirmant qu'il y a eu certains progrès et la proportion la plus haute de réponses affirmant qu'il n'y a eu aucun progrès à cet effet.

Deuxième constat : tous les éléments de l'enquête de 1997 affichent des proportions d'adultes ayant remarqué des progrès importants qui sont près du double des proportions observées en 2002. De plus, les résultats de 2002 révèlent que des proportions beaucoup plus élevées d'adultes n'ayant remarqué aucun progrès communautaires et ce, dans une majorité de domaines. C'est donc dire que pour tous ces domaines, nous observons en général une diminution importante de la perception positive des membres des communautés sur ces progrès réalisés dans les 12 mois précédant l'enquête.

4.4.7.2 Spiritualité et traditions

Les adultes qui utilisent la médecine traditionnelle sont plus nombreux à constater certains progrès dans les méthodes traditionnelles de guérison (51,5%) que les individus ne l'utilisant pas (37,2%). Évidemment, il est plus facile d'observer des progrès lorsqu'on s'intéresse ou prend part au domaine en question.

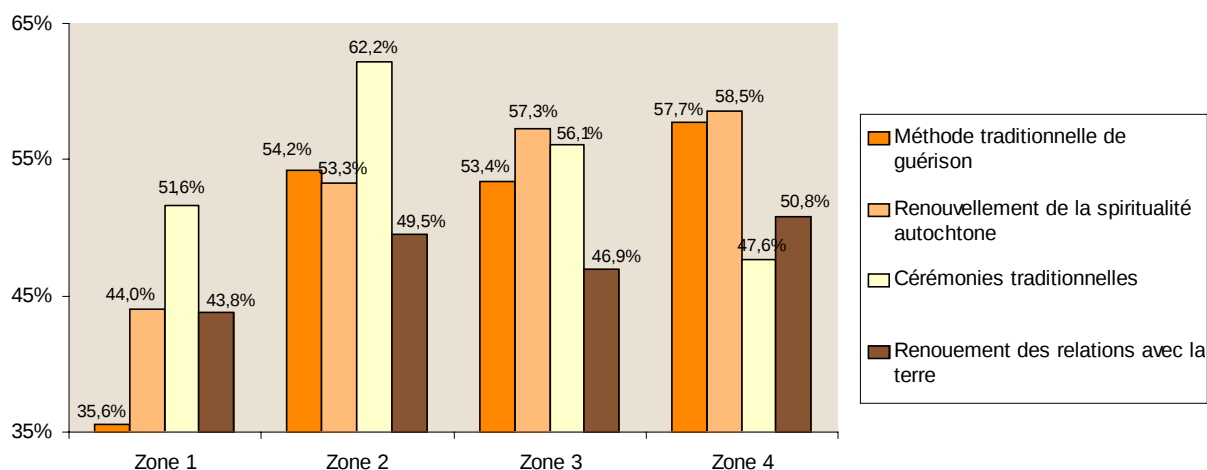
Parmi les individus qui considèrent que le pensionnat a eu des répercussions négatives sur la spiritualité traditionnelle ou la religion, 57,4% remarquent certains progrès dans le renouvellement de la spiritualité des Premières Nations, alors qu'on compte 43,8%* des adultes du même avis chez les anciens pensionnaires qui n'ont pas vécu d'impact négatif. Les individus qui jugent la spiritualité traditionnelle très importante sont 10,4%* à remarquer des progrès importants dans ce renouvellement. Toutefois, ils sont 52,6% à y voir certains progrès.

Une tendance similaire est observée en fonction de la perception de l'importance de la religion. Ainsi, 50,3% des personnes la jugeant très importante ont constaté certains progrès à propos du renouvellement de la spiritualité chez les Premières Nations, comparativement à 47,0% des adultes ne considérant pas la religion très importante et à 43,3% pour ceux ayant répondu ne pas la juger importante.

Enfin, les adultes jugeant très importants les événements culturels traditionnels sont 12,7%* à voir des progrès importants dans les cérémonies traditionnelles. Les proportions d'adultes ne constatant aucun progrès communautaires dans les cérémonies traditionnelles augmentent en fonction de la diminution de l'importance qu'ils accordent aux événements culturels traditionnels, passant ainsi de 33,7% (très importants) à 49,3% (pas très importants), et à 66,7% (pas importants). On observe la même influence quant au renouvellement des relations avec la terre. Seuls les personnes considérant les événements culturels traditionnels comme très importants relèvent des progrès significatifs dans le renouvellement des relations avec la terre (9,5%*).

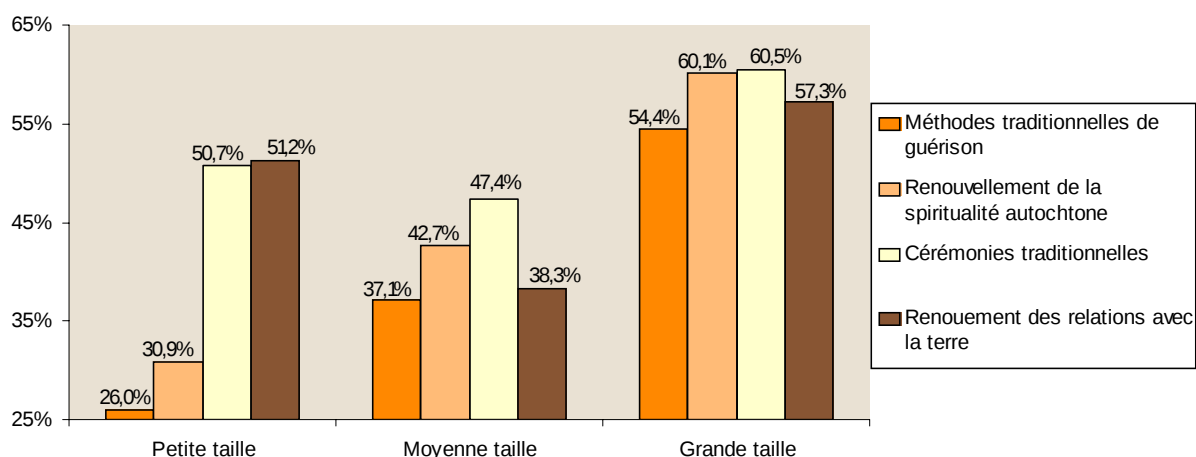
Comme en 1997, on observe une tendance générale voulant que la proportion d'adultes qui constatent certains progrès sur les thématiques spirituelles augmente avec l'isolement des communautés (graphique 155), mis à part les progrès concernant les cérémonies traditionnelles. L'utilisation accrue d'une langue des Premières Nations en zone éloignée (94,1% en zone 4, environ 81,2% en zones 2 et 3 contre 17,2% en zone 1), et une population plus jeune qui semble visiblement se tourner davantage vers son héritage spirituel, sont des éléments pouvant peut-être expliquer cette tendance. Le graphique suivant présente les progrès communautaires observés dans les différentes nations.

Graphique 155: Proportions d'adultes ayant perçu divers progrès dans leur communauté, par zone géographique



On observe la même tendance générale en tenant compte de la taille de la communauté, puisque la proportion d'adultes qui constatent certains progrès sur les thématiques spirituelles augmente avec la taille de la communauté (graphique 156). Le fait que près de la moitié des individus habitant les grandes communautés utilisent le plus souvent une langue des Premières Nations, contrairement à plus du tiers dans les moyennes (37,4%) et à une proportion non significative au plan statistique dans les petites communautés, favorise également le maintien et la transmission de l'héritage spirituel des Premières Nations. On peut supposer que l'augmentation de la taille de la communauté fait en sorte qu'un plus grand nombre d'adultes sont susceptibles d'être au fait des traditions spirituelles et cérémonielles de leur nation.

Graphique 156: Proportions d'adultes ayant perçu divers progrès dans leur communauté selon la taille de la communauté



51,6% des hommes constatent certains progrès dans le renouvellement de la spiritualité autochtone, comparativement à 45,3% des femmes. Autant d'hommes que de femmes (9,3%*) ont constaté des progrès importants au sujet des cérémonies traditionnelles, alors que 55,0% des hommes et 50,4% des femmes ont constaté certains progrès.

Pour ce qui est des différences entre les groupes d'âge, près de la moitié des 18 à 34 ans remarquent certains progrès dans le renouvellement de la spiritualité comparativement à 40,7% des 55 ans et plus. La tendance s'inverse au sujet des cérémonies traditionnelles puisque 50,1% des 18 à 29 ans et 58,8% chez les 60 ans et plus ont constaté certains progrès, comparativement à 44,2% des 50 à 59 ans.



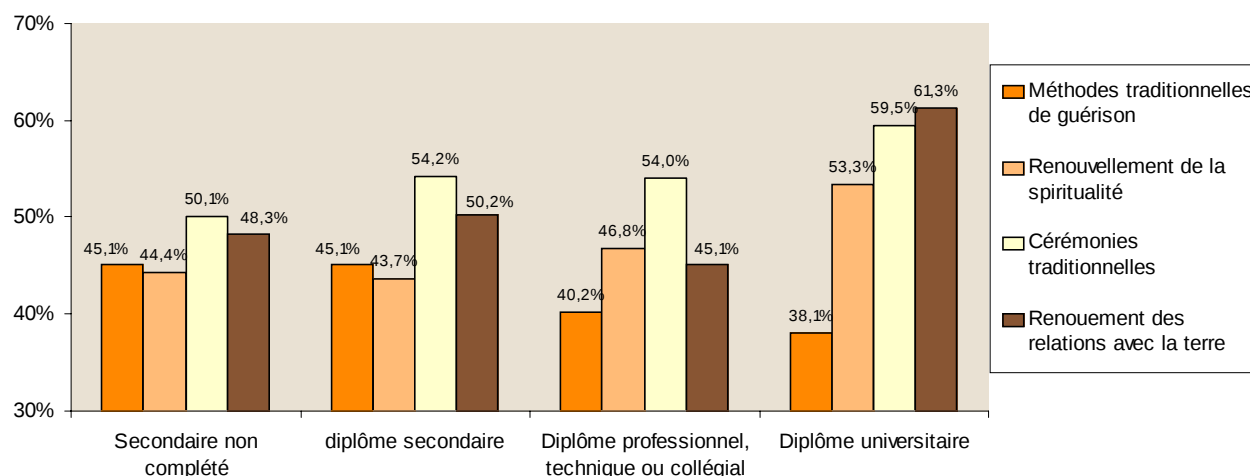
80,7% des Mohawks de Kanesatake n'ont constaté aucun progrès des méthodes traditionnelles de guérison, ainsi que 69,0% des Abénakis et de 67,4% des Hurons/Wendat. À l'opposé, 60,6% des Atikamekw, 54,3% des Mi'gmaqs et 50,6%* des Naskapis ont constaté certains progrès, alors que les Innus et les Algonquins sont plutôt partagés sur la question.

Les membres de la Nation des Abénakis (77,5%) et de la communauté mohawk de Kanesatake (75,6%) sont parmi les plus nombreux à n'avoir remarqué aucun progrès au niveau du renouvellement de la spiritualité autochtone. Les Mi'gmaqs (65,9%) et les Atikamekw (62,8%) sont, quant à eux, les plus nombreux à observer certains progrès, les autres nations étant plutôt divisées sur le sujet.

21,8%* des Atikamekw ont vu des progrès importants concernant les cérémonies traditionnelles, alors que 61,8% n'ont constaté que certains progrès, tout comme les Hurons/Wendat (63,9%) et les Mi'gmaqs (61,1%). Les avis sont partagés chez les autres nations, à l'exception de la communauté mohawk de Kanesatake où les deux tiers ne voient aucun progrès dans les cérémonies traditionnelles.

La spiritualité et les cérémonies traditionnelles chez les Atikamekw semblent connaître une certaine revitalisation. En effet, 16,7%* des adultes atikamekw ont constaté des progrès importants dans le renouement des relations avec la terre en plus des 55,3% percevant certains progrès. Les autres nations s'avèrent encore une fois plutôt partagées dans leurs opinions, alors que les Mohawks de Kanesatake sont 79,8% à ne signaler aucun progrès communautaires concernant le renouement des relations avec la terre.

Graphique 157: Proportions d'adultes ayant perçu divers progrès dans leur communauté selon le niveau de scolarité



4.4.7.3 Utilisation des langues des Premières Nations

Les individus qui ont fréquenté le pensionnat, et qui considèrent que cette expérience a occasionné une perte de leur langue, sont plus nombreux à voir certains progrès dans l'utilisation des langues des Premières Nations (60,7%). Ceux qui pensent le contraire sont 48,0% à ne considérer aucun progrès dans l'utilisation de la langue des Premières Nations.

Les adultes francophones sont 48,8% à considérer certains progrès dans l'utilisation des langues des Premières Nations, cette proportion grimpe à 54,2% chez les utilisateurs d'une langue des Premières Nations et à 60,1% chez les anglophones. 15,3%* de ces derniers y voient des progrès importants contre 20,2% chez les utilisateurs d'une langue des Premières Nations.

On compte davantage d'individus comprenant une ou plusieurs langues des Premières Nations voyant des progrès importants dans l'utilisation de ces langues (16,0%) que chez ceux n'en comprenant aucune (7,9%*).

La situation s'inverse chez les personnes ne considérant aucun progrès : 41,9% chez celles ne comprenant aucune langue des Premières Nations contre 28,6% chez celles en comprenant au moins une.

Qu'est-ce qui justifie cette vision plus positive des individus utilisant le plus souvent une langue des Premières Nations ? Le cercle des personnes avec qui elles peuvent discuter augmente-t-il ? Les enfants les comprennent-ils davantage ? Davantage de communiqués, de journaux et autres médiums écrits tendent-ils davantage vers le bilinguisme ?

Les progrès observés au sujet de la langue diminuent avec l'âge, passant de 55,7% des 18 à 34 ans ayant vu certains progrès à 46,9% chez les 55 ans et plus.

De plus, la taille de la communauté semble associée à l'observation d'aucun progrès dans l'utilisation d'une langue des Premières Nations. Ainsi, on passe de 54,2% des personnes n'ayant vu aucun progrès au sein des petites communautés, à 40,0% dans les moyennes et à 22,1% dans les grandes (où près de la moitié des individus utilisent une langue des Premières Nations).

Environ les deux tiers des individus des communautés isolées (zones 3 et 4) voient certains progrès dans l'utilisation d'une langue des Premières Nations, contre un peu moins de la moitié dans les communautés non isolées (zones 1 et 2).

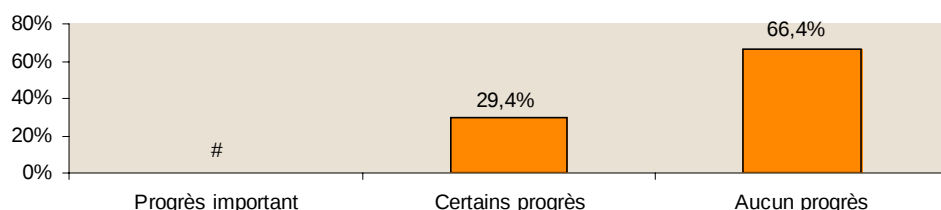
Les Atikamekw sont 31,6% à voir des progrès importants dans l'utilisation de leur langue, à l'instar de 18,8%* des Mi'gmaqs. Les adultes des autres nations sont entre 46,4% (Algonquins) et 58,6% (Mohawks de Kanesatake) à avoir constaté certains progrès. Notons que 70,5% des Abénakis n'ont constaté aucun progrès quant à l'utilisation d'une langue des Premières Nations. Enfin, 43,5% des Hurons/Wendat ont constaté certains progrès dans l'utilisation d'une langue des Premières Nations.

Le niveau de scolarité atteint semble associé à la perception de certains progrès sur le plan linguistique : 49,7% des non diplômés ont constaté certains progrès. Cette proportion passe à 69,7% chez les universitaires.

4.4.7.4 Réduction des abus d'alcool et de drogues

Nous remarquons, comme en fait foi le graphique 158, qu'un fort pourcentage des membres des Premières Nations estime qu'il n'y a eu aucun progrès au cours des 12 mois précédant l'enquête en ce qui concerne la réduction des abus d'alcool et de drogues dans les communautés.

Graphique 158: Perceptions des individus concernant la réduction des abus d'alcool et de drogues dans leur communauté (12 mois précédant l'enquête)



32,0% des hommes perçoivent certains progrès à ce sujet, tout comme 26,8% des femmes. Les pourcentages diminuent directement avec l'âge, passant de 32,3% chez les 18 à 29 ans à 24,9%* chez les 60 ans et plus.

Le degré d'isolement semble associé aux progrès observés relativement à la consommation d'alcool et de drogue. Ainsi, en zones 3 et 4, 44,6% des adultes ont constaté certains progrès dans la réduction des abus d'alcool et de drogues, ce pourcentage diminue à 30,8% en zones 1 et 2.

Les Naskapis se distinguent des autres nations puisque 55,2% des adultes ont constaté certains progrès, alors que les proportions d'adultes n'ayant vu aucun progrès varient de 53,6% (Algonquins) à 75,4% (Innus) chez les autres nations.

4.4.7.5 Disponibilité des professionnels de la santé et administration des services de santé

Supposant que les adultes déclarant leur état de santé comme étant généralement excellent fréquentent de fait moins les établissements de santé, ils sont plus nombreux à considérer certains progrès dans la disponibilité des professionnels de la santé (62,2%) que les adultes jugeant leur état de santé mauvais (48,2%). Le constat est le même pour l'administration des services par les Premières Nations, les adultes en excellente santé étant plus nombreux (67,1%) à y voir certains progrès que les personnes percevant leur santé comme étant mauvaise (48,8%).

Les adultes qui perçoivent avoir un meilleur niveau d'accessibilité aux services de santé en communauté, par rapport à la population canadienne générale, sont plus nombreux à considérer certains progrès dans la disponibilité des professionnels de la santé (70,1%) que les personnes qui jugent ce niveau d'accessibilité similaire (57,3%) ou inférieur (49,9%) à la population canadienne générale. Le constat est le même pour l'administration des services par les Premières Nations, où 70,6% des personnes qui considèrent avoir un meilleur niveau d'accessibilité aux services de santé que la population canadienne y voient certains progrès. Les adultes qui jugent que l'accès aux services de santé est similaire à la population canadienne sont 60,4% à constater certains progrès. Cette proportion diminue à 55,3% pour les personnes qui considèrent l'accessibilité aux services de santé inférieure au reste du Canada.

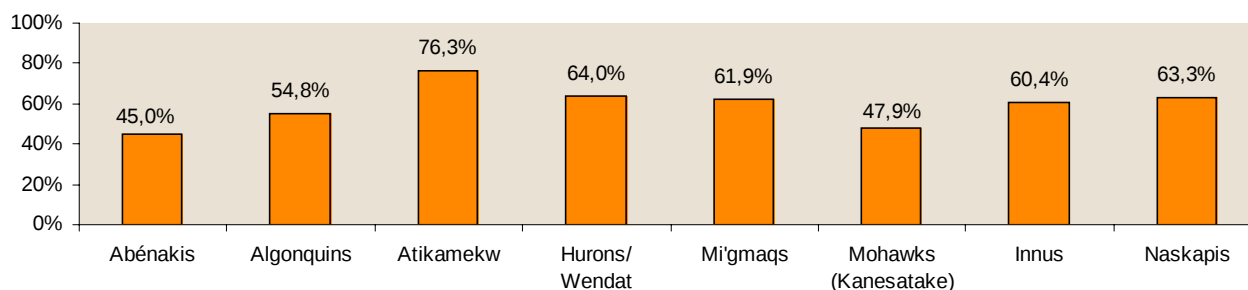
Alors qu'environ 10,4%* d'hommes et des femmes constatent des progrès importants dans la disponibilité des professionnels de la santé, 62,5% des hommes et 56,5% des femmes en voient que certains. De plus, 64,9% des hommes et 60,0% des femmes voient certains progrès dans l'administration des services de santé par les Premières Nations.

Les individus plus âgés, nécessitant généralement davantage de soins, sont moins nombreux à avoir constaté certains progrès, bien qu'on en recense tout de même 56,8% chez les 55 ans et plus et 61,4% chez les 18 à 34 ans. La même tendance s'observe quant au progrès relatifs à l'administration de ces services par les Premières Nations, où 52,5% des 55 ans et plus notent certains progrès, comparativement à 66,4% des 18 à 34 ans.

L'isolement de la communauté semble associé à la perception de certains progrès quant à l'administration des services de santé par les Premières Nations, passant ainsi de 63,3% en zones 1 et 2 à 72,2% en zones 3 et 4. Les progrès importants s'observent davantage dans les communautés de petite taille (23,7%*) que dans les moyennes (12,6%*) ou les grandes communautés (14,4%).

La majorité des membres des différentes nations témoignent de certains progrès dans la disponibilité des professionnels de la santé, avec des pourcentages gravitant autour de 50,0% chez les Abénakis, les Mohawks de Kanasatake et les Algonquins. Chez les Hurons/Wendat, Mi'gmaqs, Innus et Naskapis, les deux tiers des adultes ont vu certains progrès, ainsi que les trois quarts des Atikamekw.

Graphique 159: Proportions d'adultes estimant qu'il y a eu certains progrès quant à la disponibilité des professionnels de la santé, par nation (12 mois précédant l'enquête)



Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

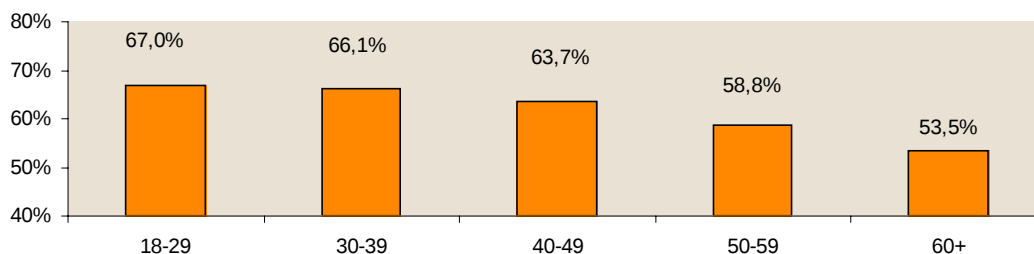
Des proportions similaires à celles présentées dans le graphique ci haut sont observées pour le progrès dans l'administration des services de santé par les Premières Nations. Les seules exceptions sont les Algonquins, qui comptent 68,0% d'adultes ayant vu certains progrès. Notons enfin que 48,9% des Mohawks de Kanesatake et 24,3%* des Hurons/Wendat ne constatent aucun progrès à ce sujet.

4.4.7.6 Éducation

Les personnes qui considèrent que le pensionnat entraîna une perte de l'identité culturelle sont plus nombreux (64,2%) à remarquer certains progrès à propos de la sensibilisation culturelle dans les écoles que les personnes ne percevant pas d'impact du pensionnat sur leur identité culturelle (58,9%). Même constat chez les adultes dont au moins un parent a fréquenté les pensionnats : certains progrès sont observés par 67,9% d'entre eux, contre 62,1% chez ceux qui n'ont pas séjourné dans un pensionnat. Inversement, 64,8% des adultes dont le ou les grands-parents n'ont pas étudié dans les pensionnats remarquent certains progrès dans la sensibilisation culturelle dans les écoles, ce pourcentage diminuant à 56,0% chez les adultes dont au moins un parent a fréquenté un pensionnat. Ces derniers sont cependant plus nombreux à voir des progrès importants (19,5%*) comparativement aux autres (12,3%).

Bien que la plus grande proportion d'adultes ayant constaté des progrès importants dans la sensibilisation culturelle à l'école se situe chez les 60 ans et plus, soit 20,0%* comparativement à 12,4%* chez les 18 à 29 ans). Les proportions d'adultes ayant observé certains progrès diminuent progressivement avec l'âge, passant ainsi de 67,0% chez les 18 à 29 ans à 53,5% chez les 60 ans et plus, tel qu'illustré dans le graphique suivant.

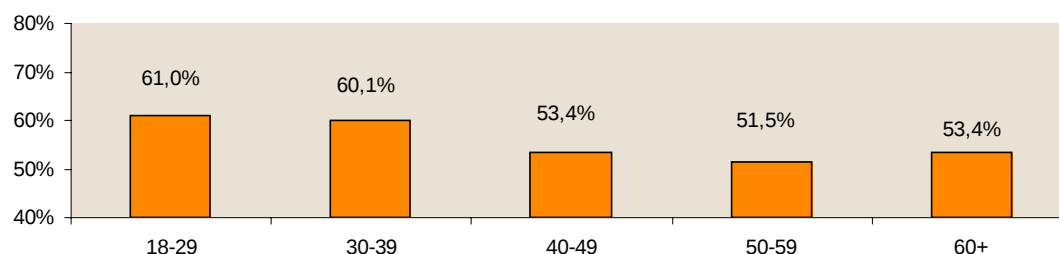
Graphique 160: Proportions d'adultes estimant qu'il y a eu certains progrès quant à la sensibilisation culturelle dans les écoles selon le groupe d'âge (12 mois précédant l'enquête)



Même constat pour l'accès à l'éducation et à la formation : alors que les 60 ans et plus sont plus nombreux (21,0%*) à constater des progrès importants que les jeunes adultes (14,9%* chez les 18 à 29 ans), les plus âgés (40 ans et plus) sont moins nombreux à y voir certains progrès (environ 53,0%) que les plus jeunes (environ 60,5% chez les 18 à 39 ans).

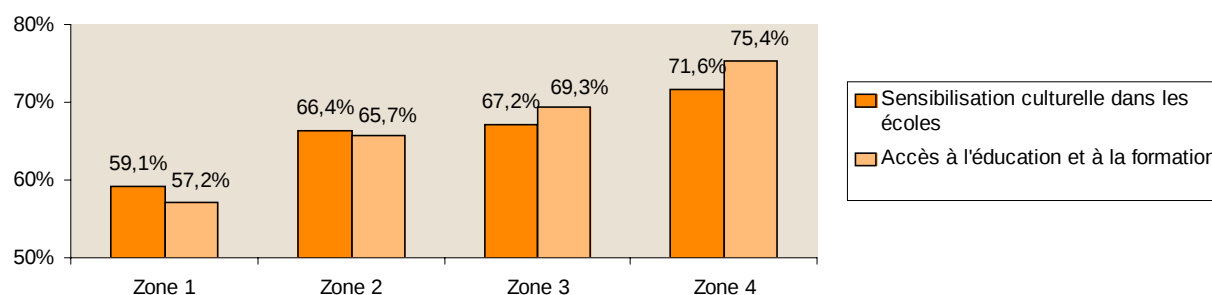


Graphique 161: Proportions d'adultes estimant qu'il y a eu certains progrès quant à l'accès à l'éducation et à la formation selon le groupe d'âge (12 mois précédant l'enquête)



On observe que l'isolement de la communauté semble associé à certains progrès constatés par les adultes concernant la sensibilisation culturelle dans les écoles et l'accès à l'éducation et à la formation (graphique 162). Cette dernière semble également associée à la taille de la communauté, passant de 47,2% dans les petites communautés à 66,3% dans les grandes. De plus, 54,5% des individus dans les grandes communautés observent certains progrès quant à l'accès à l'éducation, comparativement à plus des deux tiers dans les petites et moyennes communautés.

Graphique 162: Proportions d'adultes ayant observé certains progrès dans leur communauté au sujet de la sensibilisation culturelle dans les écoles et l'accès à l'éducation et à la formation, par zone géographique



Puisque 70,5% des Abénakis n'ont constaté aucun progrès dans l'utilisation d'une langue des Premières Nations, il n'est pas surprenant que 80,1% ne voient aucun progrès concernant la sensibilisation culturelle dans les écoles. Cette opinion est également partagée par le quart des Algonquins et des Hurons/Wendat. Cependant, 58,5% des Algonquins et 69,3% des Hurons/Wendat remarquent certains progrès, à l'instar de 71,8 % des Atikamekw interrogés, 71,5% des Naskapis, 69,8% des Innus et 68,0% des Mohawks de Kanesatake. Notons enfin que 38,8% des Mi'gmaqs constatent des progrès importants concernant la sensibilisation culturelle dans les écoles.

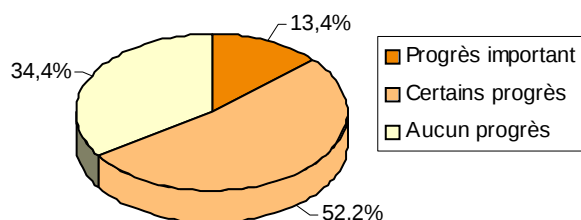
Quant à l'accès à l'éducation et à la formation, plus du tiers des Mohawks de Kanesatake et des Innus n'y voient aucun progrès communautaire, alors que plus du tiers des Mi'gmaqs et le quart des Algonquins y voient des progrès importants. Enfin, près des trois quarts des Naskapis et des Atikamekw constatent certains progrès (60,8% chez les Abénakis).

Respectant une certaine logique, les diplômés sont les plus nombreux à observer certains progrès à l'accès à l'éducation et à la formation, soit 65,9% des universitaires comparativement à 54,7% des adultes n'ayant pas complété leurs études secondaires.

4.4.7.7 Qualité des logements

Nous remarquons qu'un peu plus de la moitié (52,2%) des membres des Premières Nations estime qu'il y a eu certains progrès en ce qui concerne la qualité des logements dans leur communauté. Toutefois, un peu plus du tiers (34,4%) de la population estiment qu'il n'y a eu aucun progrès en ce sens.

Graphique 163: Perceptions des progrès communautaires concernant la qualité des logements (12 mois précédant l'enquête)



Les femmes sont plus nombreuses (38,0%) que les hommes (30,8%) à ne voir aucun progrès dans la qualité des logements. Environ le tiers des individus des différents groupes d'âge sont du même avis, à l'exception des 50 à 59 ans, qui sont 43,6% à n'avoir vu aucun progrès dans la qualité des logements.

La proportion d'adultes ayant vu certains progrès dans la qualité des logements tend à augmenter avec l'isolement de la communauté, soit 52,2% en zone 1 à 67,4% en zone 4, avec une diminution à 43,7% en zone 2. Par contre, 27,3% des adultes de la zone 2 ont constaté des progrès importants.

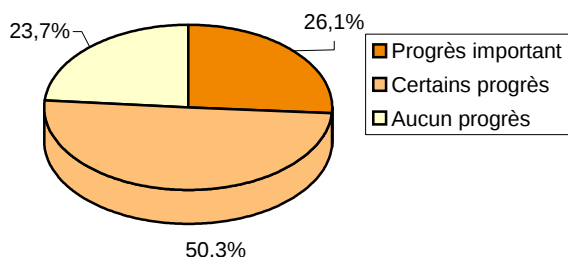
75,8% des Mohawks de Kanesatake n'ont constaté aucun progrès dans la qualité des logements, tout comme 26,8% des Algonquins. Pourtant, 25,2% des Algonquins y ont vu des progrès importants, à l'instar de 23,8%* des Mi'gmaqs. La majorité des autres nations a remarqué certains progrès (49,2%* chez les Abénakis à 65,8% chez les Hurons/Wendat).

Les adultes ayant un niveau de scolarité plus élevé sont les plus nombreux à observer certains progrès dans la qualité des logements, soit 65,0% des diplômés universitaires comparativement à 50,8% des adultes n'ayant pas complété leurs études secondaires.

4.4.7.8 Aqueduc et égouts

Nous remarquons que, similairement à la qualité des logements, la moitié (50,3%) des membres des Premières Nations estime qu'il y a eu certains progrès en ce qui concerne les aqueducs et les égouts au cours des 12 mois précédant l'enquête. Par contre, un peu moins d'individus estiment qu'il n'y a eu aucun progrès à ce niveau dans leur communauté.

Graphique 164: Perceptions du progrès communautaire concernant les aqueducs et les égouts (12 mois précédant l'enquête)



Les hommes semblent plus positifs que les femmes à ce sujet. En effet, 28,2% voient des progrès importants dans le réseau des égouts et de l'aqueduc, comparativement à 23,7% des femmes.

31,0% des individus résidant en zone 1 et 40,1% en zone 2 constatent des progrès importants concernant l'aqueduc et les égouts, alors que les pourcentages d'individus ayant remarqué certains progrès tendent à augmenter avec l'isolement de la communauté, passant de 46,9% en zone 1 à 62,3% en zone 4 et 75,4% en zone 3.

54,5% des adultes des communautés de petite taille ont constaté des progrès importants, comparativement à 21,0% pour les moyennes et 26,7% pour les grandes communautés. Par contre, la proportion d'adultes

estimant qu'il y ait eu certains progrès semble associée à l'augmentation de la taille de la communauté, passant de 33,0%* environ dans les petites à 57,2% dans les grandes.

Les Mohawks de Kanesatake affirment à 76,3% qu'ils ne voient aucun progrès dans leur système d'apport et d'évacuation des eaux, ainsi que 25,3% des Innus et 36,0%* des Naskapis. De plus, 24,7% des Innus déclarent des progrès importants alors que 54,2% des Naskapis rapportent certains progrès. Environ le tiers des Abénakis, des Algonquins, des Hurons/Wendat et des Mi'gmaqs ont vu des progrès importants, alors que plus des deux tiers des Atikamekw ont vu certains progrès.

4.4.7.9 Établissements de loisirs et de sports

L'enquête révèle que 46,1% des adultes vivant en zone 1, 32,6% des adultes vivant en zone 2 et 61,8% des adultes vivant en zone 4 ont observé certains progrès concernant les établissements de loisirs et de sports dans leur communauté.

Les communautés de grande taille semblent privilégiées, car 16,1% des individus y voient des progrès importants, contre moins d'une personne sur dix dans les communautés de moyenne et de petite taille. Également, plus de la moitié des adultes vivant dans les communautés de grande taille (53,9%) ont observé certains progrès, contre moins de la moitié (44,7%) petites et moyennes dans les deux autres.

Environ les deux tiers des Abénakis, des Hurons/Wendat et des Mohawks de Kanesatake ne constatent aucun progrès concernant les établissements de loisirs et de sports, avis partagés par plus du tiers des Algonquins, Atikamekw et Innus. 59,4% des Mi'gmaqs et 71,0% des Naskapis parlent quant à eux de certains progrès.

4.4.7.10 Service de police

La proportion d'adultes ayant observé certains progrès dans le service de police varie d'une zone géographique à l'autre. Les adultes des communautés de la zone 1 sont moins nombreux à avoir observé certains progrès, soit 35,6%, comparativement à une moyenne de 54,9% dans les trois autres zones. L'augmentation de la taille, quant à elle, semble associée à l'observation d'un certain progrès, passant de 26,0%* des adultes dans les communautés de petite taille qui y voient certains progrès, comparativement à 37,1% dans les moyennes et 54,4% dans les grandes communautés.

Plus des deux tiers des Abénakis et des Hurons/Wendat ne constatent aucun progrès dans le service de police de leur communauté, ce pourcentage atteint 80,7% chez les Mohawks de Kanesatake, alors qu'un peu plus de la moitié des Innus et des Algonquins pense de même. Cette proportion baisse au tiers chez les Atikamekw, Mi'gmaqs et Naskapis.

La proportion d'adultes n'ayant vu aucun progrès augmente avec le niveau de scolarité atteint, passant de 48,1% pour les individus n'ayant pas terminé leurs études secondaires à 60,6% chez les diplômés universitaires.

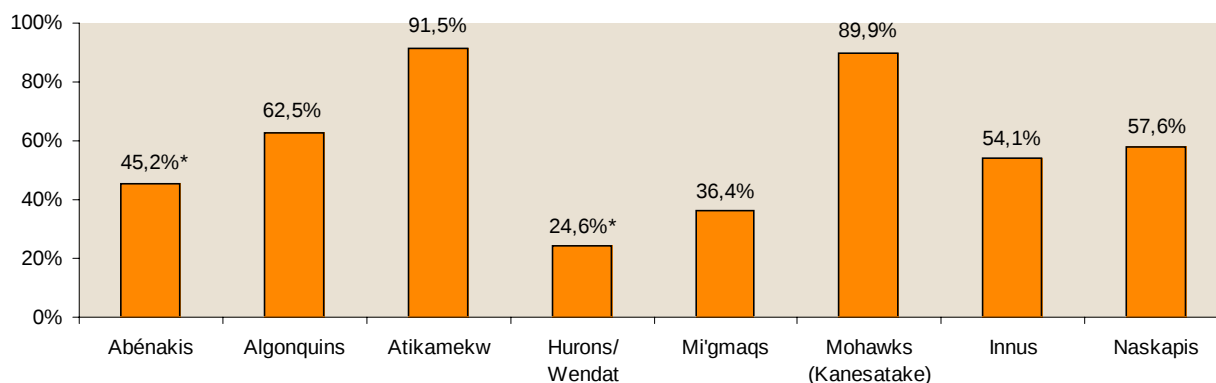
4.4.8 Moyens de transport

33,5% des membres des Premières Nations circulent en véhicule tout terrain (VTT); 36,1% en motoneige et 52,6% naviguent en bateau ou en canoë selon la saison.

59,5% des adultes ont déclaré que les autorités communautaires permettent de circuler en VTT ou en motoneige dans la communauté.

Les communautés de zones 2 et 3 apparaissent nettement plus permissives à ce sujet (95,4% et 89,8%), diminuant de façon importante en zone 4 (69,0%) et en zone 1 (46,5 %). Les grandes communautés le sont également davantage (62,2%) que les petites et les moyennes communautés (53,6%).

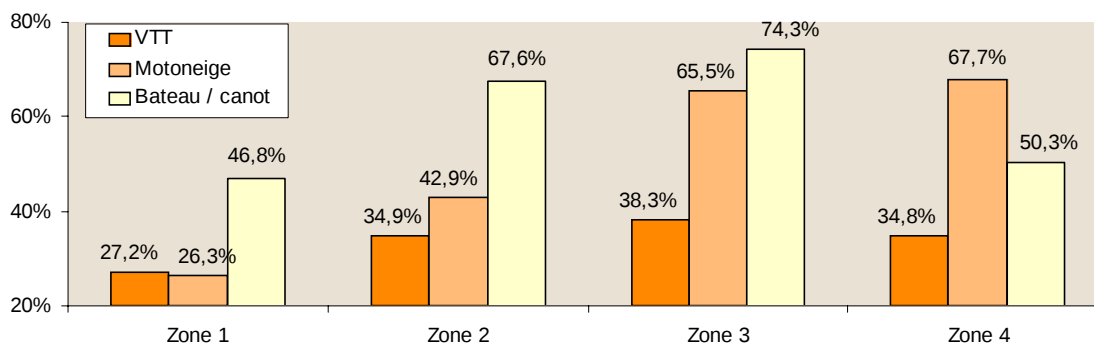
Graphique 165: Proportions d'adultes ayant obtenu la permission des autorités communautaires de circuler en VTT ou motoneige sur les routes de la communauté, par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

Notons que la zone géographique tend à influencer le nombre d'utilisateurs de VTT et de motoneige, augmentant avec le degré d'isolement des communautés

Graphique 166: Proportions d'utilisateurs de VTT, motoneige et bateau / canot, par zone géographique



Le fait de savoir nager ne semble pas influencer la proportion d'adultes utilisateurs d'embarcation, puisque plus du tiers des adultes des zones 3 et 4 ne savent pas nager, soit 37,8% contre 23,7% en zones 1 et 2. Pourtant, la proportion la plus élevée d'utilisateurs se trouve en zone 3 et bien que la zone 4 affiche la proportion d'utilisateurs la plus basse, 31,5%* des utilisateurs de ces moyens de transport en zone 4 se retrouvent sur les eaux au moins une fois par jour.

Non seulement les adultes ne sachant pas nager se retrouvent en plus grand nombre dans les communautés de zones 3 ou 4, ils sont également plus nombreux à ne jamais porter leur gilet de sauvetage, soit 52,9% en zone 4 comparativement à 26,0% en zone 1.

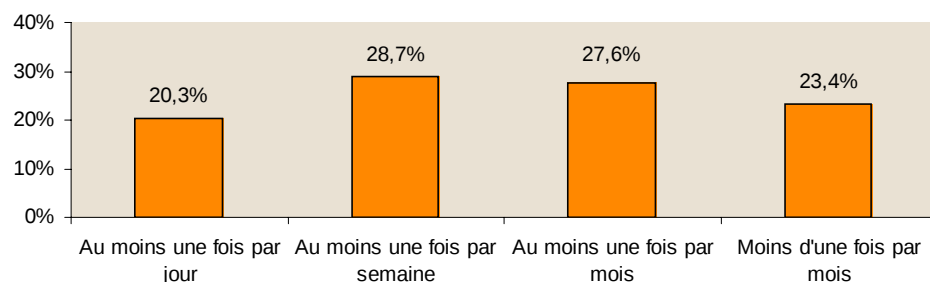
4.4.8.1 Véhicule tout terrain (VTT)

41,5% des hommes et 25,7% des femmes circulent en VTT. Bien que le pourcentage d'utilisateurs soit associé à l'âge, passant de 44,4% chez les 18 à 29 ans à 34,9% chez les 30 à 39 ans, et décroissant jusqu'à 19,5%* chez les 60 ans et plus, son utilisation quotidienne augmente généralement avec l'âge, passant de 18,3%* chez les 18 à 34 ans à 26,0%* chez les 55 ans et plus. Ainsi, bien que les aînés soient les moins nombreux à circuler en VTT, ceux qui le font sont les plus grands utilisateurs sur une base quotidienne.

L'utilisation quotidienne d'un VTT semble associée à la zone géographique de résidence, variant de 15,0%* en zone 1 à 49,0% en zone 4.



Graphique 167: Fréquences d'utilisation d'un VTT pendant la saison



Les Innus sont les plus grands utilisateurs de VTT (43,0%), suivis des Atikamekw (33,2%) et des Algonquins (32,5%), alors que 85,3% des Hurons/Wendat n'utilisent pas ce type de véhicule.

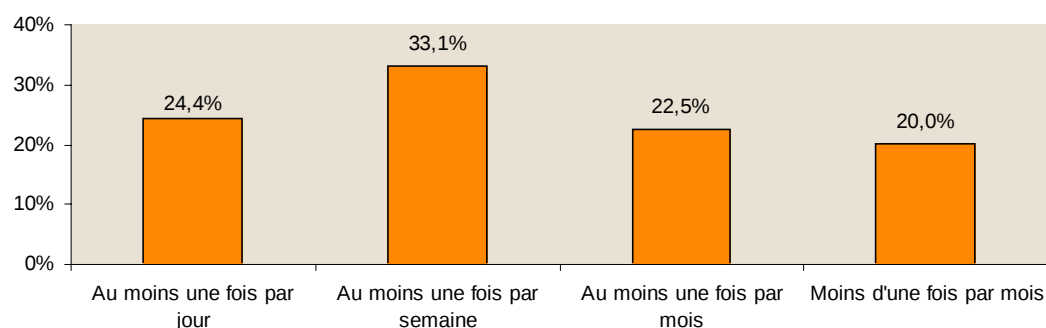
Parmi le tiers des individus qui circulent en VTT, le tiers porte toujours un casque, les deux tiers ne le portent que parfois. De plus, 41,5% des hommes portent toujours un casque, alors que 25,7% des femmes font de même. On observe que la proportion d'adultes portant toujours un casque diminue avec l'âge (44,4% chez les 18 à 29 ans contre 19,5%* chez les 60 ans et plus), alors que la tendance inverse s'observe pour ceux ne le portant que parfois (55,6% chez les 18 à 29 ans contre 80,5% chez les 60 ans et plus). Les campagnes de sensibilisation et de promotion de la sécurité rejoignent vraisemblablement davantage les jeunes adultes que les plus vieux.

4.4.8.2 Motoneige

43,5% des hommes et 29,0% des femmes circulent en motoneige. Parmi ceux-ci, 46,4% portent toujours un casque protecteur, 21,4% le portent parfois et 28,1% le portent rarement. De plus, 50,3% des hommes portent toujours un casque et 25,6% rarement, alors que les femmes semblent prendre davantage de risque puisque 40,5% portent toujours un casque et 31,9% le portent rarement.

Pendant la saison, le quart des motoneigistes utilise leur véhicule au moins une fois par jour (24,4%), le tiers au moins une fois par semaine (33,1%) et près du quart au moins une fois par mois (22,5%). Ces résultats sont présentés dans le graphique suivant.

Graphique 168: Fréquences d'utilisation d'une motoneige pendant la saison



L'utilisation de la motoneige décroît directement avec l'âge, passant ainsi de 47,4% chez les 18 à 29 ans à 17,1%* chez les 60 ans et plus. Contrairement aux VTT, le port du casque pour la motoneige tend à augmenter avec l'âge, passant de 38,5% chez les 18 à 29 ans à 56,2% chez les 60 ans et plus.

Plus d'un motoneigiste sur trois utilise sa motoneige au moins une fois par jour dans les petites communautés, contre environ un motoneigiste sur cinq dans les moyennes et grandes communautés. De plus, cette utilisation quotidienne croît selon le degré d'isolement de la communauté, passant de 11,9%* des utilisateurs en zone 1 à 46,1% en zone 4.

58,4% des Naskapis, 52,1% des Atikamekw, 43,5% des Innus et 37,4% des Algonquins utilisent la motoneige le plus fréquemment. Les nations aux plus faibles proportions d'utilisateurs sont celles présentant les plus grandes proportions d'utilisateurs portant toujours un casque (79,3%* chez les Abénakis à 94,0% chez les Mi'gmaqs, à l'exception des Mohawks de Kanésatake avec 44,9%*), alors que les Innus (32,6%) affichent une proportion plus basse d'utilisateurs portant toujours un casque.

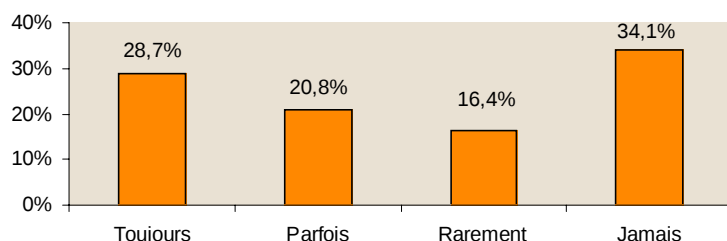
Alors que la proportion d'utilisateurs de la motoneige croît avec le degré d'isolement de la communauté, la proportion d'adultes portant toujours un casque diminue, passant ainsi de 63,7% en zone 1 à un résultat non significatif au plan statistique en zone 4. Inversement, les utilisateurs qui ne se protègent que rarement passent de 15,4%* en zone 1 à 37,4% en zone 4.

Enfin, le port du casque en motoneige tend à augmenter avec le niveau de scolarité atteint, passant de 37,2% pour les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires à 67,3% pour les universitaires et 56,6% pour les autres diplômés. L'importance de porter un casque semble donc prendre un sens plus important chez les individus qui sont diplômés.

4.4.8.3 Embarcation

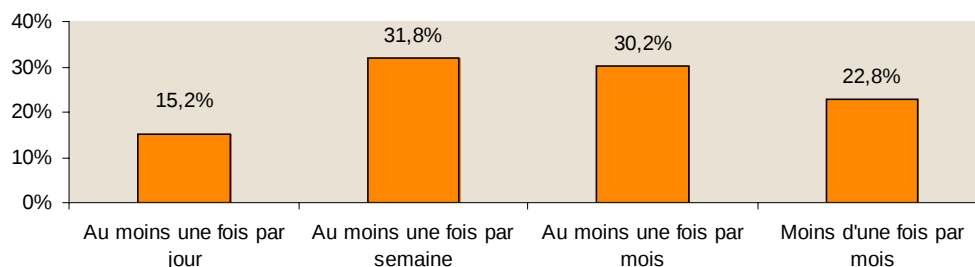
Parmi les 52,6% d'adultes qui déclaré circuler en bateau ou en canot, 28,7% portent toujours un gilet de sauvetage, 20,8% le portent parfois, 16,4% le portent rarement et plus du tiers n'en portent jamais (34,1%). Ces résultats sont présentés dans le graphique suivant.

Graphique 169: Fréquence du port du gilet de sauvetage en embarcation parmi les adultes circulant en embarcation



27,4% des personnes ne savent pas nager. Parmi celles-ci, 25,2% ne portent jamais de gilet de sauvetage alors que 23,4% ne le portent que rarement. La proportion d'adultes ne portant pas de gilet de sauvetage est assez élevée, si l'on considère qu'au moins 15,2% des membres des Premières Nations utilisent ces embarcations au moins une fois par jour durant la saison.

Graphique 170: Fréquences d'utilisation d'une embarcation durant la saison



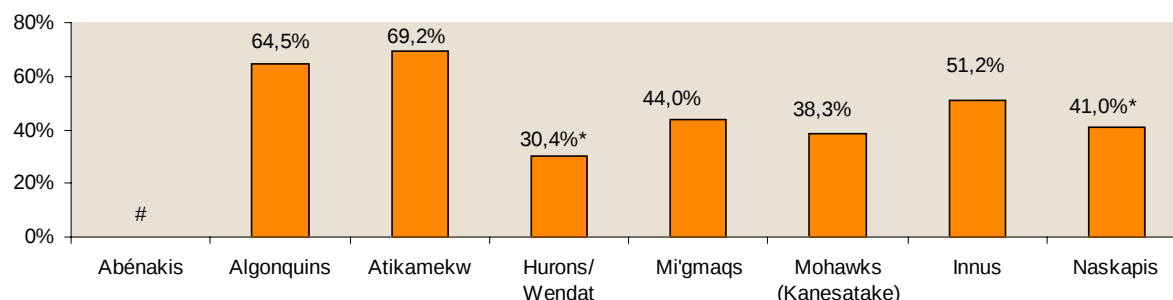
Encore une fois, les hommes (63,8%) utilisent davantage une embarcation comme moyen de transport que les femmes (41,7%). Bien que 82,9% des hommes sachent nager (62,5% des femmes), ils s'avèrent moins prudents que les femmes. En effet, le quart d'entre eux portent toujours leur gilet de sauvetage contre le tiers des femmes, alors qu'elles sont 18,1% à le porter parfois, contre 22,7% des hommes. Enfin, le tiers des hommes et autant de femmes n'en portent jamais.



Par groupe d'âge, on observe que 55,2% des 18 à 29 ans utilisent une embarcation, 59,2% chez les 30 à 39 ans, et 39,7% chez les 60 ans et plus. Le port du gilet de sauvetage tend à augmenter avec l'âge, passant de 20,6% chez les 18 à 29 ans à 40,7% chez les 60 ans et plus. Notons que 85,6% des 18 à 29 ans et 42,7% des 60 ans et plus savent nager.

Les Atikamekw (69,2%) et les Algonquins (64,5%) sont parmi les plus grands utilisateurs d'embarcations, alors que les Abénakis (73,0%) et les Hurons/Wendat (69,6%) sont les moins grands utilisateurs. Malgré qu'ils soient les plus grands utilisateurs, 50,0% des Algonquins et 28,9% des Atikamekw ne portent jamais de gilet de sauvetage, alors que 24,7% des premiers et 19,2%* des seconds le portent toujours.

Graphique 171: Proportions d'adultes circulant en bateau ou en canot, par nation



Note : L'absence des Malécites de Viger s'explique par leurs résultats non significatifs sur le plan statistique.

Le port du gilet de sauvetage, à l'instar du port du casque en motoneige, tend à augmenter avec le niveau de scolarité atteint, passant de 23,8% pour les individus n'ayant pas terminé leurs études secondaires à 33,9% pour les diplômés et à 37,4%* pour les universitaires.

Enfin, on constate que les personnes ayant tendance à porter leur gilet de sauvetage sont ceux sachant nager.

4.5 Conclusion de la section des adultes (18 ans et plus)

4.5.1 Profil démographique

L'ensemble de la population des Premières Nations compte davantage de jeunes adultes âgés entre 18 et 29 ans, comparé aux autres tranches d'âge. Les communautés de petite taille et celles étant situées en zone 1 sont constituées, quant à elles, d'une population plus âgée que dans les communautés plus isolées et celles de moyenne et de grande tailles. Les Atikamekw dénombrent la population la plus jeune, tandis que les Abénakis, suivi des Mohawks de Kanesatake et des Hurons/Wendat comptent les populations les plus âgées.

Bien que plus du tiers de la population utilise souvent une langue des Premières Nations, on remarque une diminution de cette tendance comparativement à 1997. Les adultes sont également plus nombreux à ne parler aucune langue des Premières Nations. Soulignons qu'un des facteurs qui semble associé à la fréquence d'utilisation d'une langue des Premières Nations est le degré d'isolement de la communauté.

Près de la moitié des adultes ne détiennent pas de diplôme d'études secondaires et nous remarquons que, parmi ce groupe d'individus, une proportion non négligeable a fréquenté un pensionnat. Ce fait nous donne un aperçu des effets néfastes que les pensionnats ont pu avoir sur les membres des Premières Nations les ayant fréquentés, sans mentionner les effets sur la population dans son ensemble.

Finalement, on dénote une amélioration en ce qui a trait à l'emploi. En effet, plus de la moitié des individus ont eu une source de revenu provenant d'un emploi au cours des 12 mois précédant l'enquête, comparativement à un peu moins du tiers en 1997.



4.5.2 État de santé et habitudes de vie

En comparaison avec le rapport sur l'analyse et l'interprétation de l'enquête médicale régionale de 1997, le bilan de santé des Premières Nations ne va pas en s'améliorant. Certaines maladies chroniques telles que le diabète et les problèmes respiratoires ont augmentées, l'hypertension artérielle et l'asthme ayant également des tendances à la hausse. Enfin, plus de la moitié de la population des Premières Nations répond être atteinte de problèmes médicaux.

Notons que seulement un adulte sur quatre a un poids acceptable, alors que plus des deux tiers de la population souffre d'embonpoint ou d'obésité. L'embonpoint et l'obésité, étant des facteurs de risque pour plusieurs maladies chroniques telles que le diabète et les problèmes cardiovasculaires, entre autres, il sera très important de voir l'évolution de cette problématique dans le futur.

En ce qui concerne les habitudes de vie, nous remarquons également qu'un pourcentage élevé d'adultes consomment des aliments vides, particulièrement dans la tranche d'âge des 18 à 34 ans, ainsi que chez les hommes. Toutefois, les hommes de 18 à 34 ans font davantage d'activités physiques que les femmes, bien que celles-ci tendent à mieux s'alimenter que les hommes.

En ce qui a trait à la santé des femmes, soulignons qu'un peu moins du tiers de celles ayant donné naissance à un enfant a consommé de l'alcool durant leur grossesse. Une forte proportion de femmes estime avoir les connaissances adéquates concernant le SAF et les EAF. Nous remarquons, toutefois, que près de la moitié des Abénakises, des Innues et des Naskapis déclarent ne pas avoir les connaissances adéquates à ces sujets.

4.5.3 Style de vie

Le tabagisme est également un problème de taille chez les Premières Nations menaçant grandement leur état de santé. Plus de la moitié de la population adulte consomme du tabac, la majorité d'entre eux fument tous les jours et plus du quart de ceux n'en consommant pas sont des ex-fumeurs. De plus, la moitié des adultes affirment que leur maison n'est pas un lieu sans fumée. Ceci est un fait important, notamment en ce qui concerne l'impact de la fumée secondaire sur la santé.

Le groupe des adultes de 18 à 34 ans dénombre la plus grande proportion de fumeurs et ces derniers sont les consommateurs ayant commencé à fumer le plus tôt, comparativement aux autres tranches d'âge. Toutefois, les fumeurs de 55 ans et plus fument un plus grand nombre de cigarettes quotidiennement.

Presque le quart de la population adulte dans son ensemble affirme avoir bu 5 verres d'alcool ou plus lors de la même occasion une ou plusieurs fois par semaine. Les 18 à 34 ans sont les plus grands consommateurs de boissons alcoolisées. De plus, un pourcentage important (15,5%) d'adultes au sein des Premières Nations a été traité pour abus d'alcool.

En ce qui concerne la consommation de drogues ou de substances volatiles, les 18 à 34 ans en consomment davantage ainsi que les hommes. La drogue la plus fréquemment consommée par les membres des Premières Nations est la marijuana.

4.5.4 Bien-être personnel et communautaire

Les adultes des Premières Nations ont une perception généralement bonne de leur niveau d'équilibre de vie (bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel). Toutefois, le degré de contrôle que les individus estiment exercer sur leur vie (indicateur d'autodétermination) est pour la majorité très bas.

Les femmes ont une perception plus faible de leur équilibre de vie et elles estiment également leur degré d'autodétermination moins élevé comparativement aux hommes. Elles sont cependant plus nombreuses à disposer d'un réseau de soutien social, pour discuter lorsque le besoin se fait sentir.



Soulignons que 39,0% des adultes ont déjà pensé au suicide et 18,4% ont tenté de se suicider. Enfin, un adulte sur cinq mentionne qu'un ami ou un membre de la famille s'est suicidé au cours des 12 mois précédant l'enquête, ce qui représente un résultat particulièrement alarmant.

En ce qui concerne les problèmes sociaux, ceux rencontrés le plus fréquemment sont, par ordre d'importance, l'alcoolisme, l'abus de drogues ou de médicaments, l'abus verbal ou psychologique et les problèmes de jeux de hasard.

En ce qui a trait aux progrès communautaires, nous remarquons que la perception des membres des communautés s'est détériorée depuis 1997 concernant les progrès réalisés dans les 12 mois précédant l'enquête. Enfin, plus des deux tiers des adultes ont répondu ne voir aucun progrès en ce qui concerne la réduction des abus d'alcool et de drogues, alors qu'ils n'étaient qu'un peu plus du tiers en 1997.



Section 5: **La santé des aînés (55 ans et plus)**

La santé des aînés (55 ans et plus)

5.1 Faits saillants

5.1.1 Caractéristiques sociales

5.1.1.1 Profil démographique et langue des Premières Nations :

Parmi les aînés ayant participé à l'enquête, 54,1% sont des femmes. De plus, 60,3% comprennent une ou plusieurs langues des Premières Nations, alors que 35,5% utilisent principalement une langue des Premières Nations dans leur vie quotidienne.

5.1.1.2 Revenu :

L'enquête révèle que 42,2% des aînés ont un revenu annuel individuel de 10 000 à 19 999\$, alors que 29,8% gagnent en deçà de 9999\$ par année.

5.1.1.3 Éducation :

Plus des deux tiers des aînés (68,6%) n'ont pas complété leurs études secondaires.

5.1.2 État de santé

La majorité des aînés interrogés considèrent être en santé. En effet, 23,1% ont affirmé être en excellente ou très bonne santé et 40,8% considèrent être en bonne santé. Toutefois, 36,2% considèrent que leur état de santé est passable ou mauvais.

Au total, 84,9% des aînés affirment être atteints de problèmes médicaux. Les problèmes les plus fréquents sont les problèmes cardiovasculaires (49,1% des aînés atteints de problèmes médicaux en souffrent), les problèmes musculo-squelettiques (44,2%), les problèmes visuels ou auditifs (35,9%) et le diabète (33,0%).

Enfin, selon la classification de l'Indice de masse corporelle (IMC), 51,4% des aînés souffrent d'embonpoint et 29,4% souffrent d'obésité.

5.1.2.1 Blessures physiques :

14,6% des aînés ont eu une ou plusieurs blessures physiques dans les 12 mois précédant l'enquête. Les principales causes de ces blessures sont les chutes ou les faux-pas (responsables de 57,3% des blessures).

5.1.2.2 Soins à domicile :

Près de la moitié des aînés (44,3%) ont besoin de un ou plusieurs soins à domicile. Parmi ceux-ci, 31,8% disent ne pas recevoir les soins dont ils ont besoin. Également, 30,1% des aînés nécessitant des soins reçoivent une partie de ceux-ci de la part d'un membre de leur famille.

5.1.2.3 Accessibilité des soins de santé et soins de santé préventifs :

Plus de la moitié des aînés (59,1%) ont rencontré un ou plusieurs obstacles pour accéder aux soins de santé. L'obstacle principal est le fait que les listes d'attente soient trop longues.

La majorité des aînés ont passé divers examens médicaux ou analyses dans les 12 mois précédant l'enquête. En effet, 87,9% ont passé un test de la pression artérielle, 83,3% un test du taux de glycémie, 80,7% un test de cholestérol. 77,3% un examen de la vue et 65,9% un examen physique complet. Également, 45,7% des hommes ont subi un examen rectal, alors que 14,2% des femmes ont eu une mammographie moins de 6 mois avant l'enquête et 13,7% entre 6 mois et un an avant l'enquête.



5.1.3 Habitudes de vie

5.1.3.1 Activités physiques :

En moyenne, les aînés pratiquent 2,4 heures d'activités physiques qui accélèrent généralement le rythme cardiovasculaire ou respiratoire par semaine. Les activités traditionnelles sont pratiquées par une importante proportion des aînés. En effet, la cueillette de fruits sauvages ou de baies est pratiquée par 40,3% des aînés, la pêche par 38,3% des aînés et la chasse ou le piégeage par 36,1% des aînés. Toutefois, l'activité physique la plus pratiquée est la marche (85,2%).

5.1.3.2 Tabagisme :

Plus du tiers des aînés (39,6%) consomment du tabac. Parmi ceux-ci, la majorité (89,8%) fume à tous les jours. Également, 45,6% des aînés vivent dans un environnement fumeur.

5.1.4 Bien-être personnes et social

5.1.4.1 Pensionnats autochtones :

Environ le quart des aînés a fréquenté un pensionnat pendant leur enfance ou leur adolescence. Parmi ceux-ci, 42,8% affirment que le pensionnat a eu des répercussions négatives sur leur santé. Les répercussions les plus fréquentes sont la violence physique ou verbale (68,1%), la discipline sévère (66,3%) et l'isolement de la famille (61,5%).

5.1.4.2 Soutien social :

De manière générale, les aînés semblent avoir un bon réseau social. En effet, la moitié des aînés ont accès à 2 ou 3 agents de support parmi les membres de leur famille. Également, 51,8% ont parlé de leur santé émotionnelle ou mentale à un membre de leur famille ou à un ami dans le 12 mois précédant l'enquête. Enfin, la majorité des aînés affirment avoir accès en tout temps à diverses personnes pour les soutenir et leur venir en aide en cas de besoin.

5.1.4.3 Suicide et périodes de déprime :

L'enquête révèle que 13,2% des aînés ont pensé au suicide et 6,2% ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Également, 30,0% se sont déjà senti déprimés pendant deux semaines ou plus dans les 12 mois précédant l'enquête.

5.1.5 Bien-être communautaire et culture traditionnelle

De manière générale, les aînés ont une vision plutôt négative des progrès survenus dans leur communauté. En effet, une majorité n'a observé aucun progrès communautaire dans la réduction des abus d'alcool et de drogues (70,2%), le renouvellement de la spiritualité des Premières Nations (54,8%), les méthodes traditionnelles de guérison (54,6%), les services de police (54,6%) et le renouement des relations avec la Terre (51,7%).

Toutefois, une majorité a perçu des progrès importants en ce qui a trait à la sensibilisation culturelle dans les écoles (75,8%), à l'accès à l'éducation et à la formation (75,3%) et à l'utilisation des langues des Premières Nations (61,9%).



5.2 Profil démographique

Parmi le groupe des personnes âgées de 55 et plus, 27,4% sont âgées de 70 ans et plus et 54,1% sont des femmes. Les femmes vieillissantes sont donc plus nombreuses que les hommes vieillissants.

Les aînés sont regroupés majoritairement en zone 1, donc plus près des centres urbains, dans une proportion de 72,2%. La moitié d'entre eux habitent dans les communautés de grande taille (50,3%). Également, plus de 60,3% d'entre eux comprennent une ou plusieurs langues des Premières Nations et 35,5% utilisent principalement celle-ci.

Près de la moitié (48,3%) des personnes de 55 ans et plus sont mariées, 21,6% sont veuves, 11,2% sont célibataires et 11,1% sont divorcées. De plus, 89,0% des aînés ont un revenu annuel inférieur à 30 000\$, alors que 42,2% ont un revenu annuel situé entre 10 000\$ et 19 999\$ et 29,8% ont un revenu annuel de 0\$ à 9 999\$. Plus de 68,6% d'entre eux n'ont pas complété leurs études secondaires.

5.3 État de santé

Les aînés ont une perception plus négative, en général, de leur état de santé, en comparaison avec les moins de 55 ans. Toutefois, 23,1% affirment être en excellente ou en très bonne santé et 40,8% estiment être en bonne santé. Un peu plus du tiers des aînés (36,2%) mentionnent que leur état de santé est passable ou mauvais. Lorsque nous avons demandé aux personnes âgées de 55 ans et plus qui sont en excellente ou en très bonne santé quelles étaient les raisons justifiant cet état, le fait d'avoir un bon soutien social, un régime sain et d'être heureux et satisfait ont été les principales raisons mentionnées.

Tableau 68: Raisons invoquées pour expliquer l'excellente ou la très bonne santé

Raisons invoquées pour être en santé	% d'aînés
Bon soutien social	67,4%
Régime sain	66,7%
Être heureux / satisfait	66,1%
Bien dormir / prendre du repos	62,7%
Équilibre de vie	59,5%
Exercices réguliers / pratique de sports	51,7%
Peu de stress	46,3%

L'enquête révèle que 84,9% des personnes âgées de 55 ans et plus ont des problèmes médicaux. On remarque également que seulement 21,5% des aînés ont un poids normal. En effet, 41,4% font de l'embonpoint et 29,4% souffrent d'obésité. Ceci doit certainement avoir une incidence sur plusieurs problèmes médicaux, dont notamment les problèmes cardiovasculaires qui touchent 49,1% des aînés atteints de problèmes médicaux. Effectivement, tel que mentionné précédemment chez les adultes, plus la masse corporelle augmente, plus les problèmes cardiovasculaires augmentent.

Tableau 69: Proportions d'aînés atteints de divers problèmes médicaux

Problèmes médicaux	% d'aînés
Cardiovasculaires	49,1%
Musculo-squelettiques	44,2%
Visuels et auditifs	35,9%
Diabète	33,0%
Respiratoires	23,5%
Système digestif	20,7%
Allergies	15,9%*
Glande thyroïde	12,7%*
Neurologiques et cognitifs	#
Cancers	#

Comme nous l'avons vu dans le tableau 69, 44,2% des personnes âgées de 55 ans et plus souffrent de problèmes musculo-squelettiques, 35,9% ont des problèmes visuels et auditifs et 33,0% sont atteintes de diabète. Parmi ces derniers, 80,6% sont atteints de diabète de type 2. La presque totalité des diabétiques reçoivent un traitement (97,4%). De plus, il est à noter que le diabète provoque fréquemment d'autres problèmes de santé chez les personnes atteintes, dont notamment des problèmes aux mains et aux pieds (45,2%), des problèmes aux membres inférieurs (35,0%) et des problèmes de la vue (34,8%).

Tableau 70: Proportions d'âînés ayant des complications causées par le diabète

Complications	% d'âînés diabétiques
Problèmes aux mains ou de pieds (ex : neuropathie)	45,2%*
Problèmes aux membres inférieurs	35,0%*
Problèmes de vue	34,8%*
Problèmes de circulation sanguine (autres que celle du cœur)	28,0%*
Problèmes de reins	18,2%*
Problèmes de cœur	17,3%*

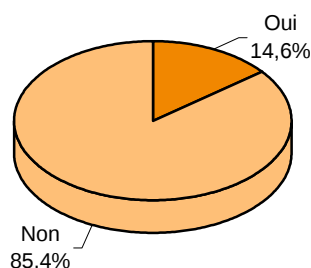
73,1% des diabétiques se soignent avec des pilules et 30,3% avec de l'insuline. Toutefois, 73,4% des personnes atteintes mentionnent que le diabète a suscité chez elles l'adoption d'un style de vie plus sain. En effet, 42,2% ont changé leur régime alimentaire et 31,5% font de l'exercice. La majorité des individus, soit 41,8%, vérifient leur taux de glycémie une fois par jour ou plus. Toutefois, 17,2% des diabétiques n'avaient pas effectué de vérifications dans les deux semaines précédant l'enquête.

Plus de 69,2% des diabétiques ont fréquenté une clinique du diabète ou ont consulté une personne ressource. Comme chez les adultes atteints de diabète, ceux qui n'ont pas fréquenté une clinique invoquent, comme principale raison, qu'ils étaient déjà informés à ce sujet, dans une proportion de 45,6%.

5.3.1 Blessures physiques

Nous observons qu'un faible pourcentage d'âînés (14,6%), qui ont subi une ou plusieurs blessures dans les 12 mois précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, 93,4% affirment que ces blessures n'étaient pas reliées à la consommation d'alcool ou de drogues. Les chutes et les faux pas sont les principales causes mentionnées par les âînés ayant subi une ou plusieurs blessures, dans une proportion de 57,3%.

Graphique 172: Proportions d'âînés ayant subi des blessures (12 mois précédant l'enquête)

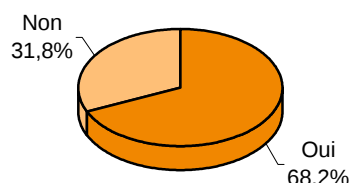


5.3.2 Limitations des activités et soins à domicile

44,3% des personnes âgées de 55 ans et plus affirment être souvent ou parfois limitées dans leurs activités en raison de leur condition physique ou de problèmes de santé. Les âînés sont moins nombreux à travailler ou à étudier, donc, seulement 18,9% affirment qu'ils sont parfois limités dans le cadre de ces activités. Toutefois, 34,4% affirment que leur condition physique ou leurs problèmes de santé les limitent souvent ou parfois dans leurs loisirs et voyages.

40,2% des personnes âgées de 55 ans et plus affirment qu'ils ont besoin d'un ou de plusieurs soins à domicile (les soins incluent les services). Parmi celles-ci, plus de 31,8% disent ne pas recevoir les soins à domicile dont elles ont besoin et 30,1% mentionnent qu'un membre de leur famille participe aux soins qu'elles reçoivent à domicile.

Graphique 173: Proportions d'aînés estimant recevoir les soins à domicile dont ils ont besoin



Parmi les soins à domicile nécessaires, l'entretien ménager (31,7%) et les travaux domestiques légers (27,9%) sont les plus demandés, suivis des soins infirmiers (18,2%) et d'aide pour la préparation ou la livraison de repas (12,0%). De plus, 20,5% des aînés ont dû apporter des modifications à leur domicile en raison d'une affection physique.

Précisons que sur les 31,7% des aînés estimant avoir besoin de service d'entretien ménager, la moitié, soit 52,8%, affirme ne pas recevoir ce service. Pour les autres services demandés, cette proportion est moins élevée. Toutefois, le tiers des aînés estimant avoir besoin de services de travaux domestiques légers affirment ne pas recevoir ces services, soit 33,0% et 28,1% respectivement. En ce qui concerne la préparation des repas, 78,5% affirment recevoir ce service lorsqu'ils en ont besoin.

Tableau 71: Proportions d'aînés ayant divers besoins de soins à domicile

Types de soins à domiciles	% d'aînés
Entretien ménager	31,7%
Travaux domestiques légers	27,9%
Soins infirmiers	18,2%*
Préparation ou livraison de repas	12,0%*

5.3.3 Accessibilité aux services de santé et soins dentaires

Plus de 46,4% des aînés estiment avoir le même niveau d'accessibilité aux services de santé que la population canadienne générale, alors que 30,3% affirment même avoir une meilleure accessibilité. De plus, 23,3% disent avoir une moins bonne accessibilité et 43,9% affirment rencontrer un ou plusieurs obstacles pour recevoir des soins de santé.

Parmi les aînés ayant déclaré avoir eu de la difficulté à accéder aux soins de santé, 59,1% ont mentionné que les listes d'attente trop longues étaient un obstacle d'accessibilité. Viennent ensuite les obstacles liés aux coûts. À cet effet, 32,0% disent avoir eu un problème dû au fait que certains services n'étaient pas couverts par le Programme des SSNA et 28,3% disent avoir eu un refus d'une autorisation préalable pour recevoir des services de santé offerts en vertu du Programme des SSNA. Enfin, 19,2% affirment qu'ils ne pouvaient assumer les coûts directs des services.

Le manque de ressources médicales peut également être problématique. 26,6% affirment qu'ils n'ont pas de médecins ou d'infirmières à proximité, 23,8% disent que certains services n'étaient pas disponibles dans leur région et 18,0% ont indiqué qu'ils étaient incapables de trouver du transport médical.

Enfin, la qualité des soins est aussi prise en compte. 25,4% des aînés ont l'impression que les soins ne sont pas adaptés à leur culture et 21,8% ont l'impression que les soins sont inadéquats. D'ailleurs, 14,9% affirment qu'ils ont de la difficulté à recevoir des soins traditionnels.

Tableau 72: Proportions d'aînés ayant rencontré divers obstacles parmi les aînés ayant eu de la difficulté à accéder aux services de santé

Obstacles rencontrés	% d'aînés
Listes d'attente trop longue	59,1%
Non couverts par le Programme SSNA	32,0%
Refus d'une autorisation préalable des services de santé non assurés	28,3%
Pas de médecin ou d'infirmière dans ma région	26,6%*
Impression que les soins n'étaient pas adaptés à la culture	25,4%*
Services non disponibles dans ma région	23,8%*
Impression que les soins étaient inadéquats	21,8%*
Ne pouvait assumer les coûts directs des services	19,2%*
Incapable de trouver du transport	18,0%*
Difficulté à recevoir des soins traditionnels	14,9%*

En ce qui concerne la médecine traditionnelle, 38,9% des aînés disent l'utiliser. Toutefois, 37,9% affirment qu'ils ont rencontré un ou plusieurs problèmes à accéder à cette médecine. Parmi ces derniers, 47,6% estiment ne pas en connaître assez sur cette médecine et 25,2% mentionnent que le fait qu'elle ne soit pas prodiguée dans des établissements de santé représente un obstacle à son utilisation. D'ailleurs, 23,8% ignorent tout simplement où trouver la médecine traditionnelle.

La majorité des personnes âgées de 55 ans et plus, soit 71,5%, affirment ne pas rencontrer de difficultés pour accéder à un des services de soins de santé offerts par Santé Canada par l'entremise du Programme des SSNA. Toutefois, parmi les 28,5% ayant mentionné avoir connu une ou plusieurs difficultés à y accéder, 62,6% disent qu'ils ont eu de la difficulté en ce qui a trait à l'accès aux médicaments.

Viennent ensuite les problèmes liés aux escortes pour les déplacements (30,0%), aux soins dentaires (29,3%), aux soins de la vue (22,7%) et aux services ou aux coûts de transport (20,8%).

Tableau 73: Proportions d'aînés ayant rencontré divers obstacles parmi les aînés ayant eu de la difficulté à accéder aux SSNA

Services pour lesquels des obstacles ont été rencontrés	% d'aînés
Accès aux médicaments	62,6%
Escortes pour les déplacements	30,0%*
Soins dentaires	29,3%
Soins de la vue	22,7%*
Services ou coûts de transport	20,8%*

À propos des soins dentaires, on remarque que 29,3% des personnes qui ont eu de la difficulté à accéder aux SSNA ont eu des difficultés à accéder à ces soins. De plus, 35,2% des personnes âgées de 55 ans et plus affirment ne pas avoir reçu de soins dentaires dans les 5 ans précédant l'enquête.

En règle générale, les soins dentaires nécessaires aux personnes âgées de 55 ans et plus sont : l'entretien (35,4%), les prothèses (33,0%) et les plombages ou restaurations (12,2%).

5.4 Habitudes de vie

5.4.1 Alimentation

Les aînés ont une bonne perception de leur régime alimentaire en général, qu'ils estiment toujours équilibré ou presque dans 54,9% des cas. De plus, 36,0% affirment que leur régime alimentaire est parfois équilibré et

nutritif et seulement 9,1% disent qu'il ne l'est jamais ou rarement. Effectivement, les personnes âgées de 55 ans et plus consomment moins d'aliments vides que les autres groupes d'âge. Par contre, ce sont de grands consommateurs de café et de thé, plus de 78,8% en consomment une ou plusieurs fois par jour.

5.4.1.1 Consommation d'aliments vides

Les aliments vides, les boissons gazeuses, les bonbons et les pâtisseries sont consommés par une proportion plus élevée d'aînés qui en consomment quelques fois par semaine à plusieurs fois par jour, soit respectivement 41,4% et 47,9%. De plus, 28,9% des aînés affirment consommer des frites, croustilles, bretzels, etc., quelques fois par semaine ou plus. Ce pourcentage est de 18,1% pour les repas-minutes.

5.4.1.2 Consommation d'aliments traditionnels

Lorsque nous avons demandé aux aînés à quelle fréquence ils consommaient de la nourriture traditionnelle, la majorité de ces derniers ont répondu qu'ils l'avaient fait quelques fois durant les 12 derniers mois. Les principaux aliments consommés à cette fréquence sont : les baies ou autres fruits sauvages (61,3%), le poisson d'eau douce (58,7%), le gros gibier (55,3%), la bannique (52,4%), le petit gibier (48,9%) et le gibier à plumes (47,0%). De plus, 96,3% affirment ne jamais consommer de produits de la mer et 75,7% ne jamais consommer de soupe de maïs. Les autres aliments des cours d'eau et les poissons d'eau salée sont également moins consommés. Enfin, plus de la moitié des aînés partagent parfois des aliments traditionnels avec leur entourage, soit 55,5%.

5.4.1.3 Modes de préparation de la viande et du poisson

Les modes de préparation de la viande et du poisson qui sont les plus utilisés par les personnes âgées de 55 ans et plus sont à la vapeur ou au four (79,6%), bouilli (71,7%) et avec de la margarine (69,1%). Vient ensuite la cuisson avec des huiles végétales (62,5%).

La graisse (Crisco ou saindoux) et le beurre sont moins fréquemment utilisés dans des proportions respectives de 40,2% et 55,8% de personnes âgées de 55 ans et plus les utilisant souvent ou parfois. En ce qui concerne l'emploi de graisses animales (oie, phoque, etc.) et d'un enduit végétal aérosol (PAM), la majorité des aînés ne les utilisent jamais, soit 78,0% dans le cas de la graisse animale et 68,8% pour l'enduit végétal.

La consommation de viande ou de poissons fumés, séchés ou crus est faible. Plus de 93,5% des aînés ne consomment jamais de viande ou de poissons crus, 76,1% ne les consomment jamais séchés et 63,2% ne les consomment jamais fumés.

5.4.2 Activités physiques

Les activités physiques que pratiquent la majorité des personnes âgées de 55 ans et plus sont particulièrement liées au mode de vie traditionnel. En effet, mis à part les quilles (11,7%) et la natation (11,6%), les activités telles que les sports de compétition, le golf, le patin à glace, la danse, le conditionnement physique, etc., ne sont presque pas pratiquées par la population des aînés. Les aînés consacrent, en moyenne, 2,4 heures par semaine à une activité accélérant généralement leur fréquence cardiaque et leur rythme respiratoire.

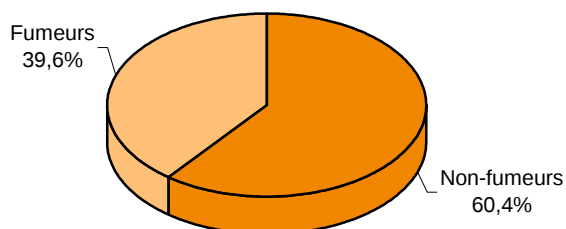
La marche est l'activité la plus pratiquée, dans une proportion de 85,2%. Viennent ensuite la cueillette de baies ou autres aliments (40,3%), la pêche (38,4%) ainsi que la chasse et le piégeage (36,1%). Les activités, telles que la randonnée pédestre, le canot, la bicyclette et la raquette, sont également pratiquées dans une faible proportion. Nous pouvons constater que les activités physiques que pratiquent les aînés sont majoritairement des activités extérieures, ce qui est probablement lié, encore une fois, au mode de vie traditionnel.

5.4.3 Style de vie

5.4.3.1 Tabagisme

On compte moins de fumeurs chez les 55 ans et plus que chez les autres groupes d'âge. Toutefois, ceux qui fument consomment davantage de tabac. Parmi les 39,6% des 55 ans et plus qui fument, 89,8% fument tous les jours et 30,9% fument en moyenne de 10 à 14 cigarettes par jour. De plus, 39,0% des fumeurs n'ont jamais essayé d'arrêter de fumer et 38,8% ont essayé une ou deux fois. Les fumeurs et les ex-fumeurs ont commencé à fumer en moyenne vers l'âge de 17 ans.

Graphique 174: Tabagisme chez les aînés



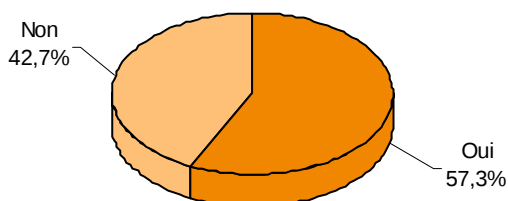
45,6% des aînés disent que leur maison n'offre pas un environnement sans fumée, ce qui peut avoir une incidence, entre autres facteurs, sur la fréquence et la gravité de certaines maladies chroniques.

Parmi les non-fumeurs, 50,7% sont des ex-fumeurs qui fumaient à tous les jours. Les principales raisons évoquées par ceux-ci pour cesser de fumer sont : adopter un mode de vie plus sain (55,1%), des raisons de santé (48,5%), sous l'ordre du médecin (22,7%) et par respect pour les personnes aimées (17,8%). Aucun moyen particulier n'a été employé pour arrêter de fumer et dans 86,0% des cas, les ex-fumeurs affirment avoir fait un sevrage brutal.

5.4.3.2 Consommation d'alcool et de drogues

Plus de la moitié des aînés (57,3%) affirment avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête.

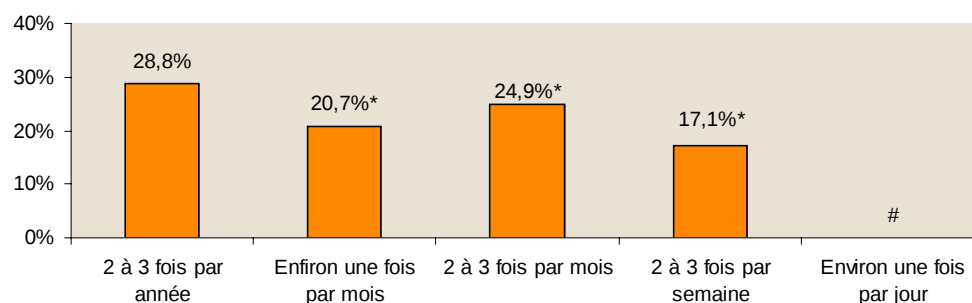
Graphique 175: Proportions d'aînés affirmant avoir consommé de l'alcool (12 mois précédant l'enquête)



Parmi les aînés ayant consommé de l'alcool, 28,8% disent en avoir consommé que 2 ou 3 fois durant l'année, 20,7% une fois par mois, 24,9% de 2 à 3 fois par mois et 17,1% de 2 à 3 fois par semaine. Plus de 40,8% de ces individus mentionnent qu'ils n'ont jamais consommé plus de 5 verres d'alcool lors de la même occasion.



Graphique 176: Fréquences de consommation d'alcool des aînés parmi ceux qui ont déclaré en avoir consommé (12 mois précédant l'enquête)



17,1% des aînés ayant consommé de l'alcool dans les 12 mois précédant l'enquête affirment avoir consommé 5 verres d'alcool ou plus à la même occasion à raison de 2 à 3 fois par semaine. La majorité des aînés ayant consommé de l'alcool affirme ne jamais avoir été traités pour abus d'alcool, soit 90,1%.

Pour ce qui est de la consommation de drogues, on estime que 17,6% des aînés s'adonnent à cette pratique. On remarque cependant que 97,6% des personnes de 55 ans et plus affirment ne jamais avoir été traitées pour abus de drogues et 98,3% n'ont jamais été traitées pour un abus de solvants.

5.4.3.3 Santé sexuelle

Le tiers des personnes âgées de 55 ans et plus affirment être actives sexuellement. Plus de 40,6% des aînés mentionnent qu'ils ont eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête. Parmi ces individus, 98,6% affirment avoir eu un ou deux partenaires. Toutefois, dans nos choix de réponses, le fait d'avoir un ou deux partenaires constituait une seule catégorie. Nos observations nous laissent supposer que les aînés sont plus nombreux à n'avoir qu'un partenaire et non deux. En effet, 78,6% d'entre eux n'utilisent jamais le condom et 81,4% de ces derniers affirment que la principale raison pour ne pas l'utiliser est qu'ils étaient avec leur partenaire régulier. Finalement, 82,3% des aînés n'ont jamais subi de test de VIH.

5.4.4 Soins de santé préventifs

En ce qui a trait aux soins préventifs dans les 12 mois précédant l'enquête, la majorité des personnes âgées de 55 ans et plus a passé des analyses et des examens pour le cholestérol, la vue, la pression artérielle ou le taux de glycémie. La seule exception est pour l'examen rectal que 45,7% des hommes ont subi. Soulignons également que le tiers de la population des aînés (34,1%) n'avait pas eu d'examen physique complet dans les 12 mois précédant l'enquête.

Tableau 74: Proportions d'aînés ayant passé divers examens préventifs (12 mois précédant l'enquête)

Examens préventifs	% d'aînés
Pression artérielle	87,9%
Taux de glycémie	83,3%
Cholestérol	80,7%
Examen de la vue	77,3%
Examen physique complet	65,9%
Examen rectal (hommes seulement)	45,7%

En ce qui concerne les femmes, 34,2% d'entre elles n'ont jamais fait d'autoexamen des seins. Parmi celles qui l'ont déjà fait, 32,6% l'ont fait une fois par mois. 40,9% des femmes affirment que leur dernière mammographie remonte entre un ou trois ans avant l'enquête et 14,2% n'en ont jamais passées. Toutefois, 14,2% ont eu une mammographie moins de 6 mois avant l'enquête et 13,7% entre 6 mois et un an avant l'enquête. Finalement, 29,8% affirment qu'elles ont eu leur dernière cytologie (examen vaginal avec prélèvements) entre un et trois ans avant l'enquête et 26,2% l'ont subie 5 ans ou plus avant l'enquête.

5.4.5 Pensionnats autochtones

Le quart de la population des aînés a fréquenté un pensionnat autochtone. Sur cette population, 42,8% affirme que le pensionnat a eu des répercussions négatives sur leur santé. Les principales répercussions négatives évoquées par les personnes sont : la violence physique et verbale (68,1%), la discipline sévère (66,3%) et le fait d'être isolé de la famille (61,5%).

La perte de la langue (56,8%) et la perte de l'identité culturelle (55,9%) sont également des répercussions négatives importantes. De plus, les cas d'abus physiques obtiennent 55,8% et les abus sexuels 32,0%. Plus de la moitié des aînés ayant fréquenté un pensionnat autochtone affirment avoir été témoins de tels abus.

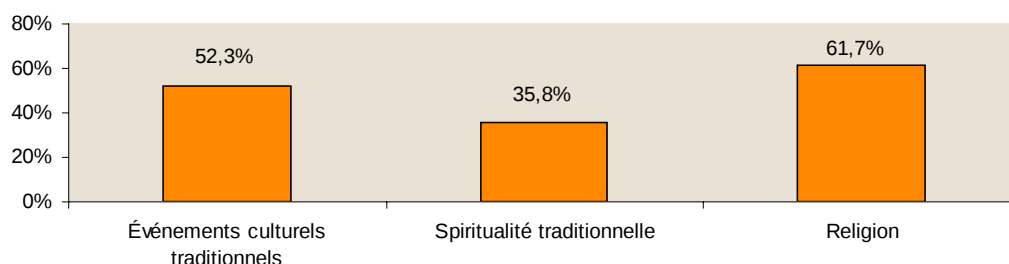
L'âge du début des études au pensionnat varie fortement; alors que la moyenne d'âge de la sortie du pensionnat se situe autour de 14 et 15 ans. À la différence des autres tranches d'âge, la majorité des personnes âgées de 55 ans et plus mentionnent que leurs parents et leurs grands-parents n'ont pas étudié dans un pensionnat, puisque les pensionnats n'existaient pas à cette époque.

5.4.6 Bien-être personnel et social

Le bien-être des personnes âgées de 55 ans et plus a été évalué à l'aide de questions sur les thèmes de l'équilibre de vie et de l'autodétermination, ainsi que du racisme et du suicide. Nous avons également analysé les différents réseaux de soutien auxquels les aînés ont accès et leur perception de la culture traditionnelle.

À cet effet, nous remarquons que plus de la moitié des aînés affirment que les événements traditionnels sont très importants pour eux. Par contre, l'importance de la spiritualité traditionnelle est moindre. La religion obtient un pourcentage clairement plus élevé avec 61,7% d'aînés qui estiment qu'elle est très importante, comparativement à 35,8% pour la spiritualité traditionnelle.

Graphique 177: Proportions d'aînés considérant très importants les événements culturels traditionnels, la spiritualité traditionnelle et la religion



5.4.6.1 Équilibre et autodétermination

En règle générale, les aînés se sentent très équilibrés (47,5%) ou modérément équilibrés (47,6%). En effet, les aînés affirment se sentir tout le temps ou la plupart du temps équilibrés émotionnellement, mentalement et spirituellement dans des proportions généralement au-dessus de 80,0%. Pour ce qui est de l'équilibre physique, on remarque une légère baisse de cette proportion avec 76,5% des aînés qui mentionnent être tout le temps ou la plupart du temps équilibrés physiquement. Ceci pourrait être lié à une certaine perte d'autonomie.

L'autodétermination des personnes de 55 ans et plus, c'est-à-dire le degré de leur impression de contrôle et de liberté dans leur vie, est également positive dans son ensemble. Effectivement, plus de 80,0% d'entre elles affirment être fortement en accord ou en accord avec le fait qu'elles peuvent régler leurs problèmes, que personne ne les bouscule dans la vie, qu'elles maîtrisent les événements qui surviennent dans leur vie et qu'elles peuvent réaliser à peu près tout ce qu'elles ont vraiment décidé de réaliser. Enfin, 78,4% d'entre elles disent que ce qui leur arrive dans la vie dépend en grande partie d'elles-mêmes.



5.4.6.2 Soutien social

Les agents de support des personnes âgées de 55 ans et plus sont surtout des amis ou des membres de la famille. 46,6% des aînés affirment avoir 2 ou 3 agents de support au sein de ces groupes. Parmi ceux-ci, 26,7% affirment qu'ils ont 2 ou 3 agents de support au sein des professionnels de la santé en général (guérisseur traditionnel, médecin de famille, représentant en santé communautaire (RSC) et infirmier (ère)) et plus de 77,8% ont mentionné qu'ils n'ont pas d'agent de support au sein des professionnels de la santé mentale ou des intervenants sociaux (psychiatre, psychologue, conseiller, travailleur social et ligne d'écoute téléphonique).

Dans les 12 mois précédant l'enquête, les aînés ont d'ailleurs parlé de leur santé émotionnelle et mentale davantage aux membres de leur famille immédiate (51,8%) et à leurs amis (43,8%). Viennent ensuite les autres membres de la famille (39,4%), le médecin de famille (37,4%) et les infirmiers (ères) (30,7%). Plus de 80,0% des aînés n'ont pas parlé de leur santé émotionnelle et mentale aux représentants de santé communautaire, psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, conseillers et guérisseurs traditionnels et n'ont jamais utilisé une ligne d'écoute téléphonique.

Parmi les supports disponibles, 61,6% des aînés affirment qu'ils ont tout le temps quelqu'un qui leur démontre de l'amour et de l'affection et 58,4% d'entre eux affirment qu'il y a toujours quelqu'un qui peut les conduire chez le médecin. Environ la moitié des aînés estiment qu'ils ont tout le temps une personne de confiance à qui parler ou qui est là quand ils ont besoin d'aide, ainsi qu'une personne avec qui avoir du bon temps, faire des choses agréables ou encore un confident.

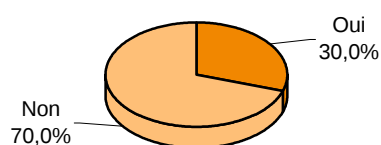
5.4.6.3 Racisme et suicide

Dans les 12 mois précédant l'enquête, 14,2% des personnes âgées de 55 ans et plus affirment avoir été victimes de racisme. Parmi celles-ci, 30,6% disent que le racisme a eu certains effets sur leur estime personnelle.

En ce qui concerne le suicide, 13,2% des aînés affirment y avoir déjà pensé au cours de leur vie. De plus, 6,2% des personnes âgées de 55 ans et plus affirment avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (les résultats quant aux tentatives de suicide ne concernent que les tentatives manquées, les tentatives réussies ne pouvant être comptabilisées à l'aide d'une enquête par questionnaire).

Enfin, 30,0% des personnes âgées de 55 ans et plus affirment s'être senti déprimées pendant plus de deux semaines au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Graphique 178: Proportions d'aînés s'étant senti déprimés pendant deux semaines ou plus (12 mois précédant l'enquête)





5.4.7 Bien-être communautaire et culture traditionnelle

Le bien-être communautaire et la culture traditionnelle ont été évalués à l'aide d'une série de questions sur les différents progrès que les personnes âgées de 55 ans et plus dénotent en ce qui a trait à certains thèmes liés à la communauté et à la tradition.

Parmi les progrès communautaires mentionnés dans l'enquête, les personnes âgées de 55 ans et plus sont particulièrement insatisfaites en ce qui concerne la réduction de la consommation d'alcool et de drogues. En effet, 70,2% des aînés affirment qu'il n'y a eu aucun progrès en ce qui a trait à la réduction des abus d'alcool et de drogues dans les 12 mois précédant l'enquête.

Plus de la moitié des aînés estiment également qu'il n'y a eu aucun progrès lié au renouvellement de la spiritualité des Premières Nations (54,8%), aux méthodes traditionnelles de guérison (54,6%), et au service de police (54,6%) et au renouement des relations avec la terre (51,7%). En ce qui concerne les cérémonies traditionnelles, 53,7% estiment qu'il y a eu des progrès moyennement importants dans leur communauté.

Les progrès dont les personnes âgées de 55 ans et plus sont les plus satisfaites touchent particulièrement les domaines de l'éducation et de l'amélioration de la qualité de leur environnement immédiat (habitation, aqueduc, etc.). Pour l'éducation, plus de 75,8% des aînés estiment qu'il y a eu des progrès importants ou moyennement importants liés à la sensibilisation culturelle dans les écoles, 75,3% liés à l'accès à l'éducation et à la formation et 61,9% liés à l'utilisation des langues des Premières Nations.

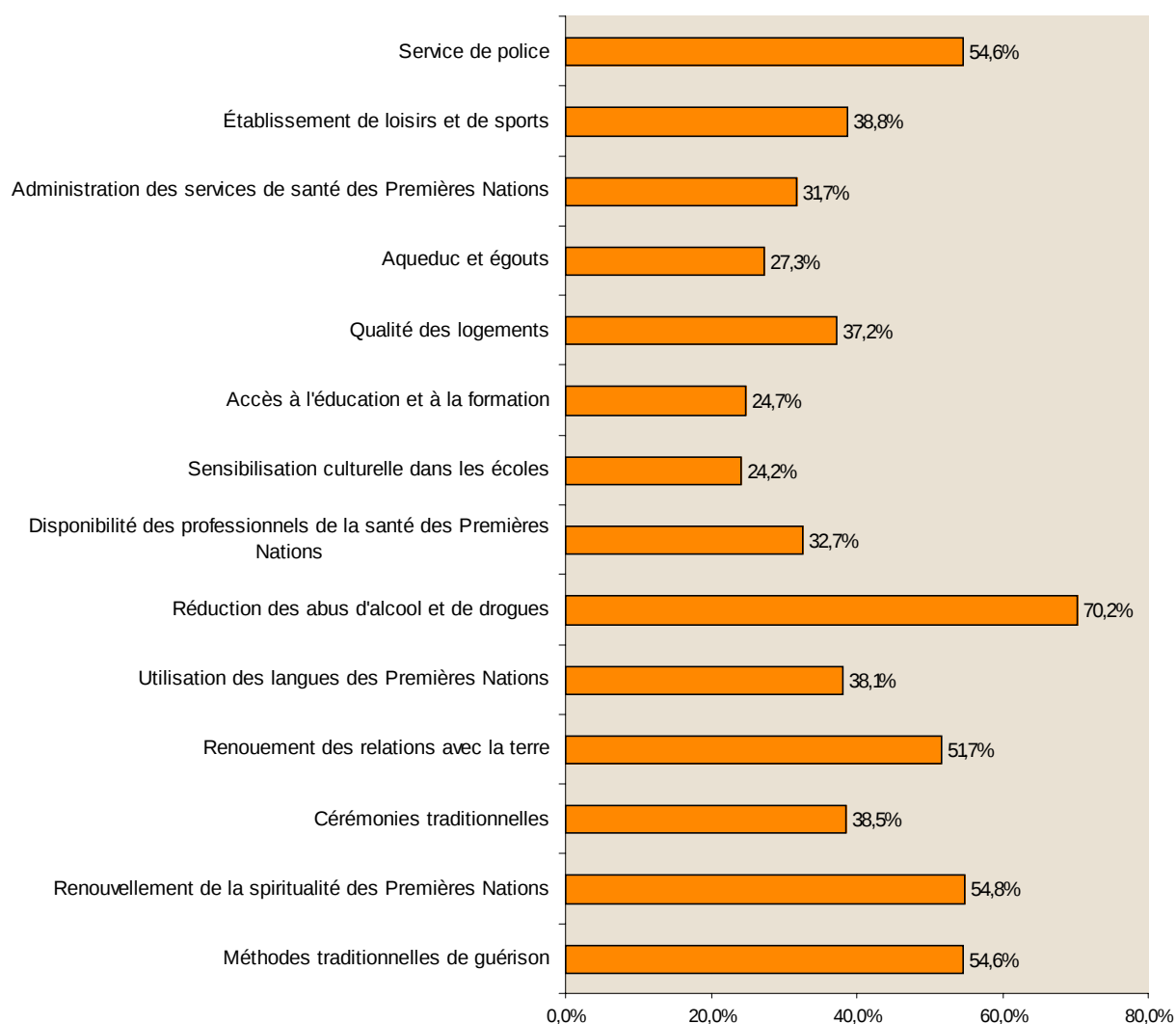
L'amélioration des systèmes d'aqueduc et d'égouts obtient également un pourcentage de 72,8%. De plus, 62,8% des aînés estiment qu'il y a eu des progrès importants ou moyennement importants en ce qui concerne la qualité des logements et 50,5% en ce qui concerne les établissements de loisirs et de sports.

Finalement, les aînés voient aussi des progrès dans le domaine de la santé. En effet, 68,4% mentionnent qu'il y a eu des progrès importants ou moyennement importants liés à l'administration des services de santé des Premières Nations et 56,8% liés à la disponibilité des professionnels de la santé des Premières Nations.

Afin d'avoir une vue d'ensemble sur les progrès communautaires que les aînés ont estimé moins importants au cours des 12 mois précédant l'enquête, le graphique 179 rassemble les pourcentages d'aînés ayant estimé ne constater aucun progrès dans les différents domaines.



Graphique 179: Proportions d'aînés estimant qu'il n'y a eu aucun progrès communautaire dans divers domaines (12 mois précédant l'enquête)





5.5 Conclusion de la section des aînés (55 ans et plus)

Près des deux tiers des aînés habitent en zone 1, donc plus près des centres urbains, alors que la moitié habite dans les communautés de grande taille. La moitié des personnes de 55 ans et plus comprennent une ou plusieurs langues des Premières Nations et plus du tiers en utilisent une fréquemment. Soulignons que le revenu annuel des aînés n'excède généralement pas 19 000\$.

84,9% des aînés sont atteints de problèmes médicaux et seulement 21,5% ont un poids normal. Cette tendance a très certainement une incidence sur plusieurs problèmes médicaux, dont notamment les maladies cardiovasculaires dont presque la moitié des aînés en est atteint. De plus, bien que l'on dénombre moins de fumeurs chez les aînés, ceux-ci consomment davantage de tabac que les autres tranches d'âges lorsqu'ils sont fumeurs. De plus, les aînés consomment moins d'aliments vides que les autres tranches d'âge, mais sont de plus grands consommateurs de café ou de thé.

Finalement, en règle générale, les aînés se sentent très équilibrés ou modérément équilibrés émotionnellement, mentalement et spirituellement. Toutefois, nous remarquons une légère baisse du niveau d'équilibre en ce qui concerne l'équilibre physique, ce qui pourrait être lié à une certaine perte d'autonomie liée au vieillissement.



Section 6: Recommandations

Recommandations

Dans son ensemble, le Rapport sur la santé des Premières Nations vivant dans les communautés fait état des **conditions sociales et de santé qui caractérisent les Premières Nations de la Région du Québec**. Cette section présente les recommandations en fonction de certains faits saillants de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002. À noter que ces recommandations ne sont pas présentées en ordre de priorité. En effet, elles constituent toutes des priorités pour l'amélioration de la santé et du bien-être des Premières Nations.

6.1 Recommandations générales

L'ampleur des problématiques touchant l'état de santé générale, les habitudes de vie défavorables à la santé et au bien-être, la pauvreté et l'exclusion sociale, le manque de ressources communautaires, et les problèmes sociaux, reflète la **nécessité d'agir en amont pour l'amélioration des conditions de vie** dans lesquelles vivent les Premières Nations.

Afin de poursuivre une réflexion approfondie sur les changements radicaux nécessaires dans le domaine de la santé et des services sociaux, des **ressources financières supplémentaires** et la **mobilisation de tous les acteurs**, autant au niveau communautaire que régional et national, apparaissent essentielles.

L'amélioration de la santé et du bien-être des Premières Nations sera possible si les différents programmes de prévention, de promotion de la santé, de services et de soins de santé sont **développées, pris en charge et administrés par les Premières Nations elles-mêmes**.

Enfin, les communautés des Premières Nations sont les plus compétentes pour **adapter les différents outils et programmes selon leurs propres besoins et leur réalité culturelle**.

6.2 Profil démographique

Conditions de vie :

Considérant que les enfants vivant dans les communautés plus isolées grandissent dans des conditions plus difficiles et moins favorables à la santé (ex. : eau courante non potable, pénurie de professionnels de la santé, etc.) :

- *Des mesures devraient être développées, maintenues et renforcées afin d'assurer que ces enfants grandissent dans de meilleures conditions de vie. Cela nécessite l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services, soutenus par des ressources adéquates.*

Pauvreté :

Considérant la pauvreté comme un déterminant de la santé et du bien-être, le fait qu'un membre des Premières Nations sur cinq vit sous le seuil de la pauvreté et qu'un peu moins de la moitié des adultes sont sans emploi dans les communautés des Premières Nations :

- *Des stratégies communautaires, régionales et nationales de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale devraient être mises sur pied, maintenues et renforcées afin de briser le cercle vicieux de la pauvreté;*
- *Des ressources supplémentaires doivent être investies afin de favoriser la création d'emplois et d'offrir des formations appropriées dans les communautés;*
- *Des initiatives communautaires, régionales et nationales de développement des habiletés devraient également être mises sur pied, maintenues ou renforcées.*

Considérant qu'un fort pourcentage de mères sont sous scolarisées (50,6 % n'ayant pas terminé leurs études secondaires), ont un faible revenu (80,9 % des femmes reçoivent un revenu du gouvernement) et que leurs enfants ont un état de santé global moins favorable :

- *De meilleures opportunités de formations et des emplois mieux rémunérés et continus devront être offerts aux femmes et aux mères dans les communautés;*
- *Un soutien communautaire lors de leur grossesse et suite à la naissance de l'enfant devrait soutenir ces femmes.*

Éducation :

Considérant qu'un enfant sur dix a doublé une année scolaire, que les garçons éprouvent davantage de difficultés scolaires que les filles et que l'éducation est un déterminant de la santé :

- *Des ressources financières supplémentaires doivent être investies afin que des ressources puissent venir en aide à ces enfants et à leurs parents. Les services devraient également être mieux adaptés aux besoins de la communauté et plus habilités à encadrer les enfants.*

Considérant que près de la moitié des adultes n'a pas terminé ses études secondaires et que le niveau de scolarité est un déterminant majeur de la santé et du bien-être :

- Des formations professionnelles et générales devraient être mises sur pied, maintenues ou renforcées au niveau communautaire et régional afin de permettre aux adultes de parfaire leurs habiletés, d'augmenter leur revenu, d'améliorer leurs conditions de vie et d'augmenter leur sentiment de contrôle sur leur vie;
- Afin d'assurer le succès de ces formations, elles devraient être offertes directement dans les communautés. Cela nécessite des ressources financières supplémentaires et adéquates.

Logement :

Considérant que près de deux adultes sur cinq ont remarqué la présence de moisissures dans leur maison et que cela peut avoir des conséquences néfastes sur la santé :

- *Des initiatives communautaires, soutenues par les instances régionales et nationales, doivent être mises sur pied, maintenues et renforcées afin d'assainir les milieux de vie;*
- *Des séances d'information sur les conséquences des moisissures sur la santé devraient être mises en place, maintenues et renforcées au niveau communautaire.*

6.3 État de santé

Considérant l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, telles le diabète (touchant 14,5 % des adultes) et les problèmes respiratoires (touchant 12,1 % des 30-39 ans , 23,0 % des 40-49 ans et 46,7 % des 50-59 ans) :

- *Les stratégies de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé doivent être développées, maintenues et renforcées, ainsi que financées adéquatement.*

Obésité :

Considérant le manque d'activités physiques et la haute prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants des Premières Nations (12,2 % et 40,1 % respectivement);

Considérant que près de la moitié des adolescents et plus des deux tiers des adultes souffrent d'embonpoint ou d'obésité;

Et, considérant que l'embonpoint et l'obésité sont des facteurs de risques de certaines maladies chroniques tel le diabète et les maladies cardiovasculaires :

- *Des initiatives communautaires, régionales et nationales de promotion de l'activité physique et de la saine alimentation doivent être développées, maintenues et renforcées;*

- *Des mesures de prévention de l'obésité et de promotion des saines habitudes de vie devraient être développées, maintenues et renforcées au niveau communautaire. Il est préférable d'adopter une approche globale et d'impliquer tous les acteurs de la communauté (réseau scolaire, garderies, centre de santé, loisirs, Conseils de bande, etc.);*
- *Les communautés devraient avoir accès à des ressources supplémentaires afin d'organiser des activités éducatives sur l'alimentation saine avec les adolescents et leurs parents, afin d'offrir des repas sains à l'école et afin de promouvoir les bienfaits de l'activité physique;*
- *Il est également de mise d'évaluer l'accès à des aliments sains du point de vue de leurs coûts et de leurs disponibilités et d'éliminer ces obstacles socio-économiques.*

Considérant que les garçons sont plus touchés par l'embonpoint et l'obésité que les filles (26,1% des garçons comparativement à 15,9 % des filles) :

- *Les messages de prévention de l'obésité et de promotion des saines habitudes de vie devraient être adaptés afin de rejoindre plus efficacement les destinataires selon le genre.*

Considérant la proportion élevée d'aînés souffrant d'embonpoint (41,4 %) ou d'obésité (21,5 %) :

- *Des activités physiques adaptées et supervisées ainsi que des ateliers sur l'alimentation saine devraient être mis en place, maintenus et renforcés au niveau communautaire afin de permettre aux aînés d'adopter des habitudes de vie plus saines.*

Blessures physiques :

Considérant la fréquence élevée des blessures physiques conséquentes à la consommation d'alcool et/ou de drogues (17,9 % des blessures) :

- *Des stratégies communautaires de prévention des blessures, soutenues par les instances régionales et nationales, devraient inclure un volet sur les risques de la consommation d'alcool et/ou de drogues.*

Consommation de médicaments non prescrits :

Considérant l'augmentation de la consommation de médicaments non prescrits et le fait que les femmes en sont les plus grandes consommatrices :

- *Des campagnes adaptées culturellement devraient être mises sur pied, maintenues et renforcées afin d'informer les personnes sur la consommation responsable et sécuritaire de médicaments.*

6.4 Habitudes de vie

Activités physiques :

Considérant le niveau d'activités physiques relativement bas pour nombreux adolescents dans communautés (35,8 % des garçons et 43,4 % des filles pratiquent des activités physiques de 2 à 3 fois par semaine) :

- *Des projets de promotion de l'activité physique devraient accompagner la construction d'installations sportives;*
- *Les curriculums scolaires devraient inclure davantage d'activités sportives et des activités parascolaires;*

Pour ce faire, les ressources financières disponibles à cet effet doivent être améliorées.



Alimentation :

Considérant la consommation d'aliments vides élevée chez les adultes, particulièrement chez les jeunes adultes (18-34 ans), et le faible niveau d'activité physique :

- *Des initiatives communautaires, régionales et nationales devraient être mises sur pied, maintenues et renforcées afin que le mode de vie sain et actif soit le plus facile et le plus enviable à adopter.*

Tabagisme :

Considérant la proportion importante de femmes enceintes qui ont fumé durant leur grossesse (38,0 % ont fumé tout au long de leur grossesse) ou qui ont été exposé à la fumée secondaire durant leur grossesse (59,0 % des parents ou tuteurs interrogés ont affirmé qu'un autre membre du ménage fumait alors que la mère était enceinte) :

- *Des initiatives communautaires, soutenues par les instances régionales et nationales, de prévention et de lutte au tabagisme ainsi que des initiatives de promotion des saines habitudes de vie devraient être développées, maintenues et renforcées.*

Considérant que plus de la moitié des adultes consomment du tabac et que la majorité d'entre eux fument à tous les jours (79,4 %) :

- *Des initiatives communautaires, régionales et nationales devraient être mises sur pied, maintenues et renforcées;*
- *La Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières Nations et les Inuit doit être maintenue et renforcée afin de s'assurer que la lutte au tabagisme soit une priorité pour tous;*
- *Des ressources financières supplémentaires et adéquates doivent être investies afin de permettre aux communautés de mettre en place elles-mêmes des initiatives qui répondent à leurs besoins.*

Considérant que 48,0 % des domiciles n'offrent pas un environnement sans fumée à ces résidents :

- *Des initiatives éducatives sur des bienfaits des environnements sans fumée et les risques pour la santé des environnements fumeurs devraient être développées, maintenues et renforcées au niveau communautaire, régional et national;*

Pour ce faire, des ressources financières supplémentaires et adéquates devront être investies pour développer ces initiatives.

Consommation d'alcool et de drogues et jeu pathologique :

Considérant que le tiers des adolescents de 12 à 14 ans et les trois quarts des adolescents de 15 à 17 ans ont déjà consommé des boissons alcoolisées et que plus de deux adolescents sur cinq ont consommé de la drogue ou des substances volatiles dans les 12 mois précédant l'enquête :

- *Des initiatives communautaires, régionales et nationales, favorisant l'abstinence et/ou la consommation responsable devraient être mises en place auprès des jeunes;*
- *Des groupes de discussion et autres méthodes de sensibilisation destinées aux parents et aux intervenants auprès des jeunes devraient être mis sur pied, maintenus ou renforcés afin que ces derniers puissent soutenir les jeunes et participer à la prévention de la consommation excessive;*
- *Des initiatives communautaires pour encadrer les jeunes (activités sportives et culturelles, formations, etc.) devraient être mises sur pied, maintenues et renforcées. Par ces activités, les jeunes pourront développer leurs habiletés sociales, leur estime de soi, leur confiance, etc.*

Considérant que près du tiers des femmes enceintes ont consommé de l'alcool durant leur grossesse et qu'il semble y avoir un lien entre le faible niveau de scolarité des femmes et le manque de connaissances sur les effets de la consommation d'alcool durant la grossesse :

- *Des stratégies d'éducation pour la santé devraient être destinées à cette population spécifique. Il est de mise que les messages soient orientés vers l'action, soient non culpabilisants et soient diffusés directement dans les milieux de vie où les femmes enceintes évoluent;*
- *Un suivi de grossesse individualisé plus long et encadré permettrait aux mères d'avoir accès aux informations pertinentes sur la santé maternelle;*
- *Des stratégies de prévention et de promotion des habitudes de vie saines doivent être développées au niveau communautaire et permettre de rejoindre les femmes enceintes directement dans leurs milieux de vie. Également, des ateliers interactifs sur le Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et les Effets de l'alcoolisation fœtale (EAF) devraient être mis en place, maintenus et renforcés dans toutes les communautés;*
- *Des stratégies de communication efficaces doivent être mises en place, maintenues et renforcées afin de rejoindre les femmes moins éduquées et/ou analphabètes et les femmes isolées.*

Considérant que plus d'un adulte sur cinq consomme 5 verres d'alcool ou plus par jour et qu'une grande proportion d'adultes (66,4 %) ont observé aucun progrès relatif à la réduction des abus d'alcool et de drogues dans leur communauté :

- *Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) doit être maintenu et financé de manière à répondre aux besoins spécifiques des communautés;*
- *Des ressources humaines supplémentaires devraient être formées afin de non seulement faire de l'intervention auprès des personnes en crise, mais également de la prévention de l'alcoolisme, de la toxicomanie et des autres dépendances; Pour ce faire, un financement approprié est nécessaire afin d'augmenter le nombre d'intervenants, prévenir le roulement de personnel chez les agents PNLAADA et leur assurer une formation continue;*
- *Les efforts actuels devront être poursuivis et renforcés au niveau communautaire, régional et national. Ceci nécessite un financement supplémentaire et adéquat ainsi que l'implication de tous les acteurs de la communauté.*

Considérant qu'un jeune adulte (18 à 34 ans) sur dix a déjà perdu plus d'argent qu'il ne pouvait se le permettre en participant à des jeux de hasard, qu'aucune mesure n'existe afin de traiter spécifiquement le jeu pathologique dans les Centres de traitements des Premières Nations de la région du Québec et que Santé Canada ne finance pas le traitement des dépendances aux joueurs compulsifs :

- *Des mesures et des services devraient être mis en place, maintenus et renforcés au niveau communautaire. Pour ce faire, des ressources financières supplémentaires et adéquates sont requises;*
- *Des stratégies de prévention devraient également rejoindre les personnes à risque;*
- *Des formations destinées aux intervenants doivent être développées et financées adéquatement pour faire de la prévention du jeu pathologique.*

Bien-être personnel et social :

Considérant le nombre élevé d'adolescents qui ont eu des idées suicidaires au cours de leur vie (46,5 % des filles et 23,6 % des garçons) et/ou qui se sont sentis déprimés durant plus de deux semaines dans les 12 mois précédant l'enquête (39,3 % des adolescents) :

- *Des initiatives communautaires, régionales et nationales devraient permettre à tous ces jeunes d'obtenir une aide en cas de difficultés;*

- *Des actions de prévention, d'intervention, de suivi (psychologique ou psychosocial), de postvention et de résolution de deuil devraient être développées, maintenues et renforcées selon les besoins des communautés;*

Pour ce faire, des ressources financières supplémentaires doivent être investies.

Considérant le degré d'autodétermination et le niveau d'équilibre physique, émotionnel, mental et spirituel plus bas chez les adolescents de zones semi-isolées ou isolées (zones 3 et 4), comparativement aux adolescents des zones urbaines ou semi-urbaines (zones 1 et 2) :

- *Des programmes développés par les membres des Premières Nations sur l'appropriation du pouvoir d'agir (empowerment) et sur l'estime et la connaissance de soi devraient être développés, maintenus ou renforcés dans les communautés plus isolées afin que ces jeunes puissent se réaliser pleinement;*

Pour ce faire, des ressources supplémentaires doivent être investies pour soutenir ces ateliers.

Considérant que les adolescents vivant dans les zones semi-isolées et isolées (zones 3 et 4) se sentent plus seuls et moins aimés que les adolescents des zones urbaines et semi-urbaines (zones 1 et 2) :

- *Des initiatives communautaires, régionales et nationales devraient être mises sur pied et maintenues pour renforcer le tissu familial et social ainsi que le sentiment d'appartenance et l'estime des jeunes.*

Considérant que plus du tiers des adultes des Premières Nations ont déjà eu des idées suicidaires et que près d'un adulte sur cinq a déjà fait une tentative de suicide au cours de sa vie :

- *Des initiatives communautaires, régionales et nationales couvrant la gamme complète des services devraient être offerts pour prévenir le suicide. Ces initiatives doivent être maintenues et financées davantage selon les besoins des communautés;*
- *Une prévention efficace du suicide nécessite l'accessibilité à une gamme complète des services. Ces services devraient être développés et dispensés par les Premières Nations, devraient répondre aux besoins spécifiques des communautés et devraient être développés à partir d'une approche globale (holistique).*

Considérant que plus de la moitié des adultes ont un très bas degré de contrôle sur leur vie (indice d'autodétermination) :

- *Des initiatives communautaires, régionales et nationales visant l'appropriation du pouvoir d'agir (empowerment) des individus devraient être mises en place, maintenues et renforcées afin d'encourager les individus à jouer un rôle plus actif dans leur vie, celle de leur famille et dans leur communauté.*

Considérant que plus du quart des adultes ont affirmé avoir été victimes de racisme, et qu'une majorité d'entre eux considèrent que cela a eu des répercussions négatives sur leur estime personnelle :

- *Des initiatives régionales et nationales de lutte contre le racisme envers les Autochtones doivent être mises sur pied, maintenues et renforcées afin de réduire la marginalisation et les préjudices auxquels font face les membres des Premières Nations.*

Santé sexuelle :

Considérant qu'une bonne proportion des adolescents sont actifs sexuellement (42,9 % l'ont été dans les 12 mois précédant l'enquête) :

- *Des initiatives communautaires, régionales et nationales de promotion de la santé sexuelle doivent être développées, maintenues et renforcées dans toutes les communautés.*

Écoles résidentielles :

Considérant que près de la moitié (42,8 %) des aînés qui ont fréquenté un pensionnat au cours de leur enfance et/ou de leur adolescence estime que cette expérience a eu des répercussions négatives sur leur santé (tout comme 36,3 % des adultes ayant séjournés au pensionnat) :

- *Les initiatives de la Fondation autochtone de guérison doivent être maintenues et doivent rejoindre toutes les communautés où résident les anciens pensionnaires.*

Organisation des services de santé :

Considérant que près de la moitié des personnes nécessitant des soins à domicile ne les reçoivent pas :

- *Des mesures devraient être mises en place, maintenues et renforcées afin d'améliorer la prestation des services, de recruter et former des ressources humaines et d'augmenter le financement des programmes reliés aux soins à domicile.*

Considérant les différents obstacles mentionnés par les adultes pour accéder aux services de santé :

- *Des ressources doivent être investies afin que tous les membres des Premières Nations aient un accès équitable aux services et ce, quelque soit la taille et/ou l'isolement de la communauté.*

Considérant la diminution du nombre de personnes ayant passé un ou plusieurs tests de dépistage depuis l'enquête de 1997 (mammographie, VIH, diabète) :

- *Des stratégies communautaires, régionales et nationales doivent être mises en place afin de promouvoir les avantages de passer des tests de dépistage et d'assurer que ces tests soient accessibles à tous et à toutes, peu importe la taille et/ou l'isolement de la communauté. Cela permettrait de prévenir les maladies et/ou de les détecter le plus tôt possible pour ainsi les traiter plus efficacement et rapidement.*

Considérant que plus de la moitié des aînés estiment ne pas avoir le même niveau d'accessibilité aux services de santé que la population générale canadienne :

- *Des ressources financières et humaines doivent assurer une prestation de services complète dans toutes les communautés des Premières Nations.*

Sécurité en transport :

Considérant le nombre élevé d'adultes ne portant pas de gilet de sauvetage lorsqu'ils se trouvent sur un plan d'eau (34,1 %), ou ne portant pas de casque lorsqu'ils se déplacent à motoneige (28,1 % le portent rarement) ou en VTT (les deux tiers le portent parfois) :

- *Les campagnes de sensibilisation adaptées devraient être développées afin d'augmenter l'utilisation de ces deux équipements de sécurité. Une communauté pourrait également décider d'implanter une politique communautaire de port du casque ou de gilet de sauvetage.*

Bibliographie

Brant Castellano, Marlène (2004)

L'Éthique de la recherche sur les autochtones. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 98-113.

Canada (2004)

Manuel de la Classification des Bandes, Préparé et émis par la Direction de la gestion de l'information ministérielle et la Direction générale de la gestion de l'information.

Canada (2003)

Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada. Préparé par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit.

Canada (2003)

Méthodes et pratiques d'enquête. Division des méthodes d'enquêtes sociales, Statistiques Canada.

Canada (1999)

Rapport statistique sur la santé de la population canadienne. Préparé par le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population pour la rencontre des Ministres de la santé.

CSSSPNQL (2001)

First Nations Childcare Services Regional report, First Nations Early Childhood Sector.

CSSSPNQL (1999)

Enquête Médicale Régionale Portant sur la Santé des Membres des Premières Nations. Rapport final sur l'analyse et l'interprétation de l'enquête médicale régionale, Région du Québec.

CSSSPNQL (1997)

Enquête Médicale Régionale Portant sur la Santé des Membres des Premières Nations. Rapport final, Saisie de l'information, Région du Québec.

Elias, B. et O'Neil, J. (2004)

Une politique de confiance et de participation : Étude de cas sur le développement des capacités des Premières Nations et des universités en matière de création de systèmes d'information sur la santé dans le contexte des Premières Nations. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 68-78.

First Nation Center of NAHO (2004)

What First Nations Think About Their Health and Health Care: Summary of findings.

First Nation Center of NAHO (2003)

Bringing Meaning to Numbers: Analysis, Interpretation and Dissemination of the First Nations Regional Longitudinal Health Survey 2002-2003. Technical Proposal for 2004-05 to the First Nation and Inuit Health Branch.

First Nation and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee (1999)

First Nations and Inuit Regional Health Survey. National Report.

Flaherty, D.H. (2002)

A Privacy Impact Assessment of the First Nations and Inuit Regional Longitudinal Health Survey. Préparé pour le Centre des Premières Nations de l'Organisation Nationale de la Santé Autochtone.

Gilles, A. (1994)

Éléments de Méthodologie et d'Analyse Statistique pour les Sciences Sociales. McGraw-Hill, Montréal.



Goss Gilroy Inc for the FNC (2002)

Sampling Plan for the First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey (RHS).

Lavoie, J.G. (2004)

Régis par contrats : Le développement des services indigènes de santé primaires au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 6-24.

Lemchuk-Favel, L. et Jock, R. (2004)

Les Systèmes de santé autochtones au Canada : Neuf études de cas. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 28-51.

Maar, M. (2004)

Préparer la voie à une prise en charge de la santé communautaire : Intégration des services de soins de santé dans un centre autochtone d'accès aux services de santé de la zone rurale du centre nord de l'Ontario. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 54-64.

Schnarch, B. (2004)

Propriété, contrôle, accès et possession (PCAP) ou l'autodétermination appliquée à la recherche : Une analyse critique de la recherche contemporaine des Premières Nations et quelques options à l'intention des communautés des Premières Nations. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 80-95.

Personnel impliqué dans l'ERLSPN de la région du Québec

Personnel de la CSSSPNQL

Gill, Guylaine
Directrice générale

Gros-Louis, Nadine
Coordonnatrice de la santé

Gros-Louis McHugh, Nancy
Coordonnatrice à la recherche

Carbonneau, Étienne
Assistant technique à la recherche

Côté, Mathieu-Olivier
Assistant technique à la recherche

Garant, Sophie
Assistante technique à la recherche

Petitpas, Judith
Assistante technique à la recherche

Carbonnel, Gary (1994-2005)
Directeur général

Dussault, Marie-Josée
Coordonnatrice à la recherche (2000-02)

Bizier, Bruno
Assistant technique à la recherche (2002)

Delisle, Sara
Assistante technique à la recherche (2004-2005)

Dickey, Daniel
Assistant technique à la recherche (2003-2005)

Giguère, Karen
Assistante technique à la recherche (2003-2004)

Lacasse, Patrice
Assistant technique à la recherche (2002-03)

Mapitché, Johanne
Assistante technique à la recherche (2002)

Picard, Jules
Coordonnateur du secteur Stratégies et Politiques
(2003-2006)

Consultants

Dr. Thibault, Jacques
Consultant à la recherche

Simon, Linda
Consultante à la formation des intervieweurs

Paul, Martin
Consultant informatique

Tanguay, Julie
Consultante en communications

Comité de recherche

Courtois, Gilbert
Patrimoine, culture et territoire-Masteuiash

Jourdain, Nicole
Chef des infirmières autochtones

Lejeune, Pierre
Observateur pour les Cris

Martin, Carry
Association des femmes autochtones

Picard, Jules
Coordonnateur des stratégies et de la politique
(2003-2006)

Picard, Lison
Directrice de la santé Wendake

Picard, Richard
Directeur de la santé Wendake

Prudence, Hannis
Association des femmes autochtones

Torrie, Jill
Observatrice pour les Cris

Whiteduck, Lionel
Directeur de la santé Kitigan Zibi



Intervieweurs

Betsiamites

Ashini, Annie
Hervieux, Nina
Picard, Lauréat
St-Onge, Caroline

Eagle Village/Kipawa

Moore Fortin, Noella

Essipit

Ross, Stéphanie
Proulx, Jocelyne

Gesgapegiag

Douglas Martin

Kanesatake

Filipelli, Dina
Harding, Diane
Lamouche, Michel
Meilleur, Patricia
Nicholas, Wendy
Pilon Oke, Diane

Kawawachikamach

Shecanapish, Joseph
Uniam, Rebecca
Vachon, Sheyenne

Kitigan Zibi

Miljour, Angela
Whiteduck, Carole

Lac Simon

Aneshenapeo, Simon
Papatie, Marie-Josée
Cheezo, Shirley

Listuguj

Burnaby, Karen
Metallic, Kita
Metallic, Rose-Marie
Michel, Brandon

Malécites de Viger

Jenniss, Dave
Nicholas, Annie
Nicholas, Françoise
Perron, Diane

Manawan

Moar, Franco
Ottawa, Dorian
Ottawa, Jeffrey
Quitish, Florian

Mashteuiatsh

Benjamin Courtois, Pierrette
Benjamin, Paul
Larouche, Pierre
Launière, Annie
Raphaël, Élisabeth
Raphaël, Linda
Robertson, Nadia

Natashquan

Malec, Agnes
Mestenapeo, Lyne
Shipatawao, Dolorès
Wapistan, Estelle
Wapistan, Nicole

Odanak

Watso, Thérèse

Opitciwan

Awashish, André
Awashish, Jean-Guy
Awashish, Louise Denise
Chachaï, Maurice

Pakua Shipi

Bellefleur, Karine
Bellefleur, Martine

Pikogan

Kistabich, Maurice
Mckenzie, Jason
Mowatt, Salomon
Rankin, Steeve

Timiskaming

Chevrier, Christine
Chief, Shelley
King, Lydia
Lavigne, Daniel

Uashat / Mani-Utenam

Rock, Silvestre
Salvador, Jean-Pierre

Unamen Shipu

Mestenapeo, Cindy

Wemotaci

Boivin, Aline
Boivin, Lucie
Petiquay, Marie-Claude

Wendake

Duchesneau, Nancy
Gagné, Nathalie
Gros-Louis, Louise
Laframboise, Johanne
Picard, Thérèse
Picard, Valérie
Savard, Diane
Sioui, Sonia

Wôlinak

Deshaies, Liliane

Wemindji

Georgekish, Dorlene
Visitor, Ella

Whapmagoostui

Masty, Charlotte
Sheshamush, Virginia

Nemiscau

Brown, Lyndsay
Joly, Carolina

Sheshatshiu

Fidler, Barbara
Grégoire, Winnie
Hart, Paulette

Québec

Fontaine, Bernadette
McKensie, Audrey-Lise
Plante, Élise
Régis, Victoria
Riverin, Linda
Savard, Diane
Sioui, Gilbert

Montréal

Crane, Tatum
Cardoso, Tartiana
Gockey, Marie
Picard, Doreen
Crane, Brenda
Rousseau, Julie

Val d'Or

Kistabich, Oscar



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

**FIRST NATION OF QUEBEC AND LABRADOR
HEALTH AND SOCIAL SERVICES COMMISSION**

CSSSPNQ/LFNQLHSSC 250, Place Chef Michel-Laveau, Wendake (Québec) G0A 4V0
Téléphone/Telephone: (418) 842-1540 Télécopieur/Fax: (418) 842-7045
www.cssspnql.com