



ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC - 2008

Chapitre 11 État de santé



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

Rédacteurs de la CSSSPNQL (Chapitres rédigés)

Hélène Bagirishya (Services à la petite enfance / Accès aux soins de santé et satisfaction des services)

Marie-Noëlle Caron (Alcool, drogues et jeux de hasard)

Mathieu-Olivier Côté (Logement / Migration)

Cheick Bamba Dieye Gueye (Blessures non intentionnelles / Soins de santé préventifs)

Émilie Grantham (Caractéristiques sociodémographiques / Alimentation et activité physique)

Zineb Laghdir (Tabagisme / Santé sexuelle)

Patricia Montambault (Bien-être personnel / Bien-être communautaire)

Marie-Claude Raymond (Soins dentaires / Soins et services à domicile)

Rédacteurs externes (Chapitres rédigés)

Yvonne Boyer, Kurtis Boyer, Erin Fletcher (Pensionnats indiens)

Bernard Roy (État de santé / Diabète)

Comité de révision des chapitres de l'ERS

Mathieu-Olivier Côté, CSSSPNQL

Nancy Gros-Louis McHugh, CSSSPNQL

André Simpson, INSPQ

Comité consultatif

Alex Sonny Diabo, Communauté de Kahnawake

Mathieu Joffre Lainé, RCAAQ

Peggy Mayo, Communauté de Kahnawake

Arden McBride, Communauté de Timiskaming

Jowan Philippe, Communauté de Mashteuiatsh

Serge Rock, Réseau Jeunesse des Premières Nations - APNQL

Sonia Young, Communauté de Wolf Lake

Graphisme et mise en page

Chantal Cleary et Patricia Mathias

Remerciements

Nous remercions les personnes qui ont permis de dresser ce portrait de l'état de santé des Premières Nations du Québec, particulièrement tous les répondants des communautés Premières Nations participantes. Nous remercions également toutes les personnes qui ont participé à chacune des étapes de l'enquête et à leur réalisation.

Document également disponible en anglais sous le titre : *Quebec First Nations Regional Health Survey – 2008. General health.*

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes.

ISBN : 978-1-926553-65-8

© CSSSPNQL (Février 2013)

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

Historique

L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) est l'enquête pionnière en matière de recherche par et pour les Premières Nations. Réalisée intégralement par les Premières Nations, elle est un modèle d'innovation en ce qui a trait à l'implication des communautés dans le processus, l'éthique et l'adaptation culturelle de la recherche.

L'ERS est la première recherche entièrement réalisée dans le respect des principes de propriété, contrôle, accès et possession (PCAP). Ces principes visent à assurer une implication intégrale des communautés des Premières Nations dans toutes les étapes de la recherche.

La gouvernance et la coordination de l'ERS sont assurées par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) au plan national, et par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) au Québec.

Cette deuxième vague de l'ERS a été précédée par celle de 2002 (première vague), ainsi que par un projet pilote (1997). Depuis maintenant 15 ans, les données de l'ERS contribuent à supporter les décideurs et les intervenants tout en contribuant à étoffer les connaissances sur la situation socio sanitaire des Premières Nations. Nous prévoyons réaliser encore deux phases subséquentes à celle-ci, soit la phase 3 en 2013 et la phase 4 en 2016.

1997	2002	2008	2013	2016
Projet pilote de l'ERS Complété	Phase 1 de l'ERS Complétée	Phase 2 de l'ERS Complétée	Phase 3 de l'ERS	Phase 4 de l'ERS

Questionnaire

Trois questionnaires distincts ont été créés pour trois groupes d'âge différents (enfants, adolescents, adultes). Ces questionnaires étaient administrés en personne par 63 intervieweurs des Premières Nations formés à cette fin. Afin de prévenir les risques d'erreur, la saisie des informations était réalisée par les intervieweurs lors de l'entrevue à l'aide d'ordinateurs portables. Dans le cas des enfants de moins de 12 ans, le questionnaire était administré au parent ou au tuteur. Le tableau suivant résume les thématiques abordées selon le groupe d'âge.

Thématiques abordées dans les questionnaires de l'ERS 2008

Thématiques	Enfants	Adolescents	Adultes
	0 – 11 ans	12 – 17 ans	18 ans et plus
Vaccination	✓		
Garderie	✓		✓
Caractéristiques démographiques	✓	✓	✓
Caractéristiques du ménage	✓	✓	✓
Éducation	✓	✓	✓
Langue et culture	✓	✓	✓
Maladies chroniques	✓	✓	✓
Blessures	✓	✓	✓
Soins dentaires	✓	✓	✓
Diabète	✓	✓	✓
Activité physique	✓	✓	✓
Nutrition et aliments traditionnels	✓	✓	✓
Pensionnats	✓	✓	✓
Santé mentale		✓	✓
Bien-être communautaire		✓	✓
Tabagisme		✓	✓
Alcool et drogues		✓	✓
Santé sexuelle		✓	✓
Accès aux soins de santé		✓	✓
Médecine traditionnelle		✓	✓
Soins de santé préventifs			✓
Logement			✓
Aidants naturels			✓
Dépression			✓
Migration			✓
Emploi et revenu			✓
Jeux de hasard			✓
Sécurité alimentaire			✓
Soins à domicile et limitations			✓
Violence			✓
Indice de l'état de santé			✓

Un total de 2691 entrevues individuelles ont été réalisées (87,3 % de l'échantillon prévu initialement).

0-11 ans : 727 répondants (94,4 % de l'échantillon prévu initialement).

12-17 ans : 600 répondants (77,9 % de l'échantillon prévu initialement).

18 ans et plus : 1364 répondants (88,6 % de l'échantillon prévu initialement).

Période de collecte de données

La collecte de données s'est déroulée de septembre 2008 à février 2010 dans les 21 communautés sélectionnées dans la région du Québec.

Échantillonnage

L'ERS a été réalisée à l'aide d'un échantillon stratifié à deux degrés.

Premier degré : Classification des communautés de chaque nation selon leur taille dans l'une des trois strates suivantes : petite (entre 75 et 299 habitants); moyenne (entre 300 et 1499 habitants); grande (1500 habitants et plus). Les communautés devaient compter plus de 75 habitants pour être retenues. Une sélection aléatoire des communautés a ensuite été réalisée dans chacune des strates. Dans le but d'augmenter la puissance statistique, les communautés de grandes tailles ont toutes été invitées à participer à l'ERS. Dans l'éventualité où pour une nation, une strate ne comptait qu'une seule communauté, cette dernière était automatiquement invitée à participer à l'enquête.

Deuxième degré : Répartition de la population des communautés sélectionnées selon huit strates établies en fonction de l'âge et du sexe :

Strate 1 : 0-11 ans/masculin.

Strate 2 : 0-11 ans/féminin.

Strate 3 : 12-17 ans/masculin.

Strate 4 : 12-17 ans/féminin.

Strate 5 : 18-54 ans/masculin.

Strate 6 : 18-54 ans/féminin.

Strate 7 : 55 ans+/masculin.

Strate 8 : 55 ans+/féminin.

Sélection aléatoire des individus dans chacune des strates. Cette sélection est réalisée à l'aide de la liste de bande de chacune des communautés participantes.

Le nombre de répondants dans l'échantillon était suffisant pour permettre de vérifier la signification statistique des résultats observés. Comme on peut le lire dans les chapitres de l'enquête, pour la plus grande part des résultats observés, on peut généraliser le résultat observé dans l'échantillon à l'ensemble de la population avec un risque d'erreur inférieur à 5 %, ou selon le cas, inférieur à 1%.

Communautés participantes à l'ERS 2008

Nation (8)	Taille	Communauté (21)	Échantillon	Population	% de la pop. interrogée
Abénakis	Moyenne	Odanak	50	309	16,2 %
Algonquins	Grande	Kitigan Zibi	122	1535	7,9 %
		Lac Simon	174	1403	12,4 %
	Moyenne	Pikogan	95	567	16,8 %
		Timiskaming	86	604	14,2 %
Petite	Eagle Village	55	261	21,1 %	
Atikamekw	Grande	Manawan	167	2122	7,9 %
		Opitciwan	183	2117	8,6 %
	Moyenne	Wemotaci	118	1307	9,0 %
Hurons-Wendat	Moyenne	Wendake	111	1332	8,3 %
Innus	Grande	Betsiamites	252	2848	8,8 %
		Mashteuiatsh	183	2022	9,1 %
		Uashat Mak Mani-Utenam	246	3080	8,0 %
	Moyenne	Matimekush-Lac John	87	729	11,9 %
		Natashquan	128	916	14,0 %
		Pakua Shipi	50	314	15,9 %
		Unamen Shipu	96	1016	9,4 %
Petite	Essipit	38	177	21,5 %	
Mi'gmaq	Grande	Listuguj	220	2000	11,0 %
	Moyenne	Gesgapegiag	72	608	11,8 %
Mohawks	Moyenne	Kanesatake	94	1328	7,1 %
Naskapis	Moyenne	Kawawachikamach	64	614	10,4 %
Total			2691	27209	9,9 %

Pondération

Toutes les données exposées dans l'ERS ont été pondérées afin d'illustrer une estimation de la population totale des Premières Nations du Québec vivant dans les communautés.

Limite de représentativité de la nation Mohawk

Bien que la nation Mohawk au Québec soit composée de Kahnawake, Kanesatake et une portion d'Akwesasne, la seule communauté à avoir participé à l'ERS est Kanesatake. D'une part, la communauté d'Akwesasne a été exclue du plan d'échantillonnage de la région du Québec car la majorité de ses habitants vivent du côté ontarien de la frontière provinciale. D'autre part, la communauté de Kahnawake, où habite la majorité des Mohawks du Québec, a préféré ne pas participer à l'ERS. Pour ces raisons, il est impossible de produire des estimations qui puissent être appliqués à l'ensemble de la nation Mohawk au Québec.

Zone géographique

Certaines des données de l'ERS sont présentées selon la zone géographique. Cette dernière fait référence au degré d'isolement des communautés des répondants. Cette mesure de l'isolement géographique est basée sur un système de zones élaboré par Affaire autochtones et développement du Nord Canada (AADNC).

Zone 1 : La communauté est située à moins de 50 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 2 : La communauté est située entre 50 et 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 3 : La communauté est située à plus de 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 4 : La communauté n'a pas de route d'accès ouverte reliée à l'année longue à un centre de service

Centre de services : La localité la plus proche où les membres de la communauté doivent se rendre pour avoir accès aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.

FAITS SAILLANTS

Un des grands objectifs du *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017; Remédier aux disparités... Accélérer le changement* (CSSSPNQL, 2008) vise à « remédier aux disparités dans le domaine de la santé ». Bien que nous soyons en mesure de constater que certains progrès ont été accomplis au cours des dernières années, il faut reconnaître que les écarts de santé entre les Premières Nations et les Québécois en général persistent. Ils persistent et, dans certains cas, particulièrement de l'obésité et du diabète, ils grandissent.

D'ailleurs, l'embonpoint, l'obésité et le diabète sont des problématiques inscrites au cœur des priorités du Plan directeur. L'arthrite, les allergies, l'hypertension ainsi que l'asthme sont d'autres problématiques de santé prioritaires qui affectent toujours davantage les femmes et les hommes des Premières Nations du Québec que les Québécoises et les Québécois.

- À l'orée du XXI^e siècle, moins de 50,0 % des adultes des Premières Nations (46,5 %) estiment que leur santé est « excellente » ou « très bonne » tandis que chez les Québécois ainsi que chez les Canadiens la proportion est de l'ordre des 60,0 %.
- Chez les 18 à 34 ans, plus d'un adulte sur deux (55,3 %) juge bénéficier d'une santé excellente ou très bonne. Cette proportion chute en deçà des 50,0 % chez les 35 à 54 ans. Seulement un tiers (34,3 %) des adultes de 55 à 64 ans estiment « excellente » ou « très bonne » leur santé et cette proportion n'est plus que d'un quart (26,3 %) chez les gens de 65 ans et plus.
- Les adolescentes et adolescents des Premières Nations ont, dans l'ensemble, une perception positive de leur santé. Soixante-quatre pourcent des adolescents qualifient leur santé d'« excellente » et de « très bonne » et 30,3 % d'entre eux estiment profiter d'une « bonne santé ».
- Une majorité d'adolescentes et d'adolescents estiment que leur santé s'est améliorée (44,1 %) ou qu'elle est demeurée semblable (46,5 %) à ce qu'elle était l'année dernière. Environ un adolescent sur dix (9,4 %) estime que sa santé est moins bonne que l'année dernière. Ce seul fait est, de notre point de vue, préoccupant.
- Les parents des enfants des Premières Nations portent, dans l'ensemble, une très bonne évaluation de la santé de leurs enfants. Alors que 88,1 % des parents estiment que leurs enfants ont une « excellente » et « très bonne » santé, 10,6 % l'évaluent « bonne ». C'est moins de 1,5 % des parents qui estiment « moyenne » et « pauvre » la santé de leurs enfants.

Poids, santé et Indice de masse corporelle (IMC)

Le Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017 établit que l'obésité et l'embonpoint constituent des fléaux grandissants partout au Canada, mais qu'ils sont particulièrement ravageurs au sein des communautés des Premières Nations du Québec. Il y est établi que d'ici 2017 la progression de l'obésité sera freinée et que des programmes de lutte contre ce fléau seront développés et renforcés au niveau communautaire. Malheureusement, les données actuelles ne permettent pas de constater un recul de l'embonpoint et de l'obésité chez les adultes des Premières Nations. Considérant les impacts négatifs sur la santé de l'obésité, la prévalence actuelle n'augure rien de bon. Nous notons toutefois un certain recul de l'obésité chez les adolescents vers l'embonpoint sans pour autant noter une augmentation de la prévalence du poids santé.

- L'obésité chez les adultes a, au cours de la dernière décennie, fait un bond de 8,0 % faisant passer la prévalence de 32,6 % en 2002 à 40,6 % aujourd'hui. Le pourcentage d'adultes étant soit en « excès de poids » ou « obèse » est donc passé au cours des dernières années de 66,7 % à 73,7 %.
- Bien qu'il y ait progression de l'obésité dans la population québécoise, cette progression est nettement inférieure à celle que nous notons chez les adultes des Premières Nations. Ce constat est alarmant considérant les nombreuses problématiques de santé qui sont étroitement associées à un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25.
- Chez les adultes, tant chez les femmes que chez les hommes, nous trouvons un IMC moyen nettement au-delà de la zone santé. Tout comme lors de la précédente enquête ce sont les femmes qui présentent un IMC davantage associé à l'obésité. En établissant la moyenne des IMC chez les adultes nous obtenons, chez les femmes un IMC de 29,1 et de 28,8 chez les hommes
- Dans toutes les catégories d'âge, l'embonpoint et l'obésité demeurent le lot de la majorité des adultes. Nous constatons que la proportion des personnes ayant un poids santé diminue rapidement par bond de 7,0 % depuis le groupe des 18 à 34 ans jusqu'au groupe des 55-64 ans. La proportion des personnes ayant un surpoids s'accroît régulièrement depuis le groupe des 18 à 34 ans jusqu'au groupe des 65 ans et plus.
- Les résultats de la présente enquête concernant l'IMC chez les adolescents nous apparaissent encourageants. Sans distinction de nation ou de zone géographique, nous constatons que l'IMC moyen des adolescentes (23,2) et des adolescents (22,8) s'inscrit dans la zone d'un poids associé à la santé.
- Alors que la prévalence de l'obésité était, en 2002, chez les adolescents en général, de 14,0 %, elle était, en 2008, de 13,4 % chez les adolescentes et de 11,6 % chez les adolescents. La légère baisse de la prévalence de l'obésité se traduit par une augmentation de la prévalence du surpoids puisque la proportion d'adolescents ayant un poids normal est demeurée inchangée.


- Il ressort que moins de la moitié des enfants des Premières Nations, soit 48,5 % chez les garçons et 47,1 % chez les filles, ont un poids santé. Ces données sont quelque peu alarmantes considérant les impacts acquis lors de l'enfance sur le profil de santé à l'âge adulte.
- Nous devons nous inquiéter du fait que pratiquement deux enfant sur dix (21,0 % chez les garçons et 21,8 % chez les filles) présente un surpoids et que 30,5 % des garçons et 31,1 % des filles sont obèses. Ce sont des enfants qui risquent de voir leur santé actuelle et future hypothéquée en raison de leur poids.

Les problèmes de santé

- En 2002, 63,0 % des adultes des Premières Nations déclaraient souffrir de divers problèmes médicaux. En 2008, cette proportion était de 58,0 %.
- L'hypertension (22,9 %), le diabète (17,5 %) sous toutes ses formes, mais principalement de type 2, les allergies (13,6 %), la douleur chronique au dos (12,4 %), l'arthrite (11,8 %) et les problèmes d'estomac et intestinaux (11,3 %) figurent en tête de liste des problèmes de santé dont souffrent les adultes des Premières Nations.
- Dans l'ensemble, ce sont davantage les femmes qui déclarent souffrir d'un ou de plusieurs problèmes de santé.
- Dès 55 ans, la proportion de personnes déclarant souffrir « d'hypertension », « d'arthrite », de « cataracte », de « diabète » de « problèmes cardiaques » est en forte hausse.
- Rapidement, en avançant en âge, les adultes des Premières Nations courent des risques de plus en plus grands de recevoir un diagnostic de maladie chronique. Chez les 35 à 54 ans, la prévalence de l'hypertension est de 6,3 fois supérieures à ce qu'elle est chez les 18 à 34 ans. Chez les 55 à 64 ans, la prévalence de l'hypertension est multipliée par 11,0 (45,2 %) comparativement à celle des 18 à 34 ans et de 12,1 fois chez les 65 ans et plus. Un aîné des Premières Nations sur deux est porteur d'un diagnostic d'hypertension.

Le Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec fait de la santé des enfants une priorité. Il y est affirmé que l'inaction envers la dégradation de la santé des enfants est catastrophique pour l'avenir des Premières Nations, tant du point de vue humain, social, culturel, politique, spirituel qu'économique. Certains progrès ont été réalisés au chapitre de certains indicateurs. Toutefois, de grandes disparités demeurent entre les enfants des Premières Nations et ceux du Québec.

- Lorsque nous demandons aux parents d'indiquer si, oui ou non, leurs enfants souffrent d'un ou de plusieurs problèmes de santé diagnostiqués par un professionnel de la santé nous apprenons que plus d'un enfant sur trois (39,0 %) des Premières Nations est porteur d'au moins un diagnostic
- L'asthme et les allergies ressortent comme les problèmes de santé les plus fréquemment diagnostiqués chez les enfants.

- 
- Deux fois plus de garçons (20,6 %) que de filles (9,1 %) des Premières Nations doivent composer, au quotidien, avec l'asthme.
 - Les enfants des Premières Nations sont davantage susceptibles de souffrir d'asthme que les enfants du Québec en général.
 - Pratiquement un adolescent sur deux (47 %) déclare souffrir d'un problème de santé diagnostiqué par un professionnel de la santé.
 - Tout comme chez les enfants, l'asthme et les allergies sont en tête de liste des problèmes de santé diagnostiqués tant chez les adolescentes que chez les adolescents.

Approches privilégiées pour maintenir la santé

Un des objectifs du Plan directeur est à l'effet que les Premières Nations maîtriseront les causes et les facteurs de risque générateurs des maladies évitables, des incapacités et des menaces à la vie qui sévissent aujourd'hui davantage chez les Premières Nations que dans le reste des communautés canadiennes (CSSSPNQL, 2008). L'environnement ainsi que les facteurs historiques sont des éléments importants dans la genèse des différentes problématiques de santé qui sévissent chez les Premières Nations. Nous savons que des transformations importantes aux niveaux social, politique, culturel et économique seront nécessaires pour assurer l'amélioration de la santé de toutes les couches sociales des Premières Nations. Également, chaque membre des Premières Nations peut, dans son quotidien, agir sur certains déterminants de la santé. Nous estimons que certains progrès ont été réalisés au niveau de la prise de mesures par les adultes et les jeunes des Premières Nations pour assurer le développement et le maintien de leur santé. Toutefois, des progrès importants demeurent à accomplir. Particulièrement chez les jeunes.

- Plus des trois quarts des adultes (77,7 %) déclarent avoir inscrit dans leur vie deux approches et plus pour maintenir leur santé et 15,6 % d'entre eux en ont adopté au moins une. C'est toutefois 7,8 % des adultes qui déclarent ne mettre en pratique aucune approche pour maintenir leur santé.
- Les adultes déclarant mettre en pratique une seule approche pour maintenir leur santé choisissent dans 25,0 % des cas une saine alimentation, 23,5 % déclarent pratiquer sur une base régulière de l'exercice physique et 19,0 % mentionnent chercher à maintenir un équilibre physique, émotionnel, psychologique et spirituel dans leur vie.
- Tous sexes confondus, 6,8 % des adolescents déclarent ne mettre en pratique aucune des approches proposées par le questionnaire pour maintenir sa santé. Par ailleurs, pratiquement un jeune sur quatre (23,6 %) ne met en pratique qu'une seule approche.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	17
1. Perception de l'état de santé.....	19
1.1 Perception de l'état de santé chez les adultes des Premières Nations.....	20
1.1.1 Perception de l'état de santé en fonction de l'âge.....	20
1.1.2 Perception de l'état de santé et nations et zones géographiques.....	21
1.1.3 Perception de l'état de santé en comparaison aux Canadiens et aux Québécois.....	23
1.1.4 Perception de la variation de l'état de santé en regard de l'année précédente.....	24
1.2 Perception de l'état de santé à l'adolescence.....	25
1.2.1 Variation au cours de la dernière année.....	27
1.3 Perception de l'état de santé chez les enfants.....	27
2. Poids, santé et indice de masse corporelle (IMC).....	29
2.1 L'obésité au sein des Premières Nations.....	31
2.2 Variation de l'Indice de masse corporelle selon l'âge.....	33
2.3 Variation de l'IMC par zone géographique et par nation.....	34
2.4 Obésité chez les Premières Nations comparées.....	36
2.5 L'IMC chez les adolescents.....	36
2.6 L'IMC des enfants.....	39
2.7 L'obésité, une problématique complexe.....	41
3. Les problèmes de santé.....	42
3.1 Problèmes de santé chez les adultes.....	42
3.1.1 Hypertension.....	45
3.1.2 Arthrite.....	45
3.1.3 Diabète.....	46
3.1.4 Maladies cardiaques.....	46
3.1.5 Problèmes de santé en regard de l'âge et du vieillissement.....	47
3.1.6 Problèmes de santé et zones géographiques.....	50
3.1.7 Nations et problèmes de santé.....	51
3.1.8 Problèmes de santé en comparaison avec le Québec.....	53
3.2 Problèmes de santé chez les enfants.....	53
3.2.1 L'asthme.....	55
3.2.2 Les allergies.....	57
3.3 Problèmes de santé chez les adolescents.....	58

3.4 Approches privilégiées par les adultes pour maintenir leur santé.....	59
3.5 Approches privilégiées par les adolescents pour maintenir leur santé	62
Conclusion	65
Bibliographie	67

Liste des tableaux

Tableau 1 : Problèmes médicaux dont souffrent les adultes des Premières Nations	43
Tableau 2 : Proportion de femmes et d'hommes des Premières Nations atteints de divers problèmes médicaux	44
Tableau 3 : Proportion d'adultes atteints de divers problèmes de santé selon le groupe d'âge.....	49
Tableau 4 : Principaux problèmes de santé dont souffrent les adultes des Premières Nations par zone géographique	51
Tableau 5 : Principaux problèmes de santé dont souffrent les adultes des Premières Nations par nation	52

Liste des figures

Figure 1 : Perception de l'état de santé chez les adultes des Premières Nations.....	20
Figure 2 : Perception de l'état de santé chez les adultes des Premières Nations par groupe d'âge.....	21
Figure 3 : Perception passable où mauvaise de la santé chez les adultes par nation.....	22
Figure 4 : Perception passable où mauvaise de la santé chez les adultes par zone	22
Figure 5 : Perception de l'état de santé chez les adultes des Premières Nations et les Québécois.....	23
Figure 6 : Auto-évaluation de la santé chez les adultes des Premières Nations en 2002 et 2008.....	24
Figure 7 : Comparaison de la santé actuelle en regard de ce qu'elle était l'année précédente par les adultes	25
Figure 8 : Perception de la santé chez les adolescent(e)s des Premières Nations.....	26
Figure 9 : Perception passable où mauvaise de la santé chez les adolescents des Premières Nations par zone.....	26
Figure 10 : Perception qu'ont les adolescent(e)s en regard de la variation de leur santé depuis l'année précédente.....	27
Figure 11 : Perception qu'ont les parents de la santé de leurs enfants.....	28
Figure 12 : Perception passable où mauvaise de la santé chez les enfants des Premières Nations par zone.....	28
Figure 13 : Répartition des adultes des Premières Nations dans les différentes catégories d'IMC en 2002 et 2008	31
Figure 14 : IMC moyen chez les femmes et les hommes des Premières Nations.....	32
Figure 15 : IMC moyen chez les adultes des Premières Nations par groupe d'âge	33
Figure 16 : Répartition des adultes des Premières Nations dans les catégories d'IMC par groupe d'âge	34

Figure 17 : IMC moyen chez les adultes des Premières Nations par zone géographique	35
Figure 18 : IMC moyen chez les adultes des Premières Nations par nation.....	35
Figure 19 : IMC moyen et modal chez les adolescents.....	37
Figure 20 : Répartition des adolescents selon les catégories d'IMC en 2002 et 2008.....	38
Figure 21 : Répartition des adolescents selon les catégories d'IMC par sexe.....	38
Figure 22 : IMC moyen chez les adolescents par zone géographique	39
Figure 23 : Catégories d'IMC chez les enfants, filles et garçons, des Premières Nations.....	40
Figure 24 : Proportion des adultes des Premières Nations déclarant au moins un problème de santé.....	42
Figure 25 : Proportion des adultes des Premières Nations déclarant souffrir d'au moins un problème de santé en fonction de leur poids.....	45
Figure 26 : Proportion d'adultes des Premières Nations déclarant un problème de santé par zone	50
Figure 27 : Prévalence de différents problèmes de santé chez les Premières Nations du Québec et chez les Québécois.....	53
Figure 28 : Proportion des enfants des Premières Nations ayant au moins un problème de santé.....	54
Figure 29 : Problèmes de santé chez les enfants des Premières Nations.....	54
Figure 30 : Problèmes de santé chez les enfants des Premières Nations par zone.....	55
Figure 31 : Prévalence des allergies chez les enfants par nation	57
Figure 32 : Proportion des adolescents des Premières Nations déclarant au moins un problème de santé diagnostiqué	58
Figure 33 : Principaux problèmes de santé prévalant chez les adolescents des Premières Nations.....	58
Figure 34 : Problèmes de santé chez les adolescents des Premières Nations par nation	59
Figure 35 : Proportion des adultes des Premières Nations mettant en pratique de 0 à 7 approches pour maintenir leur santé.....	60
Figure 36 : Principales approches mises en pratique pour maintenir la santé par les adultes qui n'en utilisent qu'une seule	60
Figure 37 : Principales approches mises en pratique pour maintenir la santé par les adultes des Premières Nations, quel que soit le nombre d'approches	61
Figure 38 : Proportion des adolescents mettant en pratique de 0 à 7 approches pour maintenir leur santé	63
Figure 39 : Principales approches mises en pratique pour maintenir la santé par les adolescents qui n'en utilisent qu'une seule	63
Figure 40 : Principales approches mises en pratique pour maintenir la santé par les adolescents quel que soit le nombre d'approches	64

INTRODUCTION


Une des grandes finalités du *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017 Remédier aux disparités... Accélérer le changement* (CSSSPNQL, 2008) est de parvenir à remédier progressivement aux disparités qui séparent les Premières Nations du reste des Canadiens en matière de santé et de bien-être collectif. Ces disparités sont importantes et bien connues.

L'Agence de la santé publique du Canada estime que les Canadiens et les Canadiennes comptent parmi les gens les plus en santé au monde (Agence de la santé publique du Canada, 2005). Cette réalité ne concerne pas toutes les personnes qui vivent sur le territoire canadien. L'état de santé des Premières Nations du Canada est largement en deçà de celui des Canadiens en général, et va, en plusieurs lieux, en se détériorant. De manière générale, l'espérance de vie des Premières Nations demeure toujours de six à sept ans en deçà de celle des Canadiens (Durie 2004; Statistique Canada 2008).

Les principales causes de décès sont attribuables aux troubles circulatoires (plus présents chez les gens âgés) ainsi qu'aux blessures (plus présentes chez les jeunes hommes). Les types de blessures recensés sont de natures diverses, avec une forte prévalence pour les accidents de la route et pour les suicides (Assembly of First Nations/First Nations Information Governance Committee, 2007a).

Les taux de suicide recensés chez les Premières Nations sont alarmants. Ils sont de six fois plus élevés que la moyenne nationale canadienne. Au cours des deux dernières décennies, les taux de suicide chez les Premières Nations ont été constamment supérieurs à la moyenne canadienne : « en 2000, le taux de suicide des Premières Nations était de 24 par 100 000 habitants, ce qui représentait deux fois plus que le taux général canadien se situant à 12 par 100 000 habitants » (Kirmayer et al., 2007 : 16). Kirmayer et ses collaborateurs font toutefois une mise en garde « malgré cette tendance générale indiquant des taux de suicide élevés, il est important de bien souligner qu'il y a d'énormes variations du taux de suicide chez les groupes autochtones en Amérique du Nord – même parmi les collectivités d'une même région ou les collectivités appartenant à une même nation ou à un même groupe culturel » (Kirmayer et al., 2007: 19). La situation serait particulièrement dramatique pour les jeunes femmes des Premières Nations qui se suicideraient dans une proportion trois fois plus grande que leurs homologues canadiennes (Association des femmes autochtones du Canada, 2004).

L'embonpoint et l'obésité concernent aujourd'hui près de 70 % des Premières Nations (CSSSPNQL, 2006; Centre des Premières Nations, 2006). L'obésité touche particulièrement les femmes âgées entre 19 et 30 ans (Statistique Canada, 2008a), ainsi que les enfants, dont 48,7 % souffrent d'obésité (Assembly of First Nations/First Nations Information Governance Committee, 2007b). Pour ce qui est de la manière dont les Premières Nations perçoivent leur santé, ils seraient deux fois plus susceptibles que les Canadiens en général de dire que leur état de santé est passable ou mauvais, à revenu égal (Agence de la santé publique du Canada, 2005).



Nombreuses sont les Premières Nations qui en ce début de XXI^e siècle vivent toujours dans des conditions de vie (revenu, logement, éducation) bien en dessous de celles auxquelles l'on est en droit de s'attendre dans un pays comme le Canada. Tjepkema et al. (2009), estiment que des indicateurs socioéconomiques tels que le revenu, le niveau de scolarité et la profession exercée expliqueraient deux tiers de la surmortalité des hommes et 30 % de celle des femmes. Les Premières Nations sont davantage susceptibles de vivre dans la pauvreté, de souffrir de malnutrition et de vivre dans des logements surpeuplés et insalubres que les Canadiens en général (Conseil canadien de la santé, 2011).

L'insécurité alimentaire serait le lot de pratiquement un quart des Autochtones (Syme, 2004). Cet état de fait serait, d'une part, attribuable aux faibles revenus et, d'autre part, aux coûts élevés de transport des aliments dans les communautés plus éloignées (Syme 2004). Les conditions de logement de nombreux Autochtones sont caractérisées par un surpeuplement et par un piètre état des habitations (First Nations Information Governance Committee, 2007b; Kendall, 2001; Statistique Canada, 1993). Cette situation contribuerait à la création d'environnements défavorables au développement des enfants (Durie, 2004), notamment en favorisant des taux élevés de problèmes respiratoires et d'autres maladies infectieuses. Pour ce qui est de l'éducation, la proportion d'Autochtones n'ayant pas terminé un secondaire 2 était, au début du XXI^e siècle, le triple de celle des Canadiens (Kendall 2001). Cela étant, nous estimons, à l'instar de Reading (2009) qu'il est essentiel de reconnaître que les facteurs déterminants la santé des communautés autochtones prennent racine dans leurs conditions de vie, façonnée par des forces historiques, culturelles, sociales, économiques et politiques.

Conscientes de tous ces faits, résolues de remédier à toutes ces disparités, les Premières Nations du Québec se sont fixé, dans le plan directeur une série d'objectifs à atteindre, en terme de santé, d'ici 2017. Dans le présent chapitre, nous analyserons les résultats concernant la santé en général de la 2^e vague de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2008 (ERS 2008). Tel que le prescrit le plan directeur, les résultats présentés dans ce chapitre résultent d'une analyse approfondie des données issues de l'enquête par questionnaire et de diverses données empiriques fiables, de données probantes publiées au sujet de la santé des Premières Nations. Cette analyse du portrait de santé vise, entre autres, à rendre compte des spécificités démographiques, géographiques, historiques, sociologiques et économiques des Premières Nations.

Dans les pages de ce chapitre, nous présenterons, dans un premier temps, les résultats obtenus autour des questions s'adressant à la perception qu'ont les Premières Nations de leur santé. Perçoivent-elles, par ailleurs, que leur santé s'est détériorée au cours de l'année précédant l'administration du questionnaire d'enquête?

Dans un deuxième temps, nous aborderons la question de l'indice de masse corporelle (IMC). Il est reconnu par tous les spécialistes de la santé à travers le monde et ainsi que des Premières Nations que l'excès de poids et l'obésité sont au cœur de la genèse d'une multitude de problèmes de santé qui affectent les Premières Nations. Les Premières Nations se sont d'ailleurs données comme défi de « freiner l'apparition de l'obésité » dans leur plan directeur.

Dans un troisième temps, nous dresserons un portrait des principales problématiques de santé qui affectent les femmes et les hommes des Premières Nations, jeunes et moins jeunes. Finalement, nous chercherons à identifier dans quelle mesure les citoyens des Premières Nations vivant dans les communautés ont adopté des comportements qui pourront, à leur mesure, contribuer à l'amélioration de leur santé en tant qu'individu et également des collectivités.

1. PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Comment qualifier l'état de santé des adultes des Premières Nations? Les comparaisons entre différentes nations, différentes zones, entre les genres et les groupes d'âge apportent-elles des nuances, des variations? Existents-ils des disparités entre la perception qu'ont les adultes des Premières Nations et celle qu'ont les adultes québécois et canadiens? Voilà quelques-unes des questions que nous aborderons dans cette section.

La perception de la santé est un indicateur couramment utilisé dans les enquêtes sanitaires et, à plus d'un titre, est intéressante et pertinente pour évaluer l'état de santé d'une population. Levasseur (2000) estime que la mesure de la perception de l'état de santé constitue un indicateur valide en raison du fait que cette valeur est corrélée avec d'autres indicateurs. L'auto-évaluation de la santé reflète des aspects de la santé qui ne sont généralement pas saisis par d'autres mesures. Spécialement les premières étapes de la maladie, la sévérité de la maladie, les aspects d'un état de santé positif, les réserves physiologiques et psychologiques ainsi que les fonctions sociales et mentales.

Il existe une bonne concordance entre cet indicateur de santé subjective et des indicateurs de santé objective comme les problèmes de santé physique, la capacité fonctionnelle, la limitation des activités et, dans une moindre mesure, l'état de santé mentale et sociale. Il semble exister un lien entre cet indicateur et les habitudes de vie ou comportements individuels liés à la santé, à l'utilisation des services de santé et à la prise de médicaments (Camirand, Sermet, Dumitru, & Guillaume, 2009). Une faible autoévaluation de l'état de santé est souvent associée à l'hypertension (Pérula de Torres, Martínez de la Iglesia, Moral, Ruiz, & Fonseca del Pozo, 1995), à diverses maladies du système cardiovasculaire (Kaplan et al., 1996) ainsi qu'au diabète (Chandola & Jenkinson, 2000). Chez les Premières Nations, la perception de l'état de santé est également associée au suicide. Des chercheurs ont constaté que les pensées suicidaires sont plus fréquentes chez les personnes qui considèrent que leur santé est passable ou mauvaise que chez celles qui se déclarent en excellente santé (Centre des Premières Nations, 2005). Des recherches ont suggéré qu'une faible estime de la santé est corrélée à une hospitalisation subséquente ainsi qu'à la mortalité (Santé Canada, 2008; Idler et Benyamini, 1997).

La santé perçue constitue un indicateur fiable et valide de l'état de santé de la population quel que soit la nation, le groupe social ou ethnique pris en compte (Chandola & Jenkinson, 2000). L'état de santé auto-évalué peut être considéré comme le bilan que fait un individu de sa santé physique et mentale en fonction de ses propres perceptions.

Des recherches ont démontré que l'idée qu'une personne se fait de sa santé ne reflète pas uniquement l'état physique. Ainsi, les personnes ne présentant aucun problème de santé particulier ne jugent pas pour autant leur santé excellente. En évaluant sa santé, une personne penserait non seulement à la situation qu'elle vit à l'instant, mais également à sa trajectoire de vie. Est-ce qu'il y a eu, au cours des mois, des années précédentes, détérioration ou amélioration (Shields & Shooshtari, 2001).

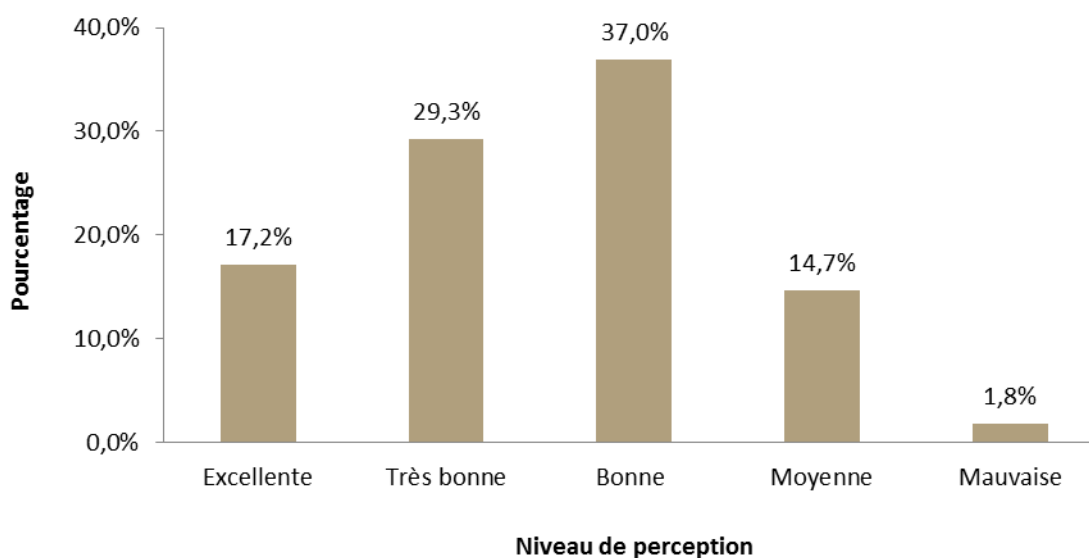
1.1 Perception de l'état de santé chez les adultes des Premières Nations

Lorsqu'ils sont interrogés sur la perception qu'ils ont de leur santé en général, il ressort que les adultes des Premières Nations ont, dans l'ensemble, une perception moins positive de leur état de santé que les adultes québécois et canadiens.

Lorsqu'on demande aux adultes des Premières Nations comment, d'un point de vue général, ils évaluent leur état de santé, 83,43 % d'entre eux l'estiment « bonne » (37 %), « très bonne » (29,3 %) et « excellente » (17,2 %). À l'autre bout du spectre, 14,7 % d'entre eux évaluent leur santé « moyenne » tandis que 1,8 % l'estiment « mauvaise » (Figure 1).

L'enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec 2002 (ERS 2002) (CSSLSPNQL, 2006) mentionnait que la moitié de la population de quinze ans et plus estimait avoir un état de santé « excellent » ou « très bon ». Quelques années plus tard, cette proportion demeure en deçà des 50 %.

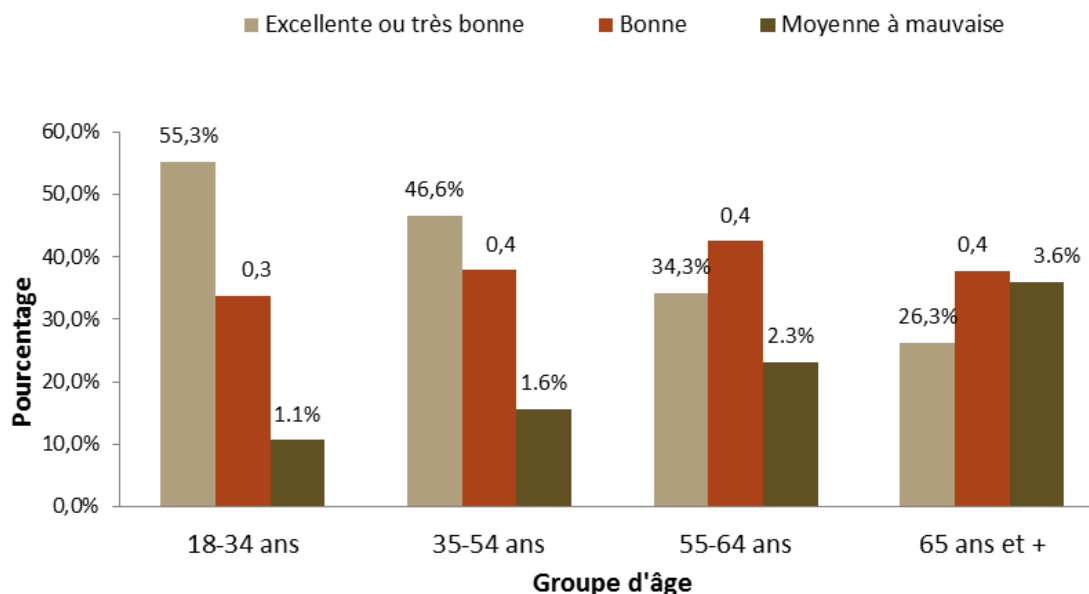
Figure 1 : Perception de l'état de santé chez les adultes des Premières Nations (N=19 048)



1.1.1 Perception de l'état de santé en fonction de l'âge

Il est reconnu que l'auto-évaluation de la santé est fortement associée à l'âge (Bordeleau & Traoré, 2007). En avançant en âge, la perception que les adultes des Premières Nations ont de leur santé diminue promptement. Si, chez les 18 à 34 ans, plus d'un adulte sur deux (55,3 %) juge bénéficier d'une santé excellente ou très bonne, cette proportion chute en deçà des 50 % chez les 35 à 54 ans. Seulement un tiers (34,3 %) des adultes de 55 à 64 ans estiment « excellente » ou « très bonne » leur santé et cette proportion n'est plus que d'un quart (26,3 %) chez les gens de 65 ans et plus (Figure 2).

Figure 2 : Perception de l'état de santé chez les adultes des Premières Nations par groupe d'âge (N= 1 9048)



Parmi les 65 ans et plus, 35,9 % estiment que leur santé est moyenne à mauvaise. Chez les Québécois un adulte sur quatre (24,5 %) âgé de 65 ans et plus estime « passable » ou « mauvaise » sa santé soit 11,4 % de moins que chez les aînés des Premières Nations (Institut national de santé publique du Québec avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, 2006).

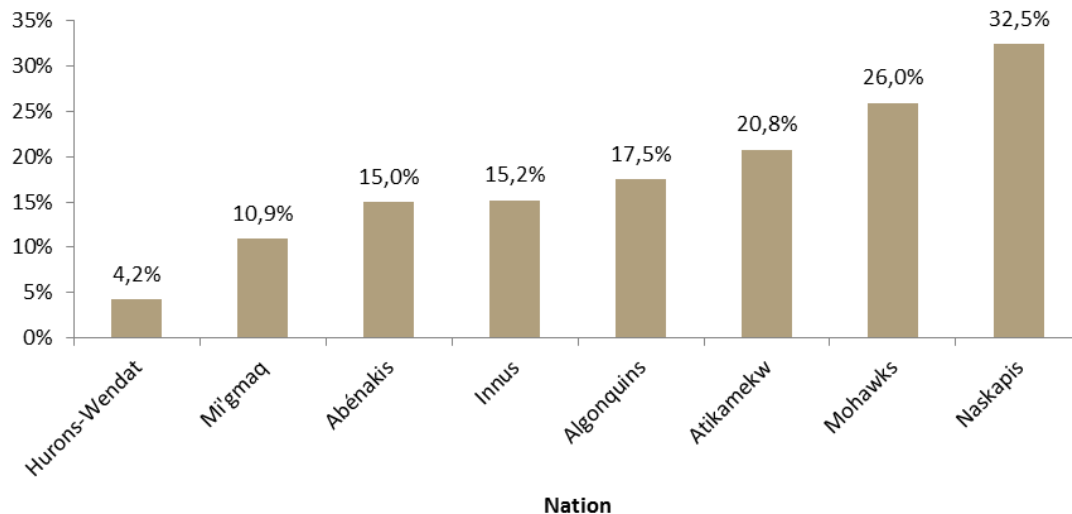
Si nous pouvons estimer qu'un individu de 18 à 34 ans est, en principe, dans la force de l'âge, il est préoccupant de constater qu'un adulte sur dix (10,6 %) de cette catégorie d'âge estime sa santé « moyenne » ou « mauvaise ». Chez les Québécois seulement 3,9 % des 20 à 24 ans ne se perçoivent pas en bonne santé et, chez les 25 à 44 ans cette proportion est de 6,0 % (Institut national de santé publique du Québec avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, 2006).

1.1.2 Perception de l'état de santé selon les nations et par zones géographiques

Le Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec préconise une approche respectueuse des spécificités qui considère les besoins, notamment au regard des priorités et des problématiques liés aux soins de santé de chacune des communautés constituant les Premières Nations, dans toutes les régions du Québec.

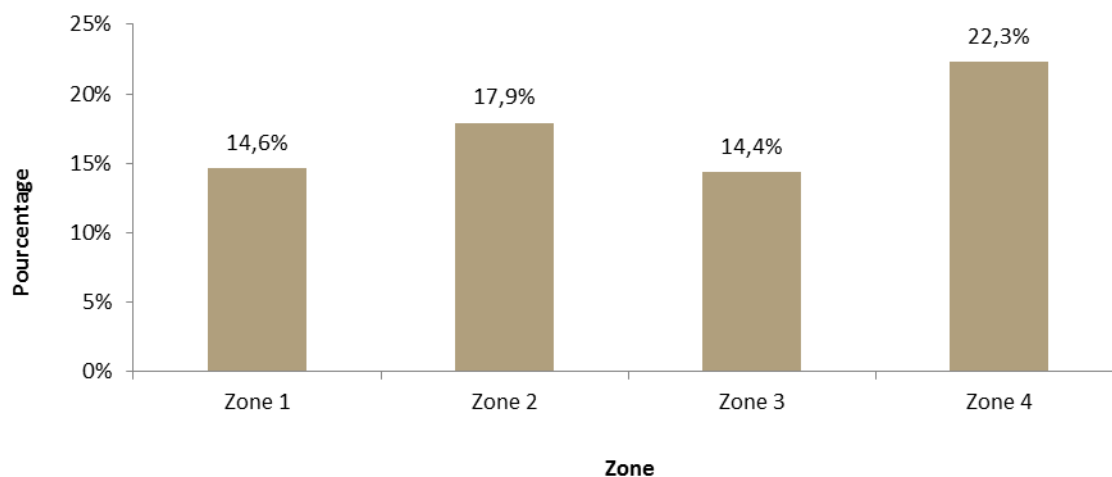
Parmi l'ensemble des adultes des Premières Nations, 16,5% ont évalué leur santé comme étant passable ou mauvais. Nous notons une variation significative de la perception de la santé d'une nation à l'autre. Les adultes de la nation naskapie sont proportionnellement beaucoup plus nombreux à évaluer leur santé négativement que les adultes de la nation huronwendat (figure 3).

Figure 3 : Perception passable ou mauvaise de la santé chez les adultes par nation (N= 19 048)



Le fait de vivre dans l'une ou l'autre des quatre zones géographiques apparaît comme un facteur influençant la perception que les adultes ont de leur santé. Nous constatons, en effet, que les adultes vivant dans la les zones 2 (17,9 %) et 4 (22,3 %) ont, dans l'ensemble, une moins bonne perception de leur santé que ceux qui vivent dans la zone 1 (14,6 %) et 3 (14,4 %)¹. Notons cependant que ces différences ne sont pas statistiquement significatives ($p > 0,05$).

Figure 4 : Perception passable ou mauvaise de la santé chez les adultes par zone (N= 19 048)



¹ Les mesures calculées en fonction de l'isolement géographique doivent être interprétées en tenant compte des éléments suivants :

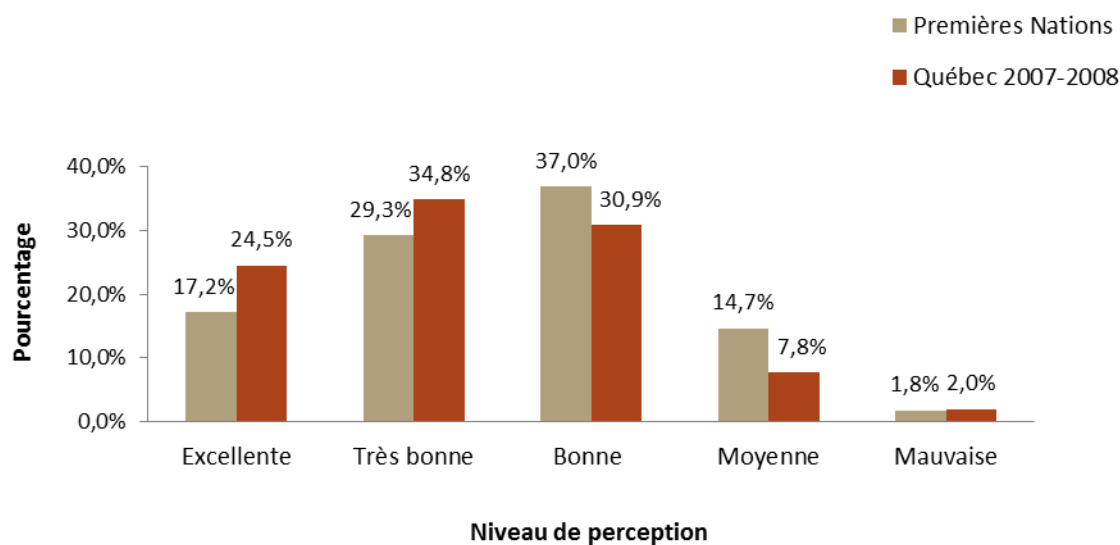
- 1) L'isolement géographique n'a pas été considéré dans le plan d'échantillonnage.
- 2) La zone 3 ne compte que deux communautés, de ce fait, elle est sous représentée par rapport au nombre de communautés contenues dans les autres zones.

1.1.3 Perception de l'état de santé en comparaison aux Canadiens et aux Québécois

L'appréciation que les adultes des Premières Nations font de leur santé tranche avec celle des adultes québécois² (Figure 5). En 2007-2008, 90,2 % des adultes québécois et 88 % des adultes canadiens (Ministère de la santé et des services sociaux, 2011) estimaient de « bonne » à « excellente » leur santé. Chez les Premières Nations, cette proportion était de 83,5 %. Ces résultats faisaient écho à ceux divulgués par Santé Canada (2008) qui estimaient que « dans l'ensemble, 79,7 % des Premières Nations vivant dans les communautés déclarent être « en « bonne » ou en « excellente » santé comparativement à 88,0 % de l'ensemble de la population canadienne » (Santé Canada, 2008, p. iii).

Cet écart se maintient toujours aujourd'hui. Les adultes des Premières Nations ont, dans l'ensemble, une perception plus négative de leur santé que ceux du Québec et de l'ensemble du Canada³. À l'orée du XXI^e siècle, moins de 50 % des adultes des Premières Nations (46,5 %) estiment que leur santé est « excellente » ou « très bonne » tandis que chez les Québécois ainsi que chez les Canadiens la proportion est de l'ordre de 60 %. Par ailleurs, 16,5 % des adultes des Premières Nations estiment leur santé « moyenne » ou « mauvaise » tandis que chez les adultes québécois la proportion est de 9,8 %.

Figure 5 : Perception de l'état de santé chez les adultes des Premières Nations (N=19 048) et les Québécois⁴



² Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 4.1.

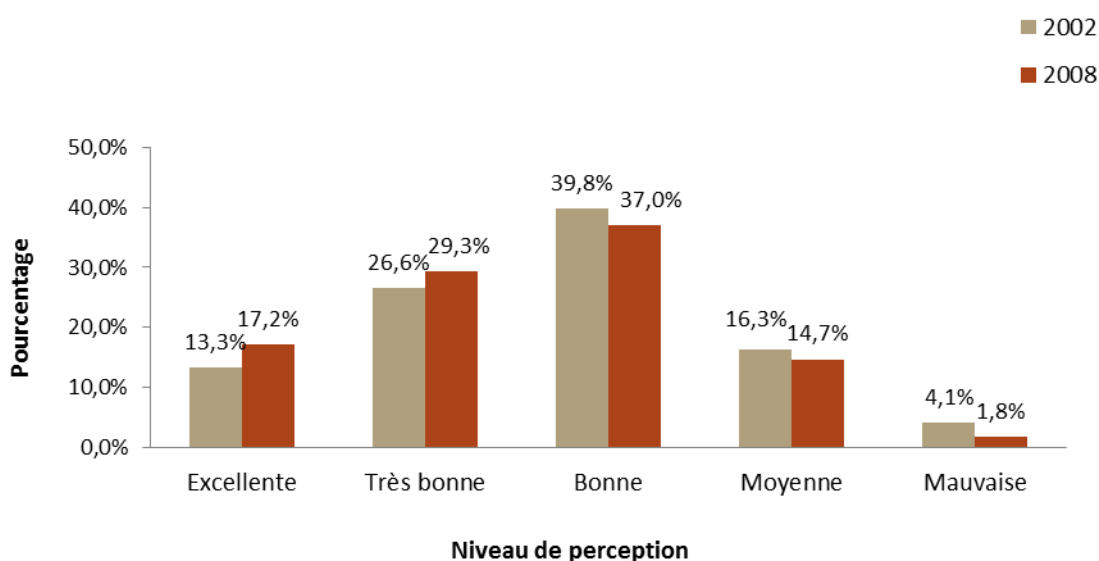
³ En 2007-2008 88,0 % des Canadiens adultes estimaient de « bonne » à « excellente » leur santé.

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011)

C'est une plus faible proportion d'adultes des Premières Nations qui déclare être en « excellente » ou en « très bonne » santé comparativement à l'ensemble de la population québécoise.

Les données recueillies dans la présente enquête font entrevoir qu'un certain progrès s'est accompli au cours des dernières années. En effet, de 39,9 % qu'était, en 2002, la proportion d'adultes des Premières Nations estimant « excellente » et « très bonne » leur santé, celle-ci est passée en 2008 à 46,5 %. On constate, à l'autre bout du spectre, que la proportion d'adultes évaluant pauvrement leur santé diminue passant de 20,4 % en 2002 à 16,5 % en 2008 (Figure 6).

Figure 6 : Auto-évaluation de la santé chez les adultes des Premières Nations en 2002 et 2008 (N=19 048)

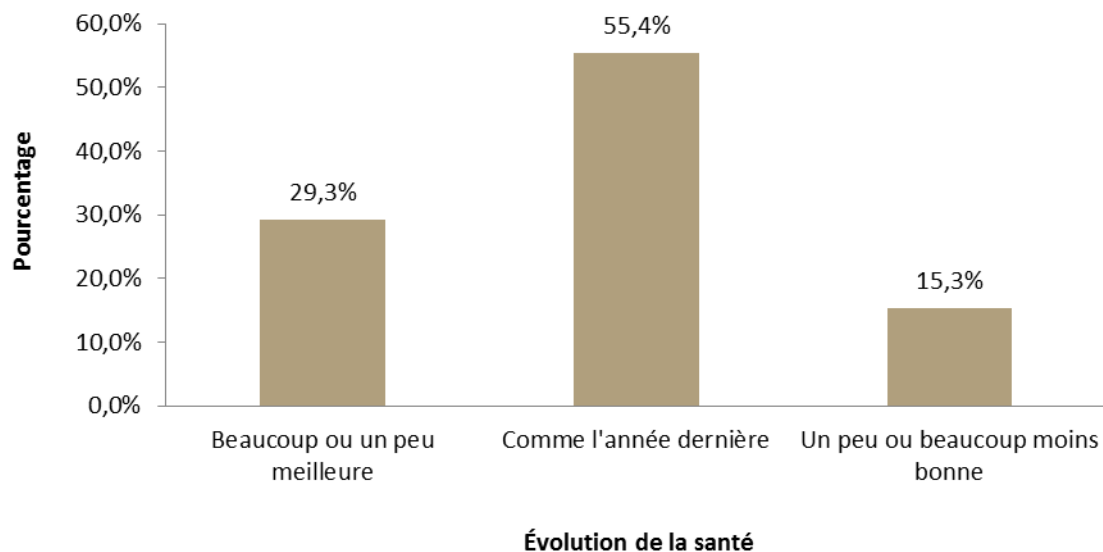


Nous devons nous réjouir de ces progrès. Toutefois, la perception d'un faible niveau de la santé demeure, chez les adultes des Premières Nations, inquiétant, et cela à plus d'un titre. Des recherches établissent des liens entre la faible perception de son état de santé et la dépression chez les malades chroniques. Chez les Premières Nations on a constaté que les pensées suicidaires sont plus fréquentes chez les personnes qui estiment que leur santé est de passable à mauvaise (Centre des Premières Nations, 2006; Reading, 2009).

1.1.4 Perception de la variation de l'état de santé en regard de l'année précédente

Lorsque nous demandons aux adultes des Premières Nations d'indiquer s'ils estiment que leur santé s'est améliorée ou détériorée en regard de l'année précédente, 29,3 % d'entre eux estiment qu'elle s'est « un peu » ou « beaucoup » améliorée et 55,4 % considèrent qu'elle est demeurée « semblable » (Figure 7). Ce sont donc plus de huit adultes sur dix qui estiment que leur santé est soit demeurée identique ou qu'elle s'est améliorée. Ce constat est, en soi, encourageant. Par contre, considérant les différentes problématiques de santé qui prévalent à des taux relativement élevés chez les adultes, il serait souhaitable que, dans les années à venir, davantage d'adultes déclarent que leur santé s'est améliorée.

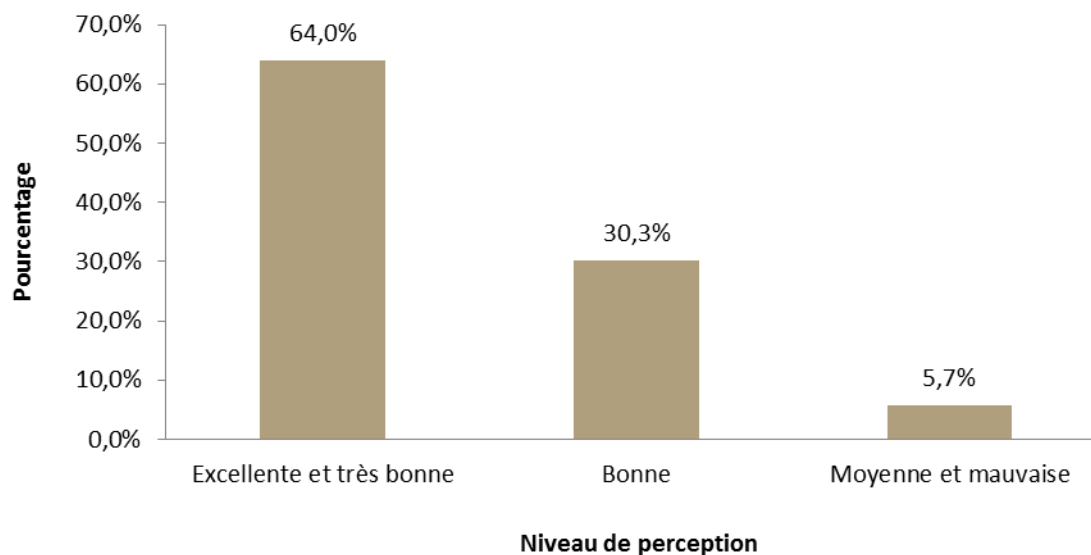
Figure 7 : Comparaison de la santé actuelle en regard de ce qu'elle était l'année précédente par les adultes (N= 18 969)



1.2 Perception de l'état de santé à l'adolescence

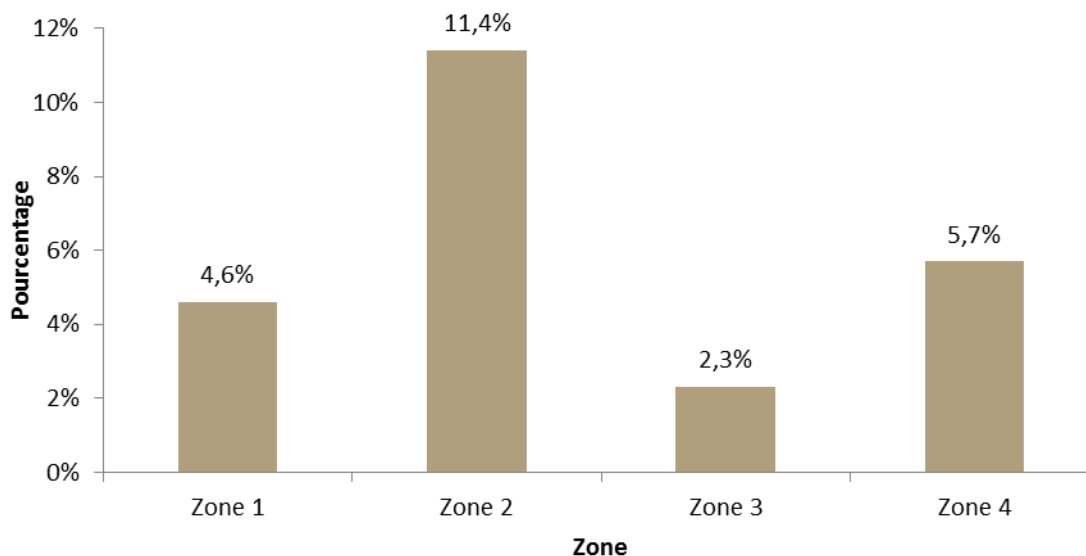
Les adolescents des Premières Nations ont, dans l'ensemble, une perception positive de leur santé. Alors que 64,0 % des adolescents qualifient leur santé d'« excellente » et de « très bonne », 30,3 % d'entre eux estiment profiter d'une « bonne santé » (Figure 8). Seuls 5,7 % des adolescents affichent une perception « moyenne » ou « mauvaise » de leur santé. Ces résultats sont comparables à ceux trouvés auprès des adolescents du Québec. En effet, l'Enquête québécois sur la santé des populations (EQSP) de 2008 révélait que trois jeunes Québécois sur cinq de 15 à 17 ans (61 %) estimaient « excellente » ou « très bonne » leur santé. Un tiers des adolescents québécois (34 %) qualifiaient leur santé de « bonne ». À l'opposé, un jeune sur vingt (5 %) estimait son état de santé « passable » ou « mauvais » (Cazale, Berthelot, & Traoré, 2011). Cette relative parité entre les constats réalisés auprès des adolescents québécois et des Premières Nations est encourageante.

Figure 8 : Perception de la santé chez les adolescent(e)s des Premières Nations (N=3 661)



Nous devons prendre acte que tous les adolescents des Premières Nations ne portent pas le même jugement sur leur santé. Le fait de vivre dans l'une ou l'autre des zones géographiques module cette perception. Les adolescents vivant dans la zone 2 sont proportionnellement plus nombreux à évaluer négativement leur état de santé (11,4 %). Ceux des zones 4 (5,7 %), 1 (4,6 %) et 3 (2,3 %) suivent respectivement (Figure 9). Par contre, le fait de vivre dans une nation ou dans une autre n'apparaît pas contribuer significativement à cette variation.

Figure 9 : Perception passable où mauvaise de la santé chez les adolescents des Premières Nations par zone (N=3 661)

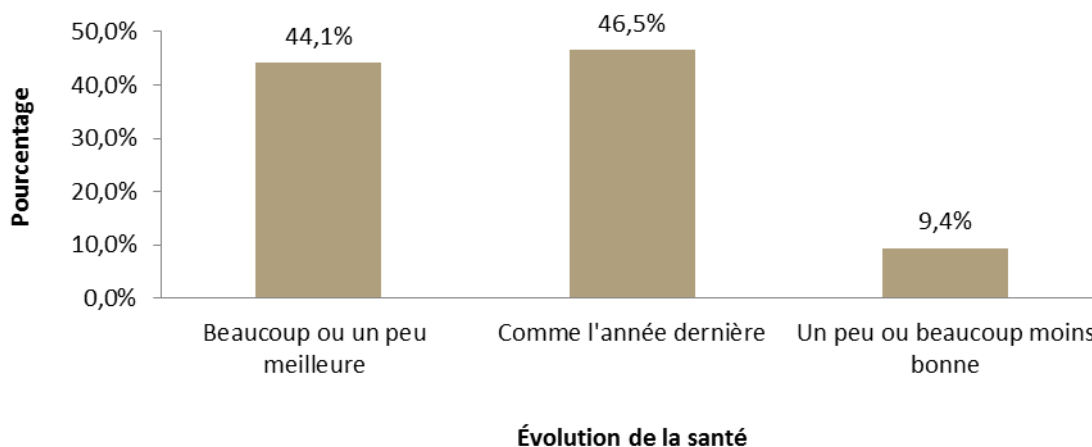


1.2.1 Variation au cours de la dernière année

Une majorité d'adolescents estiment que leur santé s'est améliorée (44,1 %) ou qu'elle est demeurée semblable (46,5 %) à ce qu'elle était l'année dernière (Figure 10). Environ un adolescent sur dix (9,4 %) estime toutefois que sa santé est moins bonne que l'année dernière. Ce seul fait est, de notre point de vue, préoccupant. L'adolescence correspond, tant d'un point de vue physique que psychologique, à une intense période de développement devant mener, en principe, à l'épanouissement d'un jeune adulte en santé.

Nous pouvons nous réjouir de la parité de perception de la santé entre les adolescents des Premières Nations et ceux du Québec et du Canada. Nous devons toutefois nous inquiéter du fait que dès l'entrée dans l'âge adulte ce tableau se détériore rapidement. Cela nous invite à poursuivre voire même redoubler les efforts dans le champ de la promotion et de la prévention auprès des jeunes afin de consolider les acquis.

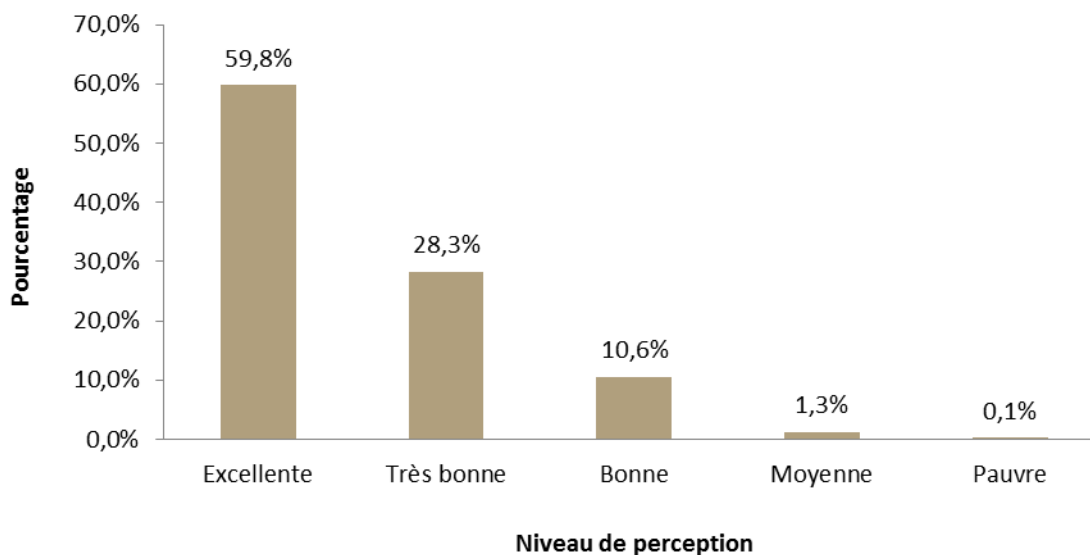
Figure 10 : Perception qu'ont les adolescent(e)s en regard de la variation de leur santé depuis l'année précédente (N=3 641)



1.3 Perception de l'état de santé chez les enfants

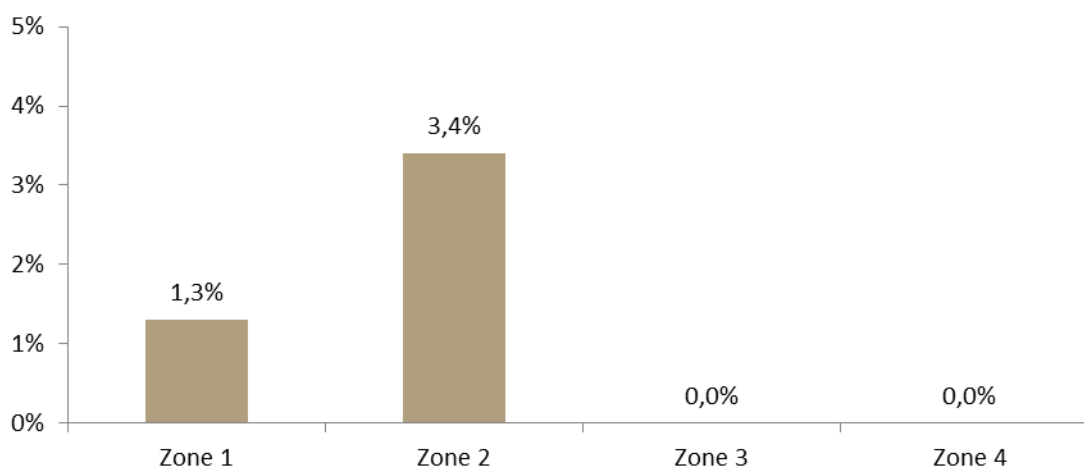
Les parents des enfants des Premières Nations portent, dans l'ensemble, une très bonne évaluation de la santé de leurs enfants. Alors que 88,1 % des parents estiment que leurs enfants ont une « excellente » ou « très bonne » santé, 10,6 % l'évaluent « bonne » (Figure 11). C'est donc moins de 1,5 % des parents qui estiment « moyenne » et « pauvre » la santé de leurs enfants. Ces résultats sont encourageants et vont tout à fait dans le sens du rapport national de l'ERS 2002-2003 qui révélait que la majorité des parents ont déclaré que leur enfant est en « bonne » ou « excellente » santé (First Nations Information Governance Committee, 2007a).

Figure 11 : Perception qu'ont les parents de la santé de leurs enfants (N=6 280)



Tout comme chez les adolescents, les parents des enfants vivant dans la zone 2 sont proportionnellement plus nombreux à percevoir la santé de leurs enfants négativement (3,4 %). Vient ensuite la zone 1 (1,3%). Enfin, notons qu'aucun parent des zones 3 et 4 évalue que la santé de son enfant est passable ou mauvaise (Figure 12). Notons cependant que ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs ($p>0,05$).

Figure 12 : Perception passable ou mauvaise de la santé chez les enfants des Premières Nations par zone (N=6 280)



Parmi les onze déterminants de la santé figure le développement sain durant l'enfance. La relation fondamentale entre les conditions de vie durant l'enfance, les difficultés d'adaptation sociale et de vulnérabilité aux problèmes de santé à l'âge adulte sont de mieux en mieux connues. Nous savons aujourd'hui que les conditions de vie et les expériences vécues pendant la petite enfance ont des effets à long terme sur la santé (Paquet & Tellier, 2005). L'enfance constitue une période de la vie particulièrement importante pour la santé. Cette phase de la croissance peut influencer sur la santé et le développement à long terme d'une personne. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime d'ailleurs que de bonnes fondations dans les premières années de la vie feront la différence à l'âge adulte et permettront de donner un meilleur départ à la génération suivante (World Health Organization, 2008).

Lors du recensement de 2006, 42 % de la population des Premières Nations du Québec était âgée de moins de 25 ans en comparaison à 31 % pour la population québécoise (Statistique Canada, 2012). Considérant qu'à eux seuls, les jeunes de 0 à 14 ans comptent pour 25,4 % de l'ensemble des Premières Nations nous pouvons nous réjouir des présents résultats.


Ces résultats sont le reflet d'améliorations multisectorielles au sein des communautés et illustrent les possibilités futures des populations et des collectivités. Toutefois les tendances que nous observons chez les jeunes en matière de santé, indiquent, malgré ces améliorations, que les enfants des Premières Nations sont, d'un point de vue épidémiologique, toujours devancés par les autres Québécois et Canadiens. Les jeunes d'aujourd'hui vont beaucoup mieux que leurs parents au même âge, mais, comparativement aux autres jeunes Canadiens, ils demeurent au bas de l'échelle du bien-être (UNICEF, 2009).

2. POIDS, SANTÉ ET INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

Le *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec* établit que l'obésité et l'embonpoint constituent des fléaux grandissants partout au Canada, mais qu'ils sont particulièrement ravageurs au sein des communautés des Premières Nations du Québec. Il est précisé, dans le plan directeur, que dans les communautés, une grande majorité d'enfants, d'adultes et d'aînés développent un surplus de poids et que les Premières Nations souffrent deux fois plus d'obésité que la population générale. Ceci laisse présager une augmentation considérable des maladies cardiovasculaires et du diabète dans les prochaines années; l'obésité et l'embonpoint sont des facteurs déterminants (CSSSPNQL, 2008).

Le Plan directeur établit comme objectif que d'ici 2017, la progression de l'obésité sera freinée et que des programmes de lutte contre ce fléau seront développés et renforcés au niveau communautaire.

Les répercussions de l'excès de poids sur la santé sont aujourd'hui connues et reconnues partout dans le monde (Organisation mondiale de la Santé, 2003a). La surveillance attentive de la prévalence de l'obésité est un aspect essentiel de l'évaluation de l'état de santé des populations et des programmes d'intervention. L'obésité, associée à l'émergence de plusieurs maladies chroniques, s'évalue par la mesure de l'indice de masse corporelle (IMC). Cet indice est construit à partir de



données provenant de l'auto-déclaration des répondants de leur poids et de leur taille et s'élabore en établissant le rapport entre le poids et le carré de la taille d'une personne.

Les valeurs auto-déclarées de la taille et du poids sont parfois entachées d'un biais puisque les participants aux enquêtes ont tendance à surestimer leur taille et, d'un autre côté, à sous-estimer leur poids (Margot Shields, Gorber, Janssen, & Tremblay, 2011). De ce fait, les statistiques émanant de données sur le poids et la taille auto-déclarés entraînent généralement une sous-estimation de la prévalence de l'obésité. Cet indice peut présenter quelques limites supplémentaires dans le cas de certains groupes⁵. Malgré tout, l'IMC demeure, à ce jour, la mesure la plus utile dans l'estimation des risques pour la santé associés à un poids excessif. Il faut aussi mentionner que la mesure de l'IMC ne permet pas de distinguer entre la masse adipeuse et la masse maigre. Certains individus ayant une très forte musculature pourront avoir un IMC élevé sans pour autant avoir un taux de masse adipeuse associé à un risque pour la santé (Santé Canada, 2003).

Des chercheurs estiment qu'il est important de prendre en considération le fait que l'IMC des enfants des Premières Nations doit être interprété avec circonspection, puisque la courbe de croissance de ces enfants est différente en raison du rapport poids-taille élevé nécessaire pour survivre dans le climat sous lequel ils vivent (MacMillan, MacMillan, Offord, & Dingle, 1996).

L'IMC et sa classification

Dans le système de classification du poids, on utilise des catégories de l'IMC, allant d'un poids insuffisant à l'obésité, pour identifier le niveau de risque pour la santé. Il faut noter, par contre, que chez les enfants, l'IMC n'est pas calculé de la même façon.

IMC inférieur à 18,5 – Poids insuffisant

Un IMC situé dans l'intervalle de poids insuffisant indique un risque pour la santé. Un poids insuffisant est en effet associé à des problèmes de santé tels que la sous-alimentation, l'ostéoporose, les maladies respiratoires et divers troubles alimentaires.

IMC 18,5 à 24,9 – Poids normal

Des études à l'échelle de la population ont démontré qu'un IMC situé dans l'intervalle de poids normal était associé au moindre risque relatif de morbidité et de mortalité. Il est important de souligner que tous les IMC situés dans la « catégorie normale » indiquent un moindre risque. Il faut donc éviter de considérer la zone inférieure de cet intervalle comme un IMC désirable.

IMC 25,0 à 29,9 – Excès de poids

Plus la mesure de l'IMC passe de 25,0 à 29,9 plus les risques pour la santé augmentent.

⁵ Entre autres, chez les jeunes dont la croissance n'est pas achevée, les adultes très minces ou à forte musculature, les personnes de plus de 65 ans et certains groupes ethniques.

IMC 30 et plus – Obésité

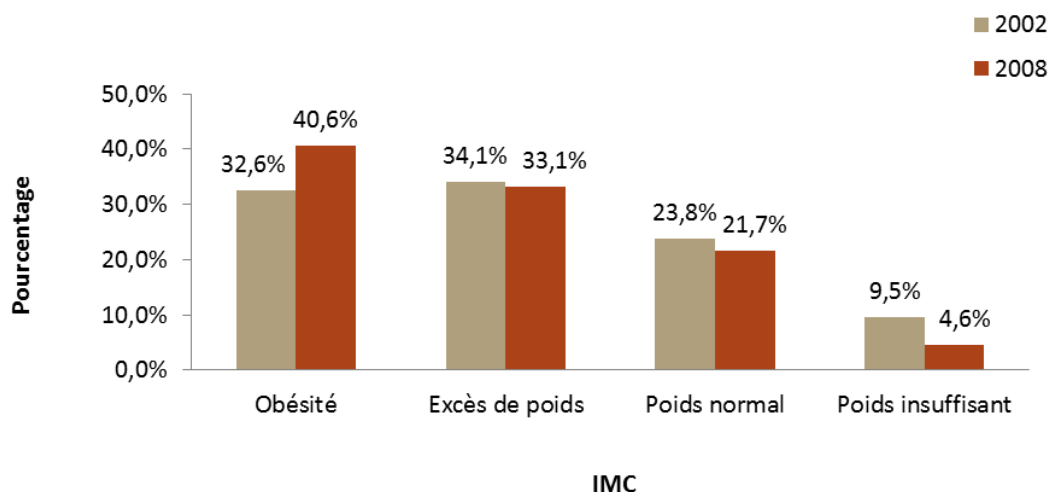
Le risque relatif de mortalité augmente davantage à partir d'un IMC de 30,0. C'est pourquoi tous les IMC de 30,0 et plus sont classés dans la catégorie de l'obésité. L'intervalle de l'obésité est subdivisé en trois sous-catégories, à savoir l'obésité de classe I (30,0 – 34,9), l'obésité de classe II (35,0 – 39,9) et l'obésité de classe III (40,0 et plus). En général, plus l'IMC est élevé, plus le risque pour la santé est grand. Au-delà de 40, les risques de développer des problèmes de santé sont extrêmement élevés.

L'OMS estime que le surpoids et l'obésité (IMC supérieur à 25) sont, à l'échelle mondiale, le cinquième facteur de risque de décès. Plus l'IMC est élevé, plus les risques d'une mortalité prématurée s'accroissent. La probabilité de décès est multipliée par 12 pour les sujets âgés de 25 à 35 ans souffrant d'obésité, par comparaison aux personnes du même âge ayant un IMC se situant sous la barre des 25. À travers le monde, l'obésité serait responsable de 44,0 % des cas de diabète, de 23,0 % des cardiopathies ischémiques et à l'origine de 7,0 % à 41,0 % de certains types de cancers (Organisation mondiale de la santé, 2012a).

2.1 L'obésité au sein des Premières Nations

Le second volet de l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2008* (ERS 2008) fait ressortir que trois adultes sur quatre (73,6 %) sont en excès de poids ou obèses. En regard des données de la précédente enquête régionale, ce taux équivaut à une augmentation substantielle de l'IMC moyen des adultes. Les présentes données montrent que l'obésité chez les adultes a, au cours de la dernière décennie, fait un bond de près de 8,0 % faisant passer le taux de 32,6 % en 2002 à 40,6 % aujourd'hui. Le pourcentage d'adultes étant soit en « excès de poids » ou « obèses » est donc passé au cours des dernières années de 66,7 % à 73,7 %, un bond de 7,0% (Figure 13).

Figure 13 : Répartition des adultes des Premières Nations dans les différentes catégories d'IMC en 2002 (N=16 408) et 2008 (N=18 321)

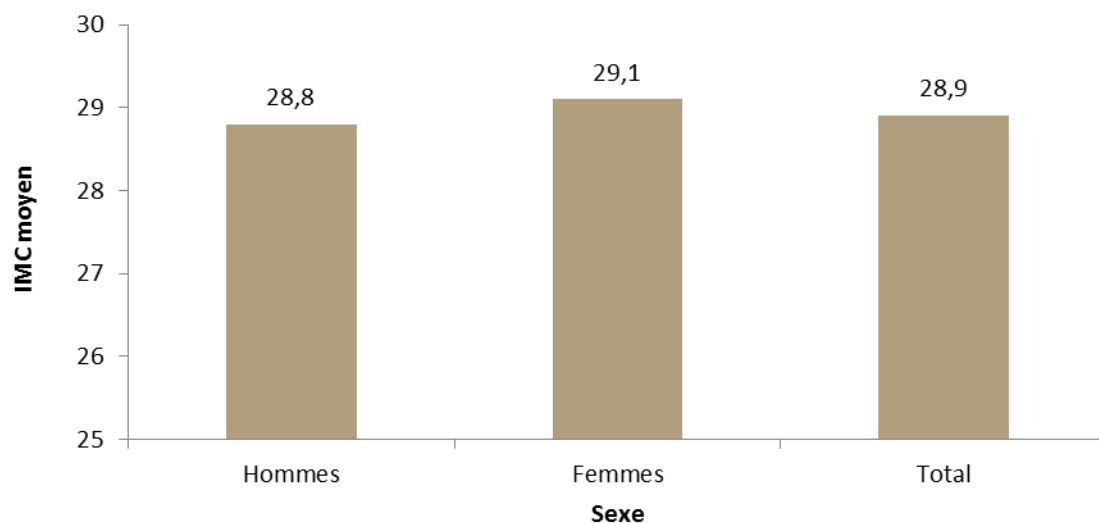


Au Québec, en 2002, moins d'un adulte sur deux (47,4 %) présentait un surpoids (Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la santé et des services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, 2006). Au premier juillet 2008, sur les 7 750 504 personnes que comptait le Québec (Statistique Canada, 2011), 3 millions d'entre elles présentaient un surpoids soit près de 50 % des personnes âgées de 18 ans et plus. Parmi ces personnes, une sur trois souffrait d'obésité, c'est-à-dire 16,0 % de la population québécoise (Ministère de la santé et des services sociaux, 2011).

Bien qu'il y ait progression de l'obésité dans la population québécoise, cette progression est nettement inférieure à celle que nous notons chez les adultes des Premières Nations. Ce constat est alarmant considérant les nombreuses problématiques de santé qui sont étroitement associées à un IMC supérieur à 25.

Chez les adultes des Premières Nations, tant chez les femmes que chez les hommes, nous trouvons un IMC moyen nettement au-delà de la « zone santé ». Tout comme lors de la précédente enquête, ce sont les femmes qui présentent un IMC davantage associé à l'obésité. En établissant la moyenne des IMC chez les adultes, nous obtenons chez les femmes un IMC de 29,1 et de 28,8 chez les hommes (Figure 14).

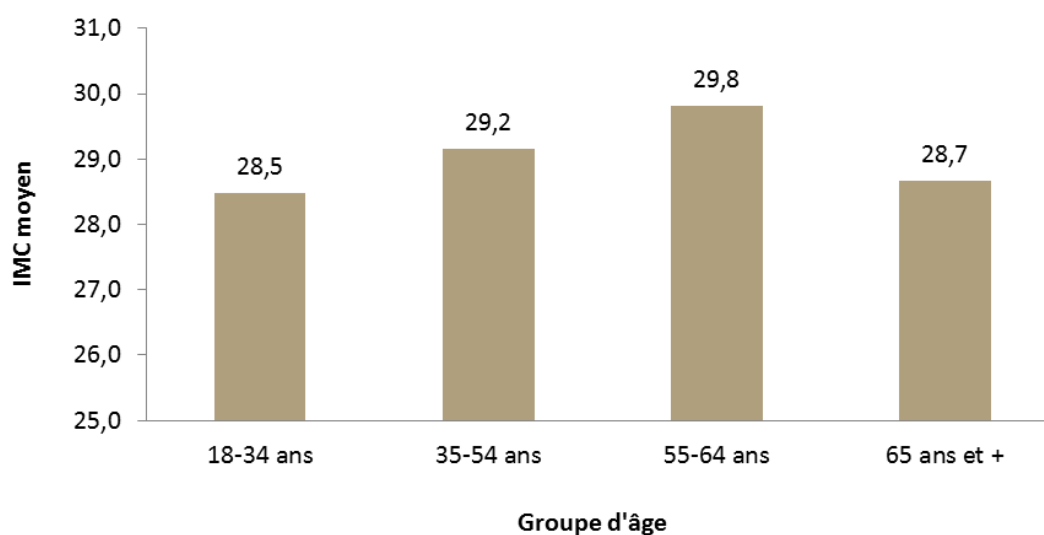
Figure 14 : IMC moyen chez les femmes et les hommes des Premières Nations (N=17 877)



2.2 Variation de l'Indice de masse corporel selon l'âge

L'IMC moyen présente quelques légères variations entre les différents groupes d'âge⁶. De 28,5 chez les 18 à 34 ans, il s'accroît à 29,8 chez les 55 à 64 ans et se situe à 28,7 chez les 65 ans et plus (Figure 15). Considérant que les risques de développer des problèmes de santé augmentent à partir d'un IMC supérieur à 25, nous estimons que les adultes de tous les groupes d'âge des Premières Nations courent des risques relativement élevés de développer, au cours des années futures, divers problèmes de santé.

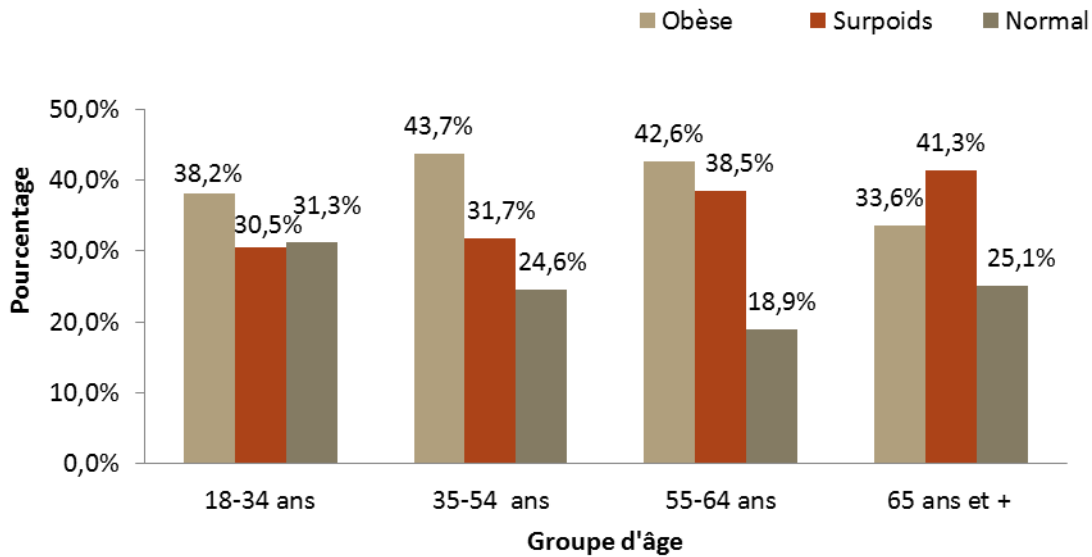
Figure 15 : IMC moyen chez les adultes des Premières Nations par groupe d'âge (N=18 601)



Dans toutes les catégories d'âge, l'embonpoint et l'obésité demeurent le lot de la majorité des adultes (Figure 16). Nous constatons que la proportion des personnes ayant un poids santé diminue rapidement depuis le groupe des 18 à 34 ans jusqu'au groupe des 55 à 64 ans. La proportion des personnes ayant un surpoids s'accroît régulièrement depuis le groupe des 18 à 34 ans jusqu'au groupe des 65 ans et plus.

⁶ L'IMC moyen des 18 à 34 ans et des 65 ans et plus est statistiquement différent de celui des 55 à 64 ans. La différence entre l'IMC moyen des 35 à 54 ans et des 55 à 64 ans n'est pas statistiquement significative. La différence entre les 18 à 34 ans, les 35 à 54 ans et les 65 ans et plus n'est pas statistiquement significative.

Figure 16 : Répartition des adultes des Premières Nations dans les catégories d'IMC par groupe d'âge (N= 18 321)



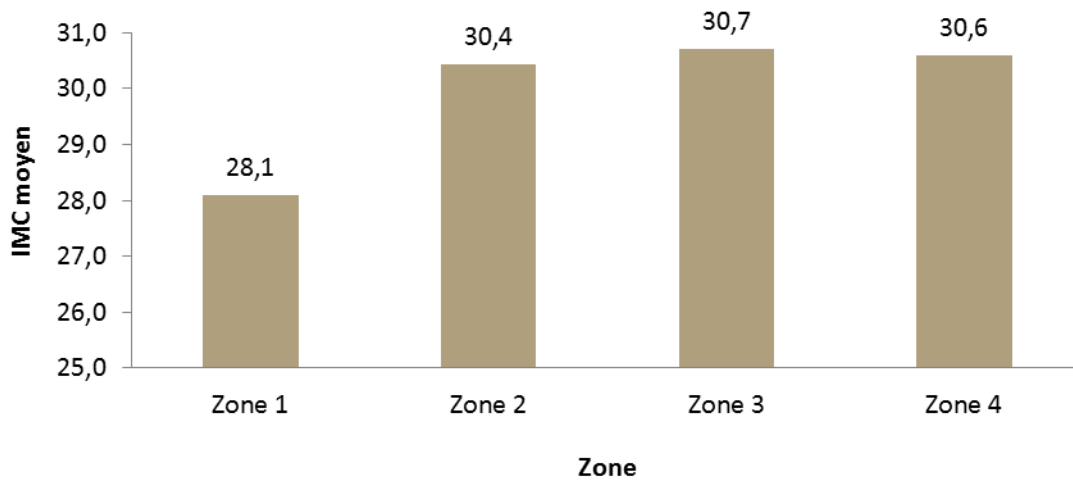
2.3 Variation de l'IMC par zone géographique et par nation

L'ERS 2002 (CSSSPNQL, 2006) établissait que la proportion des membres des Premières Nations étant en surpoids ou obèse était de 35,6 % dans la zone 1, de 32,0 % dans la zone 2⁷ et de 56,5 % dans les zones 3 et 4 (CSSSPNQL, 2006). En 2002, on constatait que 62,7 % des adultes vivant dans la zone 1 avaient un poids santé ce qui n'était pas le cas des adultes de la zone 2 et encore moins pour ceux vivant dans les zones 3 et 4.

Les données de la présente enquête reconduisent les distinctions observées entre les zones géographiques. Les présentes données nous font constater que l'IMC moyen des adultes vivant dans la zone 1 (28,1) se distingue de manière statistiquement significative de l'IMC moyen de leurs pairs vivant dans les zones 2, 3 et 4 (Figure 17). Alors que l'IMC moyen des adultes vivant dans la zone 1 correspond à un embonpoint, celui des adultes vivant dans les zones 2, 3 et 4 est nettement associé à l'obésité.

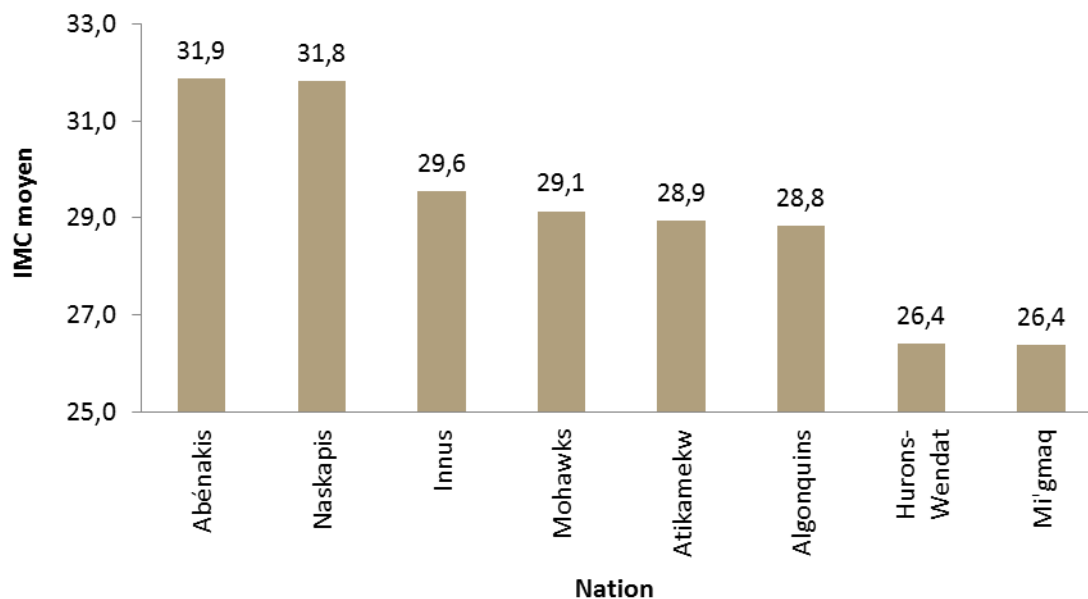
⁷ Pour des raisons méthodologiques, aucune proportion n'a été calculée dans le cadre de l'ERS 2002 en ce qui a trait à l'obésité des adultes de la zone 2.

Figure 17 : IMC moyen chez les adultes des Premières Nations par zone géographique



D'une nation à l'autre, nous constatons des variations importantes de l'IMC. Nous pouvons ventiler l'ensemble des résultats en trois blocs distincts. Un premier bloc dans lequel sont incluses les nations mi'gmaq et huronne-wendat correspond à un IMC moyen se situant à la marge du poids normal. Un deuxième bloc, incluant les nations innue, mohawk, atikamekw et algonquins, correspond à la zone associée à un excès de poids. Finalement, le troisième bloc, incluant les nations abénakise et naskapie, est nettement associé à l'obésité (Figure 18).

Figure 18 : IMC moyen chez les adultes des Premières Nations par nation



2.4 Obésité chez les Premières Nations comparées

Au Canada, au Québec et à travers le monde, la fréquence de l'obésité ne cesse d'augmenter depuis le début des années 1980. L'OMS estime que depuis les années 1980 l'obésité a plus que doublé à l'échelle internationale. En 2008, le surpoids concernait 1,5 milliard de personnes de 20 ans et plus, parmi lesquelles plus de 200 millions d'hommes et près de 300 millions de femmes étaient obèses. Au Canada, en 1978, la prévalence de l'obésité (IMC \geq 30) s'établissait à 14,0 %. En 2005, soit 27 ans plus tard, ce taux atteignait 24,0 % (Chaire de recherche sur l'obésité de l'Université Laval, 2011).

L'obésité, chez les Premières Nations, est un phénomène relativement nouveau dans l'histoire. En 1948, le père Lionel Labrèche devient curé de Pessamit et fait sienne la description que le père Lejeune donnait des Amérindiens en 1633. Ce dernier décrivait alors les gens des Premières Nations qu'il côtoyait comme des gens grands, forts, robustes, bien proportionnés, plus grands que les Français et d'une agilité surprenante (Labrèche & Tremblay, 1977). Par contre, depuis quelques années, nous assistons à une explosion de la prévalence de l'obésité dans les communautés des Premières Nations.

Nous possédons peu de données permettant de prendre la mesure du rythme et de l'ampleur de cette évolution. Certaines enquêtes ou recherches offrent toutefois quelques indices. Selon l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James de 1991, près de quatre adultes sur dix (39,0 %) étaient obèses. Douze années plus tard, soit en 2003, cette proportion atteignait 55,0 % soit plus d'une personne sur deux (Nolin, Blanchet, & Kuzmina, 2008).

Les comparaisons internationales révèlent une situation peu reluisante pour les Premières Nations de la région du Québec. En prenant en considération plusieurs pays du monde, nous constatons que les Premières Nations de la région du Québec sont seuls en tête, loin devant les États-Unis qui, pourtant, sont reconnus pour leurs taux élevés d'obésité. En comparaison, le Japon (3,4 %), la Suisse (8,1 %) et la Norvège (9,0 %) affichent des pourcentages équivalents à ceux enregistrés au Québec à la fin des années 1980. Bien que le Québec et le Canada se situent, aujourd'hui, parmi les endroits au monde où les taux d'obésité sont parmi les plus élevés nous constatons que les Premières Nations sont loin devant les Québécois (Ministère de la santé et des services sociaux, 2011) et les Canadiens (Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé, 2011).

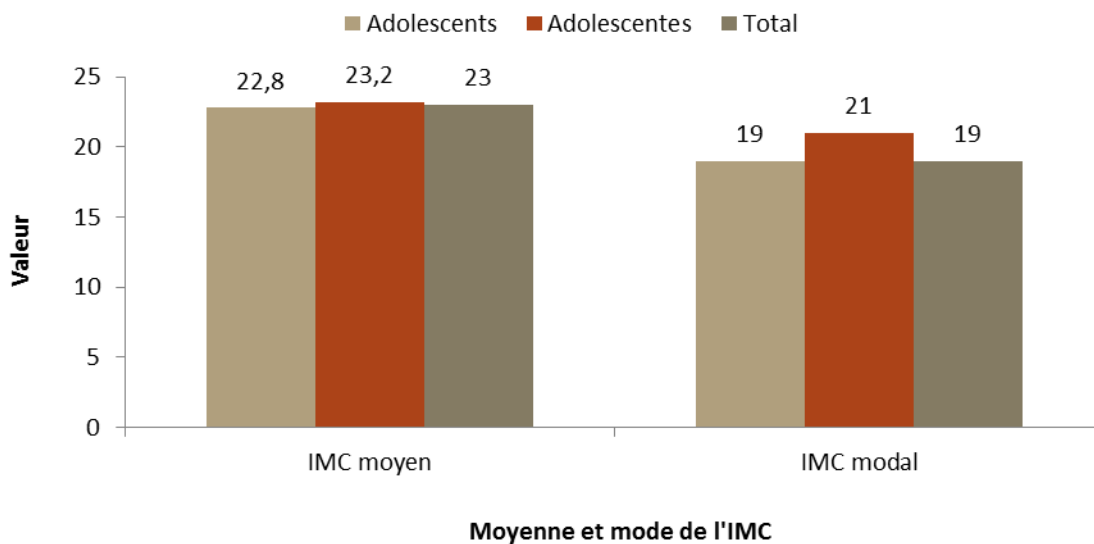
2.5 L'IMC chez les adolescents

Bien que l'obésité chez les jeunes ne soit pas le seul fait des Premières Nations, il faut prendre acte que plusieurs études ont, à ce jour, démontré que le poids des enfants et des adolescents des Premières Nations est plus élevé que celui des autres enfants canadiens (Reading, 2009; Young, Dean, Flett, & Wood-Steiman, 2000).

Les résultats de la présente enquête concernant l'IMC chez les adolescents nous apparaissent encourageants. Sans distinction de nation ou de zone géographique, nous constatons que l'IMC moyen des adolescentes (23,2) et des adolescents (22,8) s'ins-

crit dans la zone d'un poids associé à la santé (Figure 19). D'autre part, l'IMC modal⁸ est de 21 chez les adolescentes et de 19 chez les adolescents ce qui suggère qu'une plus forte proportion d'adolescents a un poids santé.

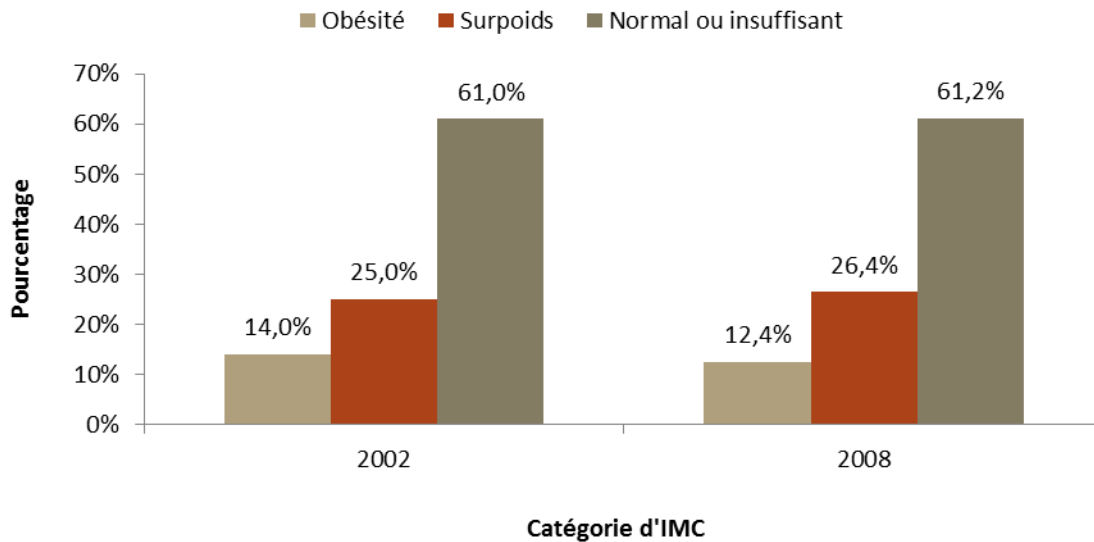
Figure 19 : IMC moyen et modal chez les adolescents (N=3 316)



Comparativement aux résultats de la précédente enquête régionale (CSSSPNQL, 2006), il est encourageant de constater que la proportion d'obésité semble avoir diminuée. Alors que la prévalence de l'obésité était, en 2002, chez les adolescents en général, de 14,0 %, elle était, en 2008, de 11,6 % chez les adolescents et de 13,4% chez les adolescentes (Figure 20). Cette baisse de la prévalence de l'obésité chez les adolescents en général est toutefois accompagnée d'une nette augmentation de la proportion de jeunes ayant un surpoids.

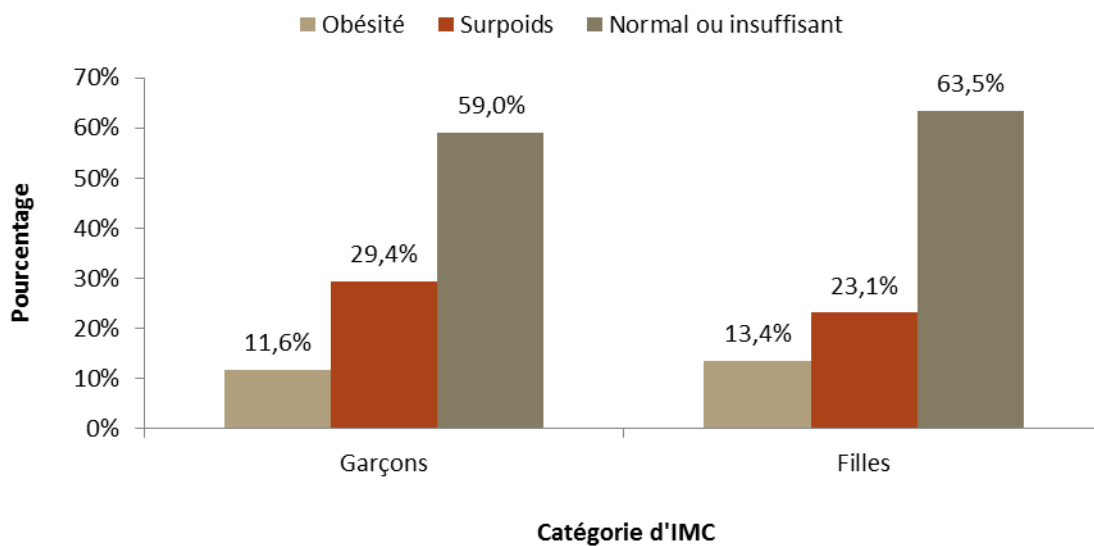
⁸ En analyse statistique, le mode désigne la valeur la plus représentée d'une variable.

Figure 20 : Répartition des adolescents selon les catégories d'IMC en 2002 (N=2 174) et 2008 (N=3 316)



Les adolescents (29,4 %), plus que les adolescentes (23,1 %) ont un IMC associé à un surpoids potentiellement pathogène. La proportion d'adolescents ayant un poids normal apparaît être demeuré, dans l'ensemble relativement stable depuis 2002. Les adolescentes (63,5 %) ont davantage un poids normal que les adolescents (59,0 %) (Figure 21).

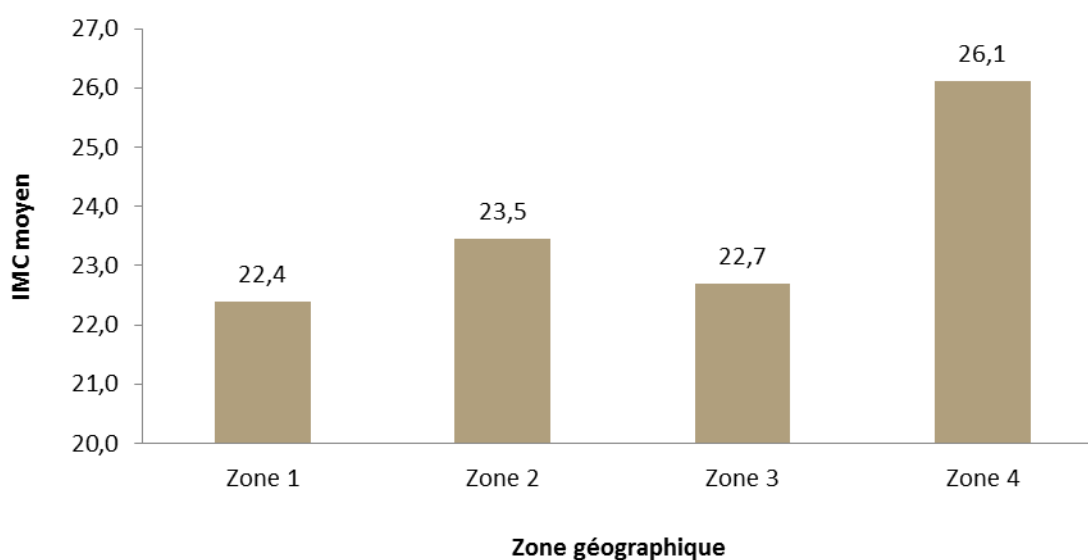
Figure 21 : Répartition des adolescents selon les catégories d'IMC par sexe (N=3 316)



Les constats faits lors de la précédente enquête régionale (ERS 2002) concernant la variation de l'IMC des adolescents en regard de la zone géographique sont à nouveau confirmés par l'enquête régionale de 2008. Il apparaît que le fait de vivre dans la zone 4 contribue à l'acquisition d'un poids associé à l'avènement de problèmes de santé. Nous constatons, en effet, que les adolescents vivant dans cette zone présentent un IMC moyen de 26,1 alors que l'IMC des jeunes vivants dans les zones 1, 2 et 3 se situe dans la « zone santé » (Figure 22).

Lors de la précédente enquête régionale, les adolescents vivant dans la zone 3⁹ étaient considérés comme à risque de développer un surpoids. Il apparaît, à la lueur des présentes données, que ce n'est plus le cas. En ce sens, nous pouvons considérer que des progrès ont été réalisés.

Figure 22 : IMC moyen chez les adolescents par zone géographique (N=3 154)



2.6 L'IMC chez les enfants

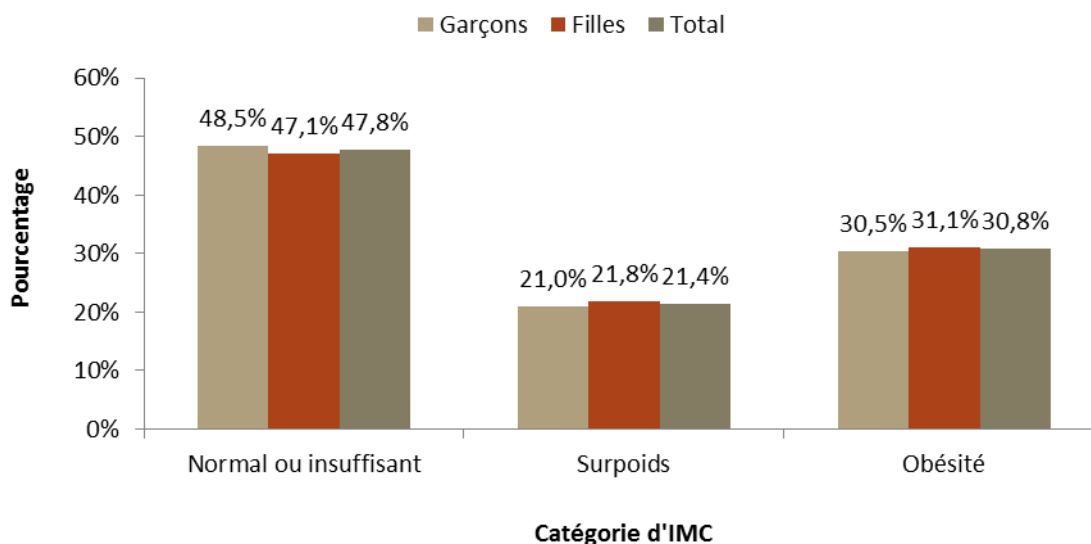
L'augmentation de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants est en hausse au Canada ainsi que dans le monde, tant chez les garçons que chez les filles, peu importe l'âge, la classe sociale, le groupe ethnique ou la race. Les données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1998-1999 révélaient que 19,0 % des enfants âgés de deux à onze ans souffraient d'embonpoint et 18,0 % d'obésité (Hejazi, Dahinten, Marshall, & Ratner, 2009). Les données de notre enquête nous offrent toutefois quelques lueurs d'espoir.

À la lumière des données recueillies lors de notre enquête, il ressort qu'un peu moins de la moitié des enfants des Premières Nations, soit 48,5 % chez les garçons et 47,1 % chez les filles, ont un poids santé. Ces données sont quelque peu alarmantes.

⁹ Rappelons qu'en raison de la petite taille de l'échantillon de la zone 3, les résultats concernant cette zone doivent être considérés avec prudence.

Nous devons nous inquiéter du fait que pratiquement deux enfant sur dix (21,0 % chez les garçons et 21,8 % chez les filles) présentent un surpoids et que 30,5 % des garçons et 31,1 % des filles sont obèses (Figure 23). L'embonpoint ainsi que l'obésité acquise lors de l'enfance constituent un risque sérieux d'hypothéquer la santé de ces jeunes pour le reste de leur vie. Un poids élevé à la naissance imposant des contraintes mécaniques aux voies respiratoires durant l'enfance constitue un des facteurs de risque associé à l'avènement de l'asthme chez les enfants (Sin et al., 2004). L'OMS estime que l'obésité de l'enfant augmente les risques de décès prématuré et d'incapacités à l'âge adulte. Mais, au-delà de ces risques futurs, l'obésité dans l'enfance peut entraîner un risque accru de fracture, d'hypertension artérielle, d'apparition des premiers marqueurs de maladie cardiovasculaire, de même qu'une résistance à l'insuline précurseur d'un diabète de type 2. Les enfants souffrant de surpoids ou d'obésité courent un risque élevé de demeurer obèses une fois adulte (Organisation mondiale de la Santé, 2012a).

Figure 23 : Catégories d'IMC chez les enfants, filles et garçons, des Premières Nations (N=6 288)



Les efforts visant à prévenir l'embonpoint et l'obésité dès l'enfance doivent être poursuivis et intensifiés. Ces efforts ont des répercussions positives sur la santé actuelle des enfants, mais également lors de leur vie adulte. Nombreuses sont les études qui établissent des liens étroits entre l'avènement de l'obésité chez les jeunes des Premières Nations et le manque d'activité physique, le manque de sommeil ainsi que de nombreuses heures d'écoute de la télévision. Les efforts investis auprès de la jeunesse auront des effets positifs sur l'ensemble des communautés, aujourd'hui et demain.

Le surplus de poids est une problématique qui ne concerne pas seulement les enfants des Premières Nations. Une étude réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (Lamontagne & Hamel, 2005) révèle à partir des plus récentes données anthropométriques mesurées à ce jour pour l'ensemble des enfants et adolescents québécois âgés de deux à dix-sept ans que plus d'un jeune Québécois sur cinq présente un surplus de poids. Plus spécifiquement, 15,5 % des enfants et adolescents sont en situation d'embonpoint, 7,1 % souffrent d'obésité. La proportion des jeunes Québécois touchés par le surplus

de poids se serait accrue de 55,0 % en 25 ans, passant de 14,6 % à 22,6 % entre 1978 et 2004. Cette étude met également en évidence que le faible statut socioéconomique du ménage dans lequel l'enfant évolue constitue une condition qui favorise le développement de l'embonpoint et de l'obésité (Lamontagne & Hamel, 2005).

2.7 L'obésité, une problématique complexe

Il est reconnu aujourd'hui que l'obésité est une pathologie plurifactorielle. Le sociologue Jean-Pierre Poulain (Poulain, 2011) estime que le rythme de croissance de la prévalence de l'obésité en plusieurs lieux de la planète est peu compatible avec les hypothèses voulant que le poids de la génétique soit prépondérant. Les spécialistes de l'obésité à travers le monde considèrent les facteurs environnementaux et comportementaux comme déterminants dans l'étiologie de l'obésité. Le professeur George Bray, chercheur reconnu internationalement pour ses travaux sur l'obésité et le diabète (Bray, 1996), écrit que « la génétique arme le coup et l'environnement appuie sur la gâchette. »

Si autrefois l'obésité était une marque de richesse dans les pays occidentaux (Vigarello, 2010), nous constatons, aujourd'hui, que les liens statistiques s'inversent. De plus en plus, les personnes obèses se retrouvent dans les couches populaires et au bas de l'échelle sociale (Poulain, 2009).

Les données de notre enquête concernant l'IMC apparaissent quelque peu inquiétantes, mais, du même coup, portent de nombreux indices encourageants. Nous devons nous inquiéter des hauts taux d'embonpoint et d'obésité qui prévalent dans la population adulte, chez les adolescents ainsi que chez les enfants. Cette persistante réalité pathogénique qui risque d'hypothéquer l'avenir de plusieurs membres des Premières Nations, ainsi que des communautés, commande un investissement renouvelé d'efforts afin d'infléchir la tendance à la hausse des taux d'obésité. Toutefois, il est encourageant de prendre acte des progrès réalisés tant chez les enfants que chez les adolescents qui constituent la vaste majorité des populations des communautés et donc, l'avenir.

Reading (2009) rapporte que les problèmes d'obésité dans les communautés des Premières Nations « de l'ensemble du pays sont liés à un mode de vie de plus en plus sédentaire, au manque d'exercice et à une mauvaise nutrition, et ces facteurs prédictifs devraient être mieux compris et ciblés afin de prévenir ces problèmes. Il est important d'intervenir sur ce plan, car la réduction de l'obésité chez les enfants aura probablement des répercussions positives sur leur santé plus tard au cours de leur vie » (Reading, 2009 : A-99).

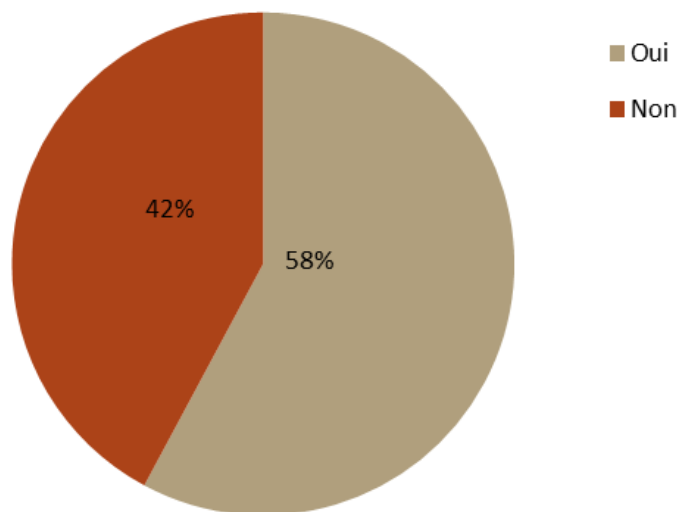
3. LES PROBLÈMES DE SANTÉ

En l'absence de registre spécifique à chaque maladie, la meilleure source pour connaître le nombre de personnes souffrant d'une maladie demeure l'enquête de santé.

3.1 Problèmes de santé chez les adultes

En 2002, 63,0 % des adultes des Premières Nations déclaraient souffrir de divers problèmes médicaux. En 2008, cette proportion était de 58,0 % (Figure 24).

Figure 24 : Proportion des adultes des Premières Nations déclarant au moins un problème de santé (N=18 411)



Le questionnaire de l'enquête proposait une liste de 27 problèmes médicaux pour lesquels les répondants devaient indiquer si, oui ou non, ils avaient reçu un diagnostic médical associé à l'une ou l'autre de ces problématiques de santé.

L'hypertension (22,9 %), le diabète (17,5 %) sous toutes ses formes, mais principalement de type 2, les allergies (13,6 %), les douleurs chroniques au dos (12,4 %), l'arthrite (11,8 %) et les problèmes d'estomac et intestinaux (11,3 %) figurent en tête de liste des problèmes de santé dont souffrent les adultes des Premières Nations (Tableau 1).

Tableau 1 : Problèmes médicaux dont souffrent les adultes des Premières Nations (N= 18 605)

Problèmes médicaux	Pourcentage
Hypertension (HTA)	22,9 %
Diabète - type 1 (1,5 %), type 2 (13,5 %), gestationnel (1,0 %) et type non précisé (1,5 %)	17,5 %
Allergie	13,6 %
Douleur chronique au dos	12,4 %
Arthrite	11,8 %
Problème d'estomac ou intestinal	11,3 %
Asthme	8,0 %
Problème thyroïdien	7,4 %
Problèmes d'audition	5,9 %
Rhumatisme	5,1 %
Cataracte	5,0 %
Cécité ou problème de vision	4,9 %
Problèmes cardiaques	4,6 %
Bronchite chronique	4,4 %
Troubles psychologiques ou nerveux	3,9 %
Ostéoporose	2,6 %
Cancer	2,3 %
Tuberculose	2,3 %
Difficulté d'apprentissage	2,0 %
Glaucome	1,9 %
Séquelles d'accident vasculaire cérébral (AVC)	1,6 %
Maladie du foie (sauf hépatite)	1,6 %
Épilepsie	1,4 %
Emphysème	1,3 %
Déficience cognitive ou mentale	1,0 %
Déficit d'attention	1,0 %
Hépatite	0,3 %
VIH-SIDA	0,0 %

Dans l'ensemble, ce sont davantage les femmes qui déclarent souffrir d'un ou de plusieurs problèmes de santé (Tableau 2). Les écarts significatifs défavorisant les femmes s'observent au niveau des problèmes de la glande thyroïde (+ 11,4 %, $p < 0,001$), des allergies (+ 7,5 %, $p < 0,001$) et de l'arthrite (+ 4,2 %, $p < 0,001$). L'hypertension et le diabète, affectent pratiquement autant les femmes que les hommes. De leur côté, les hommes sont davantage concernés par les douleurs dorsales chroniques (+ 4,7 %).

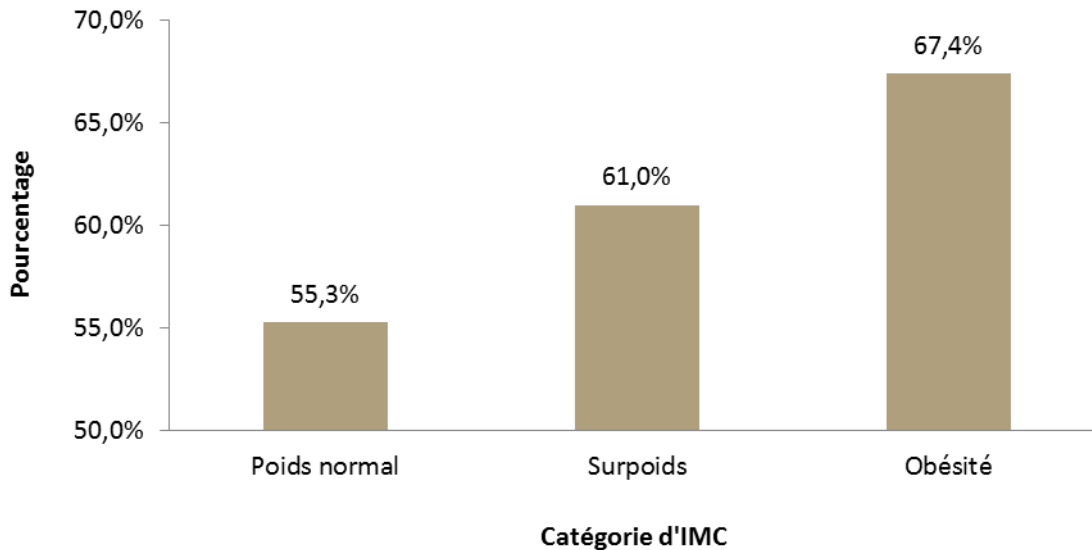
Tableau 2 : Proportion de femmes et d'hommes des Premières Nations atteints de divers problèmes médicaux (N= 18 605)

Problèmes médicaux	Femmes	Hommes	Écarts F vs H	Signification stat.
Hypertension artérielle (HTA)	22,8 %	23,1 %	-0,3 %	n.s.
Arthrite	13,9 %	9,7 %	4,2 %	$p < 0,001$
Diabète	16,9 %	18,0 %	-1,1 %	n.s.
Allergies	17,4 %	9,9 %	7,5 %	$p < 0,001$
Problèmes de thyroïde	13,2 %	1,8 %	11,4 %	$p < 0,001$
Douleur dorsale chronique	10,0 %	14,7 %	-4,7 %	n.s.
Problèmes intestinaux et d'estomac	9,6 %	12,9 %	-3,3 %	n.s.
Asthme	8,4 %	7,7 %	0,7 %	$p = 0,0598$
Cataractes	5,0 %	4,9 %	0,1 %	n.s.
Problèmes d'audition	5,9 %	5,8 %	0,1 %	$p = 0,0521$
Problèmes cardiaques	3,5 %	5,7 %	-2,2 %	$p = 0,0061$

n.s = Non significatif

Les adultes ayant un IMC correspondant à un poids normal courent moins de risque que les personnes obèses ($p = 0,042$) de se voir diagnostiquer un ou plusieurs problèmes de santé (Figure 25).

Figure 25 : Proportion des adultes des Premières Nations déclarant souffrir d'au moins un problème de santé en fonction de leur poids (N= 18 605)



3.1.1 Hypertension


On estime qu'une personne « souffre d'hypertension lorsque les valeurs de la pression artérielle sont constamment supérieures à 140/90 mmHg. Toutefois, si cette personne est atteinte de diabète ou de néphropathie chronique, on considère qu'elle souffre d'hypertension lorsque ces valeurs sont supérieures à 130/80 mmHg » (Agence de la santé publique du Canada, 2011).

L'hypertension est nettement en tête de liste et apparaît comme le problème de santé le plus souvent diagnostiqué chez les femmes et les hommes des Premières Nations. L'hypertension, considérée comme un problème de santé publique majeur, touche une fois et demie plus de membres des Premières Nations (22,9 %) que de Québécois (14,5 %). Un adulte sur quatre (26,0 %), âgé entre 35 à 54 ans, souffre d'hypertension. Chez les 65 ans et plus, la proportion double pour atteindre une personne sur deux (49,7 %).

Cette maladie qui affecte le système circulatoire est étroitement associée à l'apparition de maladies cardiovasculaires et a une réelle incidence sur la morbidité cardiovasculaire. Les risques d'accident vasculaire cérébral, de cardiopathie ischémique, de maladie vasculaire périphérique et d'insuffisance cardiaque augmentent de façon marquée chez les personnes souffrant d'hypertension (Agence de la santé publique du Canada, 2009).

3.1.2 Arthrite

Plus de 100 maladies et troubles rhumatismaux sont inclus dans le terme « arthrite ». Cette maladie affecte une ou plusieurs articulations et, en se développant, occasionne des douleurs, de l'œdème et des raideurs qui, souvent, entraînent



des incapacités. L'arthrite est l'une des principales causes d'invalidité et de recours aux soins de santé. Il est reconnu que les personnes souffrant d'une forme ou d'une autre d'arthrite évaluent souvent leur santé comme « passable » ou « mauvaise » (Agence de la santé publique du Canada, 2010). L'arthrite ainsi que les rhumatismes affectent les articulations par de l'inflammation et sont souvent accompagnés de douleurs aux articulations.

Plusieurs formes d'arthrite sont des maladies auto-immunes qui causent une inflammation chronique aux articulations ainsi qu'aux tissus autour des articulations et autres organes du corps. Les maladies auto-immunes apparaissent lorsque le système immunitaire attaque par erreur ses propres tissus. L'évolution de l'arthrite rhumatoïde peut engendrer la destruction des articulations et une importante incapacité fonctionnelle.

Une proportion de 11,8 % des adultes des Premières Nations ont déclaré souffrir d'arthrite tandis que chez les Québécois, cette proportion est de 14,0 %. Tout comme chez les Québécois et les Canadiens, ce sont davantage les femmes qui déclarent souffrir d'arthrite. Plus de quatre personnes âgées de 65 ans et plus sur dix ont déclaré souffrir d'arthrite.

En 2002-2003, on estimait que la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme chez les adultes des Premières Nations de 20 ans et plus habitant dans les communautés, était de 1,3 fois supérieure à celle de la population canadienne de 20 ans et plus. Plus de la moitié de ces personnes déclarèrent avoir suivi un traitement ou prendre une médication pour vivre avec cette maladie (Agence de la santé publique du Canada, 2010).

Considérant que les Premières Nations constituent de jeunes populations en forte croissance, il est à craindre que la prévalence de cette maladie invalidante soit appelée à augmenter.

3.1.3 Diabète

Au cours des dernières décennies, et plus particulièrement depuis la fin des années 1980, le diabète de type 2 est en progression constante et rapide chez les Premières Nations. Les données de la présente enquête confirment cette tendance à la hausse. La prévalence du diabète de type 2 a, depuis la dernière enquête, poursuivi sa désastreuse croissance. Chez les femmes la proportion s'est accrue d'un demi-point (0,5 %), passant de 16,4 % en 2002-2003 à 16,9 % en 2008. Depuis toujours il est noté que les femmes des Premières Nations sont davantage concernées par cette maladie. À la lumière des données de la présente enquête, il apparaît que les hommes des Premières Nations du Québec sont aujourd'hui plus touchés que les femmes par cette maladie. Depuis la dernière enquête, la prévalence du diabète de type 2 a fait, chez les hommes, un bond de 5,5 %, passant de 12,5 % en 2002 à 18,0 % en 2008¹⁰.

3.1.4 Maladies cardiaques

Les maladies cardiovasculaires regroupent des troubles variés, qui reposent sur une base commune : l'atteinte du cœur ou des vaisseaux sanguins. Parmi ces atteintes, nous comptons l'insuffisance cardiaque et l'infarctus du myocarde, la cause la

¹⁰ La problématique du diabète est abordée avec plus de précision dans le chapitre 12 de l'ERS 2008.

plus fréquente de décès dans les sociétés industrialisées. Il faut également compter les atteintes vasculaires, touchant la plupart des organes, mais principalement le cerveau, les reins, le cœur et les membres inférieurs (Daigle, 2006).

On reconnaît que les cardiopathies et autres pathologies associées à la sédentarité ou encore à une alimentation riche en gras et en sucre étaient, autrefois, rares chez les Premières Nations. Mais cela n'est plus le cas et ces pathologies sont, depuis plusieurs décennies, en forte croissance (Stout, Kipling, & Stout, 2001). Les données émanant d'enquêtes et recherches nous apprennent, que de 1981 à 1997, l'hospitalisation pour des maladies de l'appareil circulatoire a plus que doublé chez les Premières Nations de l'Ontario, ce qui permet de penser que ces maladies sont devenues, dans l'ensemble des Premières Nations une importante cause de morbidité (Reading, 2009). Cela est corroboré par les résultats de l'enquête nationale sur la santé des Premières Nations et des Inuit de 1997 (First Nations Centre, 2004) qui estimait que les maladies du cœur et l'hypertension étaient respectivement trois fois et 2,5 fois plus fréquentes chez les Premières Nations que dans la population canadienne en général (First Nations Centre, 2004). Dans la présente enquête, 4,6 % des adultes des Premières Nations ont déclaré souffrir d'un problème cardiaque (3,5 % chez les femmes et 5,7 % chez les hommes).

Les maladies cardiovasculaires sont responsables d'un plus grand nombre de décès que n'importe quelle autre maladie. Les facteurs de risques associés aux maladies cardiaques sont bien connus. L'obésité, le diabète, l'hypertension, le tabagisme, la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires sont autant de facteurs qui contribuent à l'avènement de cardiopathies.


L'addition de tous ces risques contribue de manière encore plus grande au développement d'une maladie cardiovasculaire (Daigle, 2006).

3.1.5 Problèmes de santé en regard de l'âge et du vieillissement

Sans surprise nous constatons que plus les adultes des Premières Nations avancent en âge, plus ils déclarent souffrir d'un ou de plusieurs problèmes de santé. Dès 55 ans, la proportion de personnes déclarant souffrir d'hypertension, d'arthrite, de cataracte, de diabète et de problèmes cardiaques est en forte hausse en comparaison aux groupes d'âge plus jeunes.

Bien que demeurant relativement petit le nombre de personnes âgées des Premières Nations a tout de même doublé entre 1996 et 2006. Au sein de la population, cette proportion a augmenté de 24,0 %. En 2006, les personnes âgées de 65 ans et plus ne représentaient que 5,0 % de la population des Premières Nations comparativement à 13,0 % de la population canadienne en général (Statistique Canada, 2008b). Considérant la structure de la pyramide démographique des Premières Nations, la proportion de personnes âgées ira sans cesse en s'accroissant au cours des prochaines années et décennies.

La population des Premières Nations est nettement plus jeune que la population canadienne et québécoise. En 2006, l'âge médian des Premières Nations du Canada était de 27 ans, comparativement à 40 ans pour les Canadiens en général, soit un écart de 13 ans (Statistique Canada, 2008b). Cela étant, il faut prendre acte de l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées dans les communautés. Les données des recensements de 2001 et de 2006 nous font constater que les strates les plus âgées de la population des Premières Nations du Québec progressent beaucoup plus rapidement que les



strates correspondantes aux plus jeunes âges. De 2001 à 2006, le groupe des zéro à quatorze ans a augmenté de 19,2 % et celui des 15 à 24 ans de 41,9 %. Au cours de la même période le groupe des 55 à 64 ans s'est accru de 88,0 % et celui des 65 ans et plus, de 69,3 %.

Il est dans l'ordre des choses que le vieillissement altère peu à peu divers aspects de la santé. Le processus de sénescence physiologique (vieillesse naturelle) touche, avec le temps, tous les tissus et organes, notamment les systèmes sensoriels (ouïe, vue), le système locomoteur et le système immunologique (baisse de la résistance contre les infections). Avec l'âge, on observe une augmentation de la fréquence de certains cancers et des maladies cardiovasculaires (Tabiana, 2002). En vieillissant, une personne risque davantage de souffrir d'au moins une affection chronique en parvenant au statut de personne âgée ou d'aîné. On estime qu'au Canada, les personnes de 85 ans et plus sont davantage susceptibles de souffrir d'au moins trois affections chroniques que les personnes âgées de 65 à 74 ans (36,0 % par rapport à 20,0 %) (Turcotte & Schellenberg, 2006).

L'avènement des affections chroniques a, inévitablement, des impacts sur la santé globale de la population et sur l'utilisation des ressources de soins de santé. L'auto-évaluation d'un mauvais état de santé témoigne de l'effet négatif des affections chroniques sur les patients (Institut canadien d'information sur la santé, 2011).

Le professeur et chercheur américain Nortin M. Hadler (2010) estime que la constitution des êtres humains devrait, en principe, permettre à tous de vivre en relative bonne santé jusqu'à l'âge de 85 ans. Pour ce chercheur, il ne fait aucun doute que le principal facteur de risque associé à l'avènement de diverses maladies chroniques qui perturbent la santé des personnes cheminant vers le grand âge est le fait de vivre dans des conditions socioéconomiques défavorables. L'association entre le statut socioéconomique (SSE) et la longévité est incontestable. « La longévité dépend plus de la pauvreté qu'on subit à l'intérieur de l'écosystème dans lequel on vit » (Hadler, 2010 p.14). L'OMS va tout à fait dans le même sens en affirmant que « les énormes différences d'état de santé et d'espérance de vie entre les peuples du monde reflètent le déséquilibre de pouvoir et de prospérité entre les nations » (OMS, 2008 p. 26).

À la lueur des propos de Hadler, il est déconcertant de constater que l'OMS estime que, malgré des améliorations notables, l'espérance de vie à la naissance chez les Premières Nations demeure nettement en deçà de celle des Canadiens en général. En 2000, l'espérance de vie à la naissance des Premières Nations avait atteint 68,9 années pour les hommes et 76,6 années pour les femmes, une augmentation de 13,1 % et de 12,6 %, respectivement, par rapport à 1980. De leur côté, les hommes canadiens pouvaient espérer vivre neuf années de plus et les femmes canadiennes cinq ans de plus. Cette espérance de vie des membres des Premières Nations du Canada était comparable à celles des citoyens des Philippines ou d'El Salvador (OMS, Indicateurs de santé 2007 cité dans Université d'Ottawa, 2011).

En 2017, Statistique Canada prévoit que l'espérance de vie des hommes des Premières Nations sera de 73 ans soit de six ans inférieur à celle des Canadiens. De leur côté, les femmes des Premières Nations pourront espérer vivre jusqu'à 78 ans tandis que les Canadiennes pourront espérer atteindre 83 ans (Statistique Canada, 2010).

Puisque l'espérance de vie des membres des Premières Nations continue d'augmenter et que, d'autre part, les maladies chroniques ont pris le pas sur les maladies transmissibles, la santé et le bien-être des adultes et des aînés joueront un rôle encore plus important dans le profil de la santé des Premières Nations (Reading, 2009).

Les principales maladies que l'on classe sous le vocable « chronique » sont les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs malignes, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives, les maladies du système ostéo-articulaire et des muscles auxquelles s'ajoutent les maladies dégénératives du système nerveux et l'obésité. Ces maladies se caractérisent par une origine non contagieuse, par le cumul et l'interaction, tout au long de la vie des individus, d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque, par une longue période de latence, par des dérangements fonctionnels ou des incapacités et, souvent, par l'incurabilité (MSSS, 2003).

Rapidement, en avançant en âge, les adultes des Premières Nations courent des risques de plus en plus grands de recevoir un diagnostic de maladie chronique (Tableau 3). Chez les 35 à 54 ans la prévalence de l'hypertension (26,0 %) est plus de six fois supérieure à ce qu'elle est chez les 18 à 34 ans (4,1 %). Chez les 55 à 64 ans, la prévalence de l'hypertension (45,2 %) est multipliée par 11 comparativement à celle des 18 à 34 ans et par 12,1 chez les 65 ans et plus (49,7 %). Un aîné des Premières Nations sur deux est donc porteur d'un diagnostic d'hypertension.

La progression rapide de la prévalence des problèmes cardiaques dans les différents groupes d'âge est aussi préoccupante. De 0,5 % qu'elle est chez les 18 à 34 ans, elle est multipliée par 4,6 chez les 35 à 54 ans (2,3 %), de 23,4 chez les 55 à 64 ans (11,7 %) et de 42,6 fois chez les 65 ans et plus (21,3 %). Plus d'un aîné sur cinq souffre d'un problème cardiaque. Au Québec, en 2003, la prévalence des maladies cardiaques chez les 55 à 64 ans était de 8,8 % et de 19,4 % chez les 65 ans et plus (Daigle, 2006). Considérant l'accroissement rapide de la population des Premières Nations et qu'aujourd'hui, plus d'un tiers de la population est âgée de 25 à 54 ans, nous devons craindre l'accroissement du nombre d'adultes porteurs de maladies cardiaques. Cette éventuelle augmentation aura des incidences majeures sur la qualité de vie des populations ainsi que sur les services de santé.

Tableau 3 : Proportion d'adultes atteints de divers problèmes de santé selon le groupe d'âge (N=18 605)

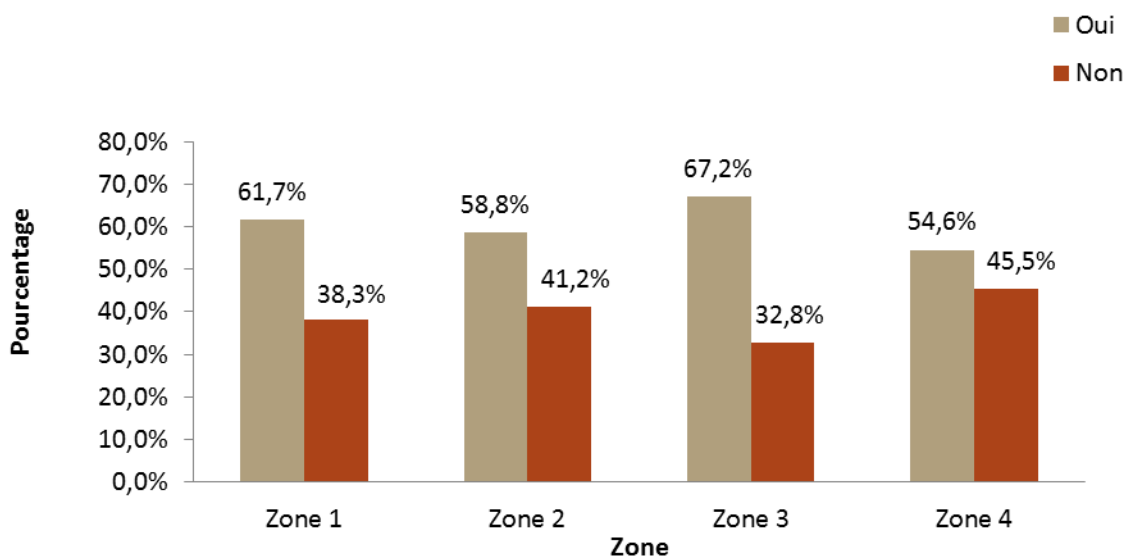
Problèmes de santé	Groupe d'âge			
	18-34	35-54	55-64	65 et plus
Hypertension	4,1 %	26,0 %	45,2 %	49,7 %
Arthrite	1,9 %	9,4 %	26,4 %	40,4 %
Cataracte	0,8 %	2,3 %	8,2 %	28,6 %
Diabète	5,4 %	18,7 %	31,9 %	37,7 %
Problèmes cardiaques	0,5 %	2,3 %	11,7 %	21,3 %
Douleur dorsale chronique	7,9 %	13,1 %	15,3 %	22,1 %
Problèmes intestinaux et d'estomac	6,4 %	13,3 %	14,3 %	15,7 %
Asthme	7,6 %	5,8 %	13,7 %	12,7 %
Allergies	11,6 %	14,3 %	15,9 %	14,5 %
Problèmes de la glande thyroïde	5,5 %	7,2 %	10,6 %	11,3 %

3.1.6 Problèmes de santé et zones géographiques

Les résultats obtenus à la question visant à connaître dans quelle mesure les adultes des Premières Nations souffrent ou non de problèmes de santé diagnostiqués par un médecin révèlent des écarts significatifs entre les quatre zones géographiques.

Dans les quatre zones géographiques, ce sont aujourd'hui plus de 50 % des adultes qui déclarent souffrir d'un ou de plusieurs problèmes de santé. Nous remarquons que, d'une zone à l'autre, la proportion des adultes qui déclarent souffrir d'au moins un problème de santé varie de façon significative ($p < 0,05$). Dans les zones 1 (61,7 %) et 3 (67,2 %), plus ou moins les deux tiers des adultes déclarent souffrir d'un problème de santé. Dans la zone 2, la proportion est de 58,8 %. Le plus bas taux d'adultes déclarant souffrir d'un problème de santé se trouve dans la zone 4 (54,6 %) (Figure 26). Paradoxalement, c'est dans cette zone que les adultes évaluent le plus négativement leur santé et que nous trouvons les taux d'obésité les plus élevés.

Figure 26 : Proportion d'adultes des Premières Nations déclarant un problème de santé par zone (N= 18 645)



Ces résultats illustrent que l'idée que se fait une personne de sa santé ne reflète pas pour autant son état de santé physique. Nous savons que les personnes ne présentant aucun problème de santé ne jugent pas nécessairement leur santé excellente. Bien que les évaluations négatives de la santé soient surtout liées à l'existence de problèmes de santé physique, les évaluations positives reflètent pour leur part, davantage une vision globale de la santé.

Comme nous le constatons dans le Tableau 4, l'hypertension se démarque nettement comme problème de santé le plus souvent diagnostiqué, et cela dans toutes les zones. Toutefois, les adultes vivant dans la zone 1 semblent davantage souffrir d'hypertension que ceux vivants dans les trois autres zones. Il y a trois fois plus d'adultes de la zone 1 (26,1 %) que de la

zone 3 (8,6 %) qui déclarent avoir reçu un diagnostic d'hypertension¹¹. Comment peut-on expliquer ces écarts? Peuvent-ils s'expliquer par des facteurs pathogéniques ou environnementaux ou serait-ce le fait d'un plus grand ou d'un moindre dépistage d'une zone à l'autre? Cette variation entre différentes zones s'observe également dans la population québécoise. En 2006-2007, 16,7 % des adultes de la région de la capitale nationale avaient un problème d'hypertension alors que dans la région de la Côte-Nord la proportion était de 22,0 %, de 23,9 % en Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine et de 15,3 % dans la région de Montréal (Ministère de la santé et des services sociaux, 2011). Plusieurs facteurs peuvent contribuer à ces variations entre zones et, nous le verrons plus loin, entre nations. Considérant les données du Québec, nous pouvons présumer que la proximité ou non des services ne peut, à elle seule, expliquer les écarts notés entre les différentes zones.

Les adultes vivant dans la zone 2 sont ceux qui, pour la plupart des problèmes de santé pris en compte (Tableau 4), apparaissent recevoir, dans les plus fortes proportions, des diagnostics.

Tableau 4 : Principaux problèmes de santé dont souffrent les adultes des Premières Nations par zone géographique (N=18 644)

Problèmes de santé	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Hypertension	26,1 %	16,1 %	8,6 %	18,8 %
Arthrite	13,0 %	10,6 %	4,2 %	10,5 %
Allergies	15,0 %	14,7 %	5,4 %	12,4 %
Douleur dorsale chronique	10,8 %	21,7 %	4,1 %	18,1 %
Problèmes intestinaux et de l'estomac	11,4 %	14,5 %	7,7 %	10,1 %
Asthme	9,0 %	6,9 %	2,1 %	8,4 %
Problèmes d'audition	6,5 %	8,2 %	2,4 %	5,2 %
Cataracte	5,5 %	6,8 %	3,2 %	4,0 %
Problèmes cardiaques	5,5 %	7,3 %	3,8 %	2,5 %
Problème de la glande thyroïde	7,3 %	8,5 %	4,6 %	6,0 %

3.1.7 Nations et problèmes de santé

La prévalence des problèmes de santé varie considérablement d'une nation à l'autre. Le tableau 5 présente les principaux problèmes de santé prévalant chez les adultes en regard de leur appartenance à une nation ou à une autre. Nous avons établi un classement en prenant comme point de départ le problème de santé le plus prévalent. Il s'agit de l'hypertension qui est présente chez 46,2 % des adultes de la nation mohawk et chez 34,2 % des adultes de la nation huronne-wendat. À l'autre

¹¹ Rappelons qu'en raison de la petite taille de l'échantillon de la zone 3 les résultats concernant cette zone doivent être considérés avec prudence.

bout du spectre, la nation atikamekw affiche le plus bas taux d'hypertension chez les adultes soit 11,0 %. Nous pouvons, de ce fait, considérer que quatre fois plus d'adultes mohawks souffrent d'hypertension que d'adultes atikamekw.

Aucune nation ne se démarque quant au bas taux. Les adultes mohawks présentent le plus bas taux de problèmes cardiaques (1,6 %), les adultes abénakis le plus bas taux de problèmes de thyroïde (2,7 %) et de diabète (3,4 %), les adultes mi'gmaq les plus bas taux de problèmes intestinaux et d'estomac (3,8 %) et d'allergies (9,3 %), les adultes hurons-wendat les plus bas taux de cataracte (1,0 %) et de problèmes d'audition (4,2 %), les adultes algonquins le plus bas taux de douleur dorsale (9,1 %) et, finalement, les adultes atikamekw les plus bas taux d'hypertension artérielle (11,0 %), d'arthrite (7,1%) et d'asthme (4,4 %).

À lui seul, ce tableau oblige à nuancer notre propension à englober tous les membres des Premières Nations dans une seule et même grande catégorie. Cet exercice de globalisation demeure nécessaire et important pour révéler les écarts de santé qui, dans l'ensemble, prévalent et persistent entre l'ensemble des Premières Nations et les Canadiens et Québécois. Par contre, nous ne devons pas perdre de vue que des écarts importants existent au sein même des Premières Nations. Toutefois, la compréhension des mécanismes sous-tendant ces écarts nous échappe dans le contexte d'une approche exagérément inclusive. Cette compréhension passe par la prise en compte de multiples variables qui vont au-delà de strictes considérations biologiques. L'environnement, le statut socioéconomique, la culture et l'histoire dans ses dimensions nationales et locales constituent autant de variables pouvant contribuer à expliquer les écarts existants entre les différentes régions et nations.

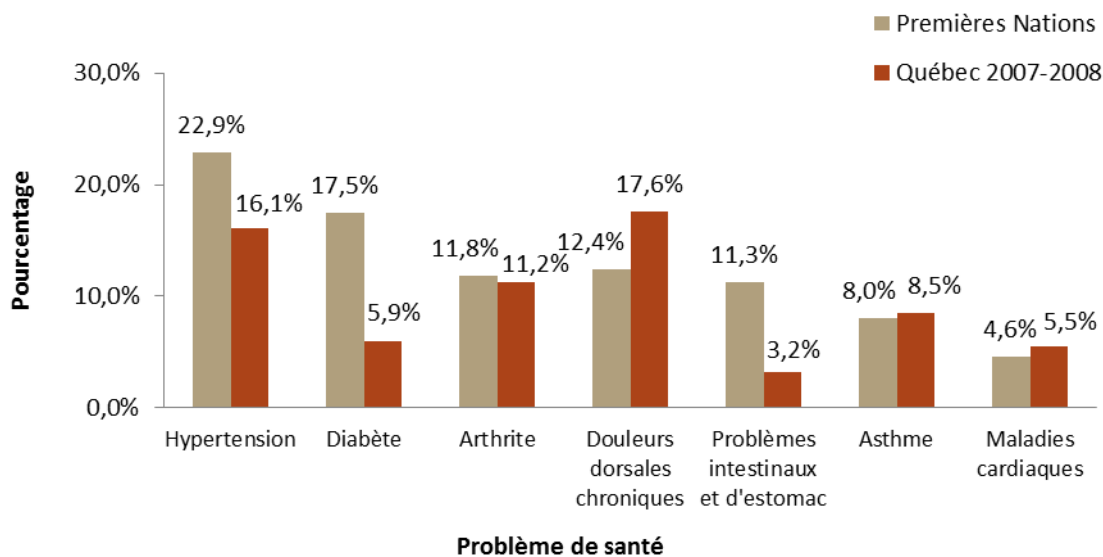
Tableau 5 : Principaux problèmes de santé dont souffrent les adultes des Premières Nations par nation (N=18 605)

Problème de santé	Nations							
	Atikamekw	Mi'gmaq	Mohawks	Innus	Naskapis	Abénakis	Algonquins	Hurons-Wendat
Hypertension	33,1 %	46,2 %	32,0 %	30,0 %	34,2 %	23,8 %	20,1 %	11,0 %
Douleurs dorsales chroniques	40,2 %	11,6 %	12,1 %	12,8 %	16,0 %	9,1 %	10,7 %	15,8 %
Diabète	30,9 %	19,4 %	3,4 %	8,5 %	8,4 %	20,2 %	19,7 %	15,9 %
Arthrite	16,1 %	33,0 %	15,4 %	24,6 %	9,3 %	12,4 %	7,4 %	7,1 %
Problèmes intestinaux et d'estomac	16,0 %	7,9 %	9,4 %	3,8 %	9,8 %	11,4 %	12,2 %	14,3 %
Cataracte	8,7 %	6,0 %	18,8 %	3,5 %	1,0 %	4,4 %	5,1 %	5,5 %
Problèmes d'audition	9,0 %	13,4 %	20,0 %	4,5 %	4,2 %	5,5 %	5,1 %	5,3 %
Asthme	14,3 %	6,8 %	9,0 %	8,4 %	12,1 %	8,4 %	8,5 %	4,4 %
Problèmes cardiaques	5,2 %	1,6 %	14,4 %	6,3 %	9,6 %	5,0 %	3,7 %	3,9 %
Problèmes de la glande thyroïde	9,3 %	13,9 %	2,7 %	3,0 %	13,4 %	7,2 %	6,6 %	7,9 %
Allergies	27,2 %	9,7 %	18,1 %	9,3 %	23,6 %	18,7 %	11,9 %	10,3 %

3.1.8 Problèmes de santé en comparaison avec le Québec

À l'exception des douleurs chroniques au dos, de l'asthme et des problèmes cardiaques, les adultes des Premières Nations sont davantage que les Québécois affectés par les problèmes de santé tels que l'hypertension, le diabète, l'arthrite et les problèmes intestinaux et d'estomac (Ministère de la santé et des services sociaux, 2011) (Figure 27). Si des progrès ont, heureusement, été accomplis au cours des dernières décennies, nous devons prendre acte que les écarts de santé prévalant entre les populations des Premières Nations en général et la population québécoise, dans son ensemble, demeurent importants.

Figure 27 : Prévalence de différents problèmes de santé chez les Premières Nations du Québec (N=18 915) et chez les Québécois



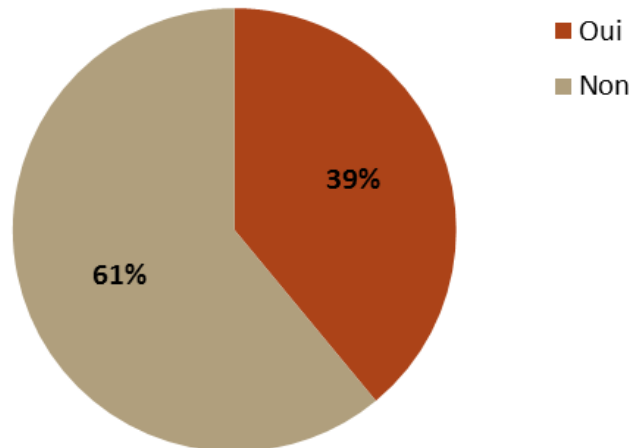
3.2 Problèmes de santé chez les enfants

Le Plan directeur des Premières Nations fait de la santé des enfants une priorité. Il y est affirmé que l'inaction envers la dégradation de la santé des enfants est catastrophique pour l'avenir des peuples des Premières Nations, tant du point de vue humain, social, culturel, politique, spirituel qu'économique.

Lorsque nous demandons aux parents d'indiquer si, oui ou non, leurs enfants souffrent d'un ou de plusieurs problèmes de santé diagnostiqués par un professionnel de la santé nous apprenons que plus d'un enfant sur trois (39,0 %) des Premières Nations est porteur d'au moins un diagnostic (Figure 28).

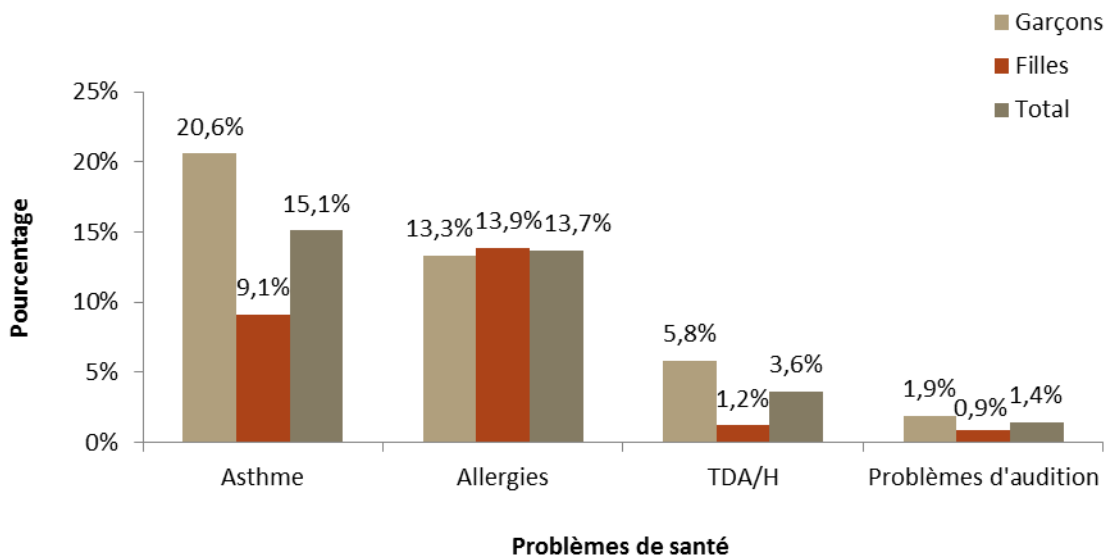
¹² Nous avons établi ces correspondances en prenant en compte les données publiées dans le rapport intitulé *Pour guider l'action. Portrait de santé du Québec et de ses régions. Les statistiques* (Ministère de la santé et des services sociaux, 2011). Considérant les données disponibles nous n'avons pu établir de comparaison avec l'ensemble des problèmes de santé documentés lors de notre enquête.

Figure 28 : Proportion des enfants des Premières Nations ayant au moins un problème de santé (N=6 288)



L'asthme et les allergies ressortent comme les problèmes de santé les plus fréquemment diagnostiqués chez les enfants (Figure 29). Deux fois plus de garçons (20,6 %) que de filles (9,1 %) des Premières Nations doivent composer, au quotidien, avec l'asthme. L'épidémiologie reconnaît toutefois que l'incidence de l'asthme est plus élevée au cours des premières années de vie et elle se manifeste plus précocement chez les garçons que chez les filles. On estime qu'avant l'âge de 14 ans, la prévalence de l'asthme est presque deux fois plus importante chez les garçons que chez les filles (Dutau, Fejji, Juchet, Rance, & Brémont, 1994) (Bateman et al., 2008). Par contre, tant les filles (13,9 %) que les garçons (13,3 %) souffrent d'allergies diverses.

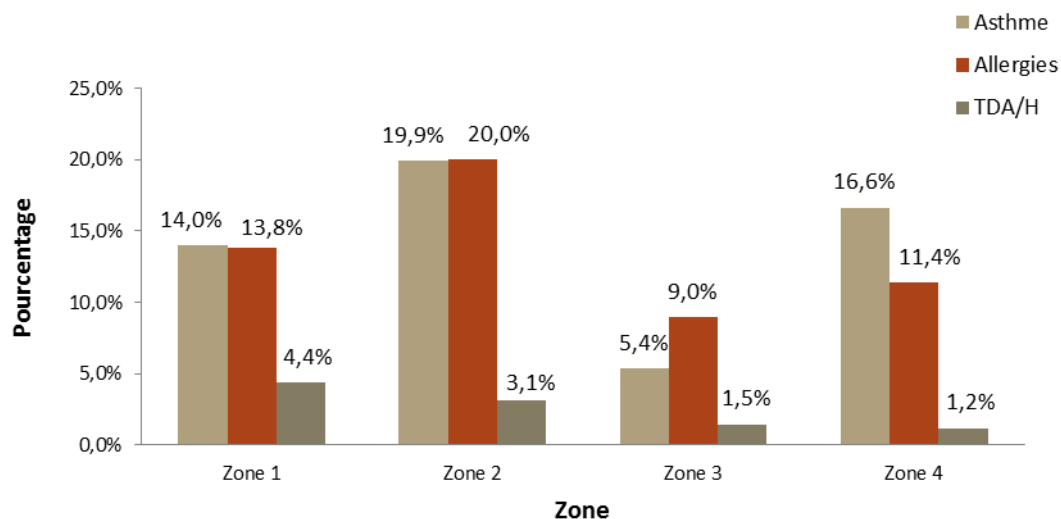
Figure 29 : Problèmes de santé chez les enfants des Premières Nations (N=6 237)



Nous ne disposons pas de données récentes permettant de comparer la situation des enfants des Premières Nations avec celle des enfants québécois. Les données de l'enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois menée en 1999 permettent toutefois d'estimer que les enfants des Premières Nations sont davantage susceptibles de souffrir d'asthme que ceux du Québec. En 1999, selon l'âge, 14,0 % à 15,0 % des enfants et des adolescents du Québec souffraient ou avaient souffert d'asthme (Aubin & ISQ, 2002).

Les enfants des zones 1 et 2 apparaissent nettement plus à risque que les enfants de la zone 3, de souffrir d'asthme ou d'allergies et, dans une moindre mesure, de trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) (Figure 30)¹³. Les enfants vivant dans la zone 4 apparaissent également plus à risque que ceux de la zone 3 de souffrir d'asthme ou d'allergies.

Figure 30 : Problèmes de santé chez les enfants des Premières Nations par zone (N=6 288)




3.2.1 L'asthme

L'asthme est une maladie chronique des bronches qui affecte les voies de passage de l'air tant à l'inspiration qu'à l'expiration. La gravité et la fréquence de cette pathologie varient d'une personne à l'autre. L'asthme se caractérise par des crises récurrentes où la personne éprouve des difficultés respiratoires. Les personnes atteintes d'asthme présentent généralement l'un ou plusieurs des symptômes suivants : respiration sifflante, oppression thoracique et toux (L'association pulmonaire, 2011).

La vulnérabilité des enfants aux risques environnementaux est généralement plus grande que celle des adultes. Pendant la période de croissance et de développement, les systèmes des enfants sont plus susceptibles d'être affectés que ceux des adultes, qui sont déjà complètement formés. À travers le monde, la prévalence et la gravité de l'asthme infantile sont à la hausse, surtout chez les enfants de moins de cinq ans (Woolcock & Peat, 1997).

¹³ Les données relatives à la zone 3 doivent toutefois être considérées avec circonspection en raison du biais d'échantillonnage préalablement expliqué.



Le tabagisme chez les femmes enceintes est étroitement associé à l'asthme chez les nourrissons ainsi que chez les jeunes enfants. On estime que les risques de souffrir d'asthme sont deux fois plus élevés chez les enfants dont la mère fume plus de 10 cigarettes par jour. L'exposition à la fumée secondaire contribuerait significativement à l'accroissement des symptômes asthmatiques (Santé Canada 2005).

Jeff Reading (2009) rapporte que les perspectives concernant cette maladie sont peu réjouissantes chez les Premières Nations. Tout comme plusieurs autres maladies, l'asthme n'affectait pas les Premières Nations par le passé. Depuis quelques décennies la prévalence croissante de l'asthme au sein des communautés démontre que les Premières Nations, et particulièrement les jeunes, deviennent très vulnérables à cette pathologie qui affecte le système respiratoire (Downs, Marks, Belosouva, & Peat, 2001; Sin, 2002). De récentes études réalisées auprès des Premières Nations du Canada et des États Unis ont fait la démonstration que de larges segments de ces populations souffrent beaucoup de l'asthme (Lewis et coll., 2004; Liu et coll., 2000; Sin et coll., 2002).

Les plus importants facteurs de risques associés à l'émergence de l'asthme est l'exposition à l'inhalation de substances et de particules dans l'environnement, susceptibles de provoquer des réactions allergiques ou d'irriter les voies respiratoires. Ces substances et particules sont de plusieurs natures. Parmi celles-ci nous comptons les allergènes comme les acariens dans la literie, les tapis et les meubles rembourrés, les moisissures, les polluants et les squames des animaux de compagnie qui se trouvent particulièrement dans les résidences, les allergènes extérieurs comme les pollens, la fumée de cigarette, les produits chimiques irritants sur les lieux de travail et, finalement, la pollution de l'air (Organisation mondiale de la Santé, 2011). En plus de la fumée de tabac, la qualité de l'air intérieur des maisons contribue à accroître la prévalence des allergies et de l'asthme (Canadian Institute for Health Information, Canadian Lung Association, Health Canada, & Statistics Canada, 2001).

Malheureusement, comme le rapporte l'Assemblée des Premières Nations (2008), les citoyens des Premières Nations sont quatre fois plus susceptibles d'habiter dans une maison nécessitant d'importantes réparations et sont cinq fois plus susceptibles de vivre dans une maison surpeuplée. Il est indéniable que l'état lamentable des logements et le surpeuplement peuvent contribuer à l'avènement de problèmes de santé tel l'asthme (Assemblée des Premières Nations, 2008).

Comme nous l'apprenons dans le chapitre portant sur le logement dans les communautés des Premières Nations, la présente enquête régionale sur la santé montre que la proportion de personnes vivant dans un logement surpeuplé est, en 2008 (8,8 %), demeurée à peu près inchangée à ce qu'elle était en 2002 (9,4 %). Il est également noté que le nombre moyen de personnes par ménage a augmenté de 0,1 entre 2002 et 2008, ce qui est suffisant pour augmenter le risque de survenue de cas de tuberculose dans une communauté. En 2008, la proportion de personnes vivant dans un logement nécessitant des réparations majeures est passée de 24,7 % en 2002 à 27,5 %.

En regard de la présence de moisissures dans les logements des communautés, la situation est demeurée la même qu'en 2002. Plus d'un tiers (34,4 %) des logements dans les communautés présentent des traces de moisissures qui risquent d'avoir une incidence sur la santé des résidents et particulièrement sur celle des enfants. La présente enquête régionale sur la santé révèle que la proportion de personnes atteintes d'asthme, d'allergies et de tuberculose est plus élevée dans les logements présentant des traces de moisissures.

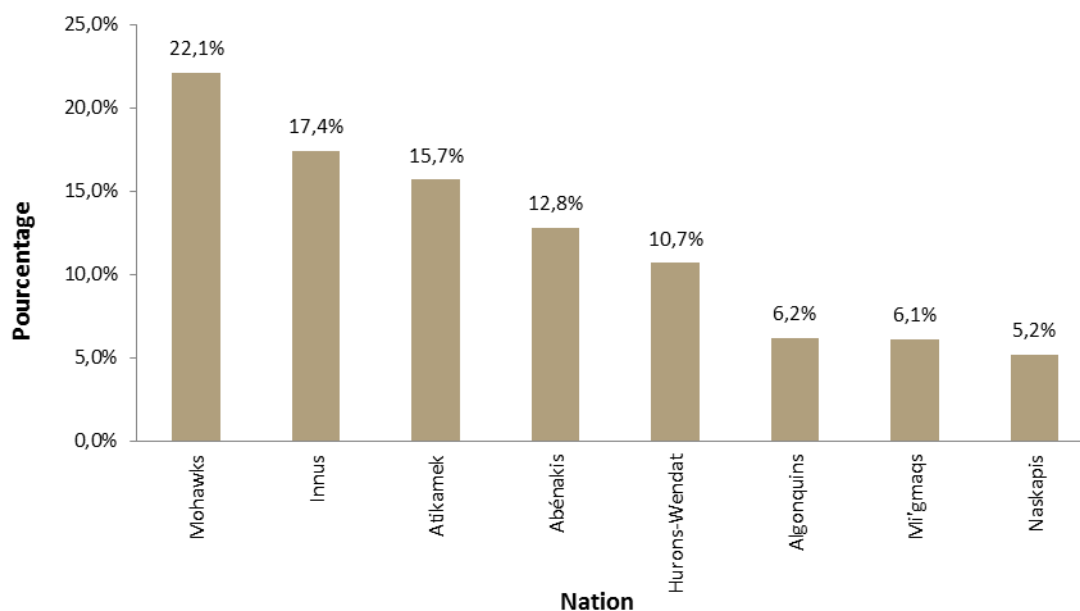
3.2.2 Les allergies

Les allergies non alimentaires résultent d'une réaction excessive du système immunitaire à une substance généralement inoffensive nommée allergène. Les acariens, le pollen, les squames et les poils d'animaux, la moisissure, les médicaments, les piqûres d'insectes, les cosmétiques, les produits d'entretien et de latex ainsi que les allergies alimentaires comptent parmi les allergènes les plus connus (Canuel & Bélanger, 2012). Pour leur part, les allergies alimentaires résultent d'une sensibilité provoquée par une réaction du système immunitaire à une protéine particulière se trouvant dans un aliment (Santé Canada, 2011).

Il est reconnu que les moisissures dans les maisons peuvent jouer un rôle dans le développement de l'asthme, mais elles peuvent également causer des allergies, de l'irritation des yeux et de la gorge, des otites moyennes (Centre des Premières Nations, 2005; O'Neil, John, 2000). Le fait de résider dans des maisons humides favoriserait la croissance des agents pathogènes tels que les moisissures, les acariens, les virus et les bactéries de toutes sortes qui sont à l'origine des allergies tout comme de l'asthme. O'Neil a mis en évidence que les enfants des Premières Nations sont particulièrement à risque pour une variété d'allergies et de problèmes respiratoires lorsque ceux-ci demeurent dans des maisons humides avec des niveaux élevés de moisissure et d'acariens (O'Neil, John, 2000).

Les enfants appartenant à différentes nations ne courent pas de risque équivalant d'être affectés par des problèmes d'allergies. Il apparaît qu'un enfant de la nation mohawk court quatre fois plus de risque de développer une allergie qu'un enfant de la nation naskapie (Figure 31). Moins de 10,0 % des enfants naskapis (5,2 %), mi'gmaq (6,1 %) et algonquins (6,2 %) portent un diagnostic d'allergie. Entre 10,0 % et 20,0 % des enfants hurons-wendat (10,7 %), abénakis (12,8 %), atikamekw (15,7 %) et innus (17,4 %) ont une allergie. Finalement, 22,1 % des enfants mohawks souffrent d'une allergie.

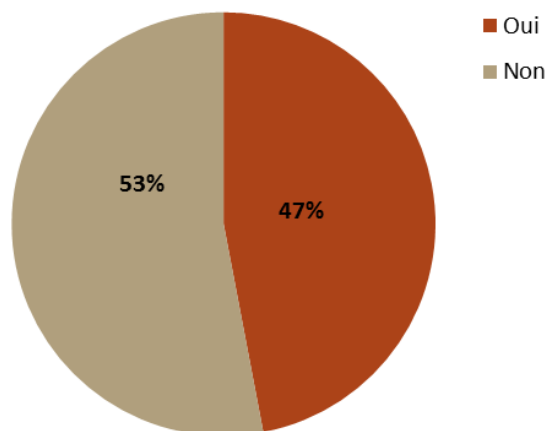
Figure 31 : Prévalence des allergies chez les enfants par nation (N=6 288)



3.3 Problèmes de santé chez les adolescents

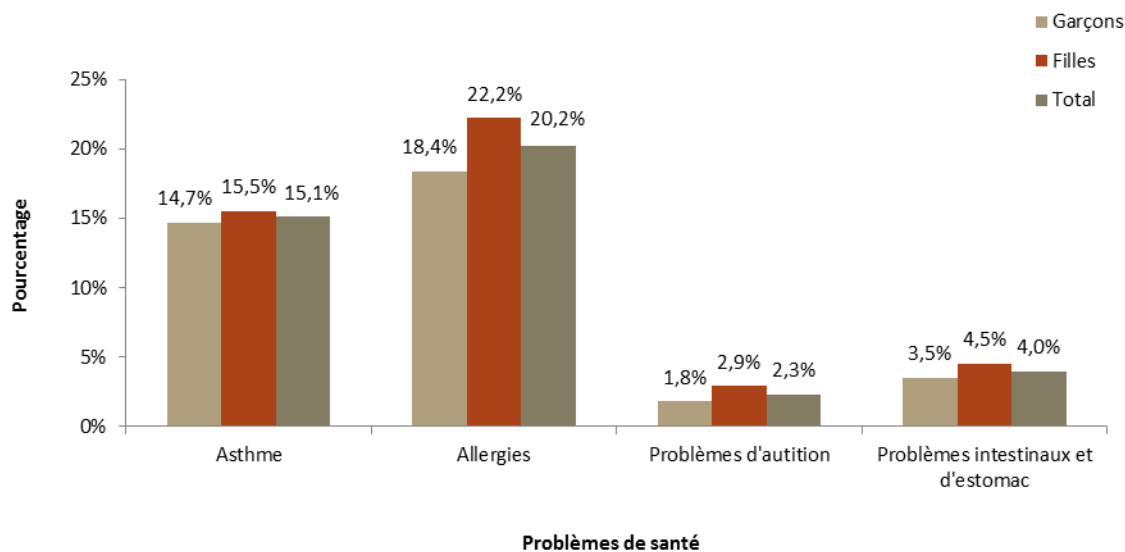
Pratiquement un adolescent sur deux (47,0 %) déclare souffrir d'un problème de santé diagnostiqué par un professionnel de la santé (Figure 32).

Figure 32 : Proportion des adolescents des Premières Nations déclarant au moins un problème de santé diagnostiqué (N=3 661)



Tout comme chez les enfants, l'asthme et les allergies sont en tête de liste des problèmes de santé diagnostqués tant chez les garçons que les filles¹⁴ (Figure 33).

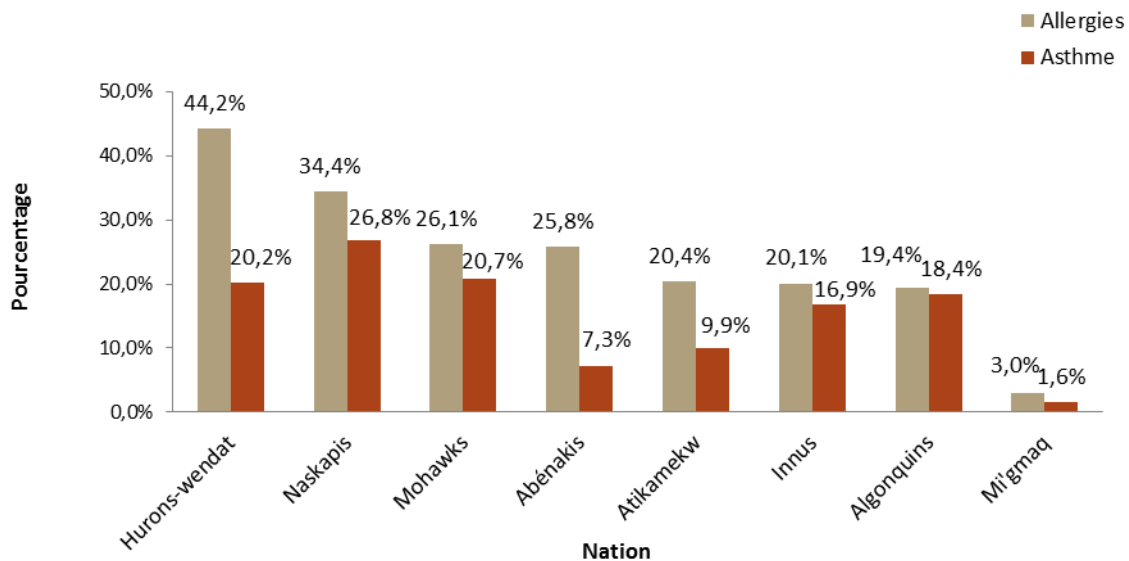
Figure 33 : Principaux problèmes de santé prévalant chez les adolescents des Premières Nations (N=3 661)



¹⁴ Les taux de 14,7 % pour les garçons et de 15,5 % pour les filles qui se répètent au niveau de l'asthme et des allergies ne relèvent pas d'une erreur.

La prévalence des allergies et de l’asthme chez les adolescents varie considérablement d’une nation à l’autre et présente un portrait tout à fait différent de celui des enfants. Pratiquement un adolescent huron-wendat sur deux (44,2 %) déclare souffrir d’une allergie tandis que seulement 3,0 % des adolescents Mi’gmaq en souffriraient (Figure 34).

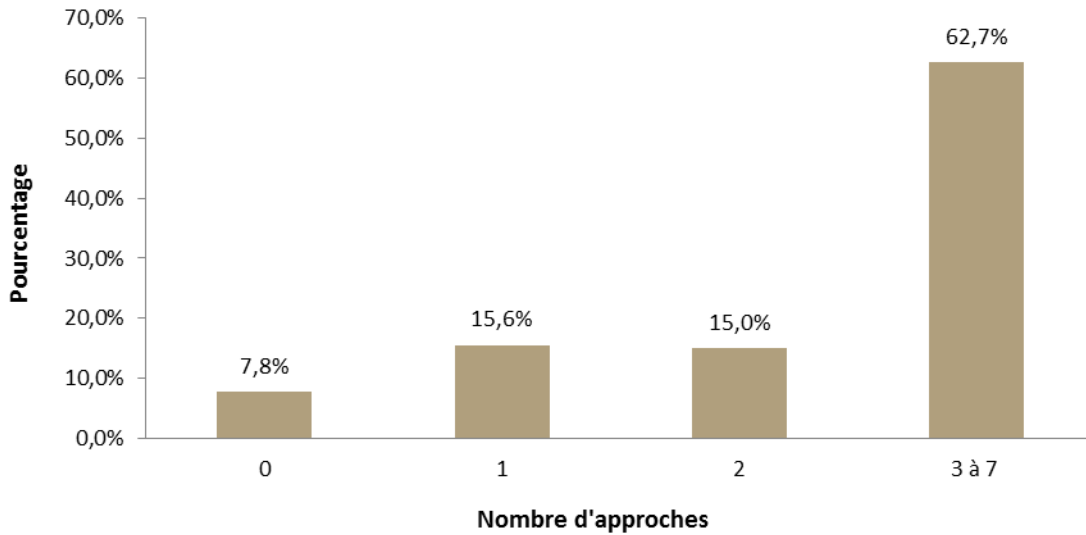
Figure 34 : Problèmes de santé chez les adolescents des Premières Nations par nation (N=3 661)



3.4 Approches privilégiées par les adultes pour maintenir leur santé

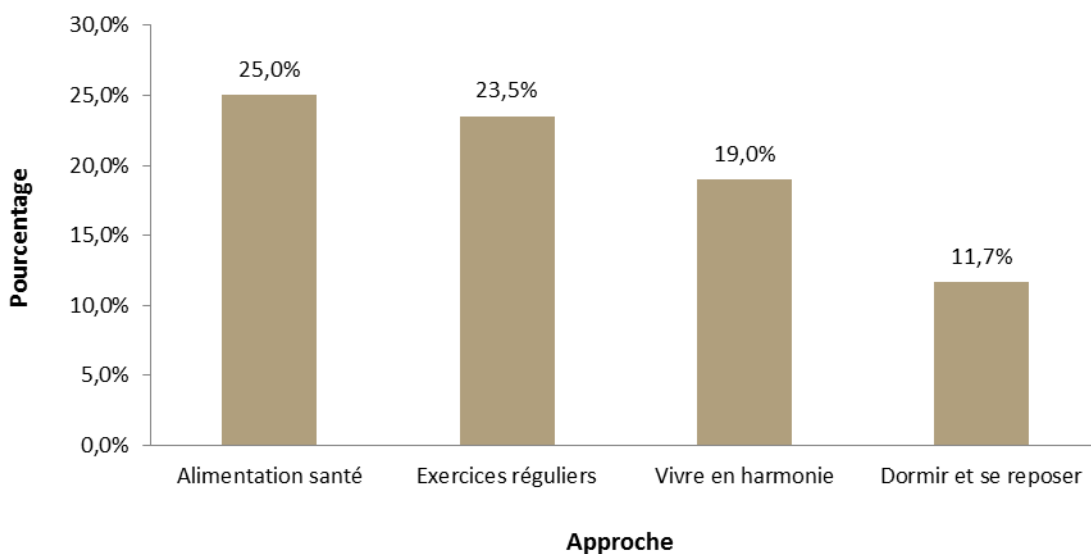
Nous avons demandé aux adultes d’indiquer si, dans leur quotidien, ils mettaient en œuvre des moyens pour maintenir leur santé et quelles étaient les approches qu’ils privilégiaient. Plus des trois quarts des adultes (77,7 %) déclarent avoir adopté dans leur vie deux approches et plus pour maintenir leur santé et 15,6 % d’entre eux en ont adopté au moins une (Figure 35). C’est toutefois 7,8 % des adultes qui déclarent ne mettre en pratique aucune approche pour maintenir leur santé. Cette proportion est faible, mais elle nous encourage tout de même à maintenir les efforts visant la poursuite des objectifs fixés dans le Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec.

Figure 35 : Proportion des adultes des Premières Nations mettant en pratique de 0 à 7 approches pour maintenir leur santé (N=8 581)



Les adultes déclarant mettre en pratique une seule approche pour maintenir leur santé choisissent dans 25,0 % des cas une saine alimentation, 23,5 % déclarent pratiquer sur une base régulière de l'exercice physique et 19,0 % mentionnent chercher à maintenir un équilibre physique, émotionnel, psychologique et spirituel dans leur vie (Figure 36).

Figure 36 : Principales approches mises en pratique pour maintenir la santé par les adultes qui n'en utilisent qu'une seule (N=1 334)



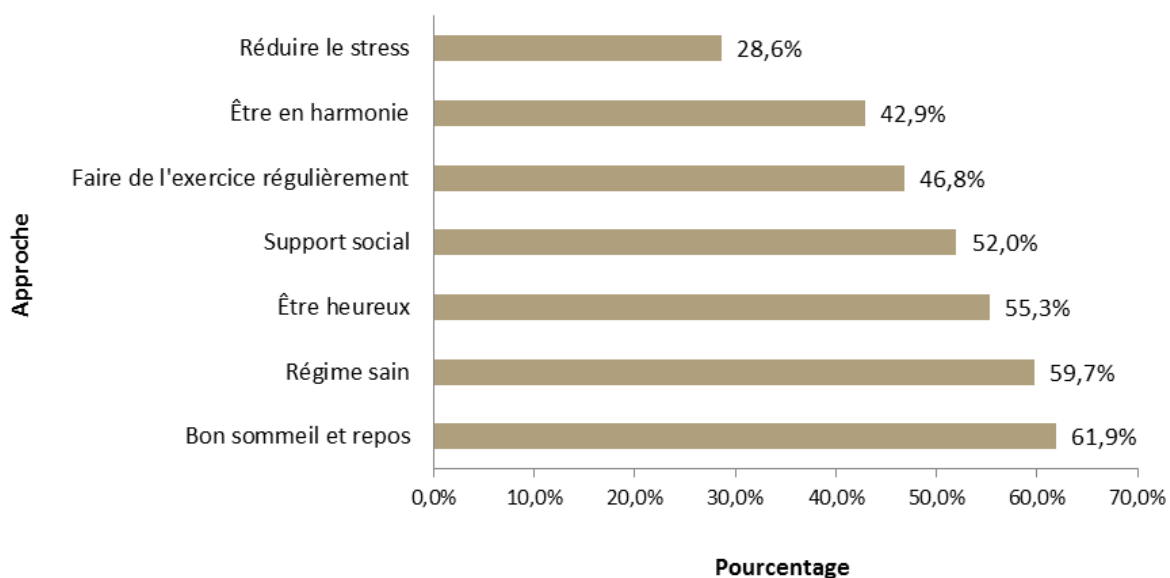
Ces résultats sont encourageants considérant les objectifs établis dans le plan directeur. Les milieux de la santé de concert avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaissent que le fait de manger sainement et de pratiquer un exercice physique approprié et régulièrement sont des facteurs essentiels pour favoriser et conserver une bonne santé tout au long de la vie. La mauvaise alimentation et la sédentarité sont deux des principaux facteurs de risque de l'hypertension, de l'élévation de la glycémie, de la concentration de lipides dans le sang, de la surcharge pondérale/l'obésité, et des principales maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète (Organisation mondiale de la santé, 2012b).


Adhérant à ces grands constats, le Plan directeur a établi qu'il était essentiel de :

- Développer ou renforcer les activités de promotion de la santé axées sur l'activité physique et sur la saine alimentation;
- Promouvoir les bienfaits nutritionnels de l'alimentation traditionnelle et faciliter l'accès à celle-ci;
- Développer des partenariats afin de faciliter l'accès aux aliments sains dans l'ensemble des communautés des Premières Nations;
- Poursuivre les travaux de développement d'ateliers pratiques au sujet de la nutrition dans les écoles, les garderies, les centres de la petite enfance et autres initiatives communautaires exemplaires.

En prenant en compte l'ensemble des répondants qui déclarent mettre à profit une ou plusieurs approches pour maintenir leur santé nous obtenons le portrait suivant (Figure 37). Le sommeil et le repos (61,9 %), un régime sain (59,7 %), être heureux (55,3 %) et le support social (52,0 %) comptent parmi les approches santé adoptées par 50,0 % et plus des adultes interrogés. Faire de l'exercice (46,8 %), être en harmonie (42,9 %) et réduire le stress (28,6 %) sont, pour leur part choisis par moins de 50,0 % des répondants.

Figure 37 : Principales approches mises en pratique pour maintenir la santé par les adultes des Premières Nations, quel que soit le nombre d'approches (N=1 569)





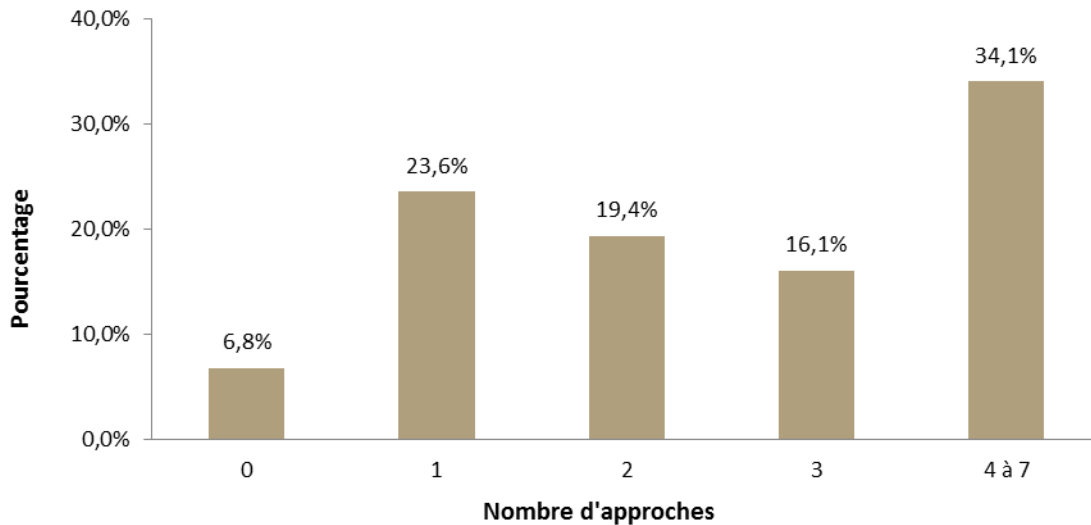
Ces résultats convainquent de l'importance de maintenir nos efforts afin d'accroître l'adoption de saines habitudes alimentaires ainsi que la pratique d'activités physiques régulières. Ils nous informent également sur l'importance qu'accordent les adultes des Premières Nations au développement de comportements assurant une vie sereine tant d'un point de vue psychologique que social pour s'estimer en santé. Bien dormir, être heureux, bénéficier d'un support social, l'harmonie ainsi que la baisse du niveau de stress apparaissent comme des aspects importants sur lesquels les adultes désirent agir pour être en santé. Ce constat va tout à fait dans le sens de la conception de la santé définie et promue par le plan directeur. La santé constitue un tout indivisible. Elle commande une approche holistique, bien ancrée dans l'histoire et l'identité. La santé n'est pas uniquement liée au bien-être physique. La croissance en santé d'un individu tient tout autant de l'aspect social, de son affectif, du mental et du spirituel. Une approche globale de la santé ne cible pas uniquement l'individu. Elle embrasse également la santé des familles, des communautés ainsi que des différentes générations, présentes et futures (CSSSPNQL, 2008).

3.5 Approches privilégiées par les adolescents pour maintenir leur santé

Tous sexes confondus, 6,8 % des adolescents déclarent ne mettre en pratique aucune des approches proposées par le questionnaire pour maintenir sa santé. Par ailleurs, pratiquement un jeune sur quatre (23,6 %) ne met en pratique qu'une seule approche (Figure 38). Ces premiers résultats nous apparaissent quelque peu inquiétants. Bien que nous ayons constaté un léger recul de l'obésité chez les adolescents, ces fortes proportions de jeunes déclarant ne mettre en pratique aucune ou une seule approche pour maintenir leur santé doivent nous inquiéter.

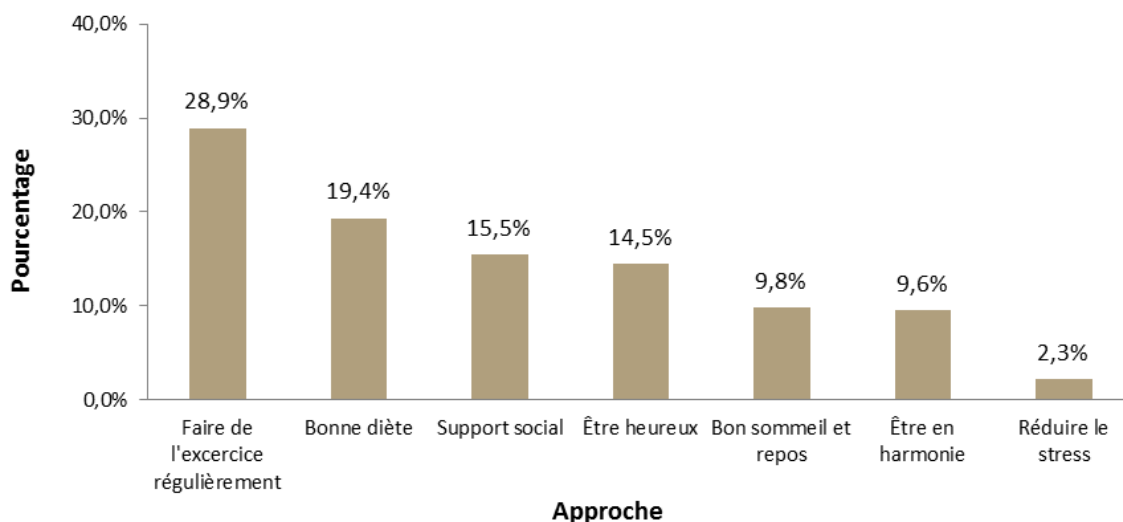
Notre enquête met en évidence qu'à l'entrée de l'âge adulte la prévalence de plusieurs problèmes de santé s'accroît et qu'elle augmente rapidement au fur et à mesure que l'âge avance. La forte proportion de jeunes ayant adopté aucune ou peu de comportements associés au maintien de la santé constitue un élément prédictif de la détérioration de la santé chez ces personnes dans un avenir relativement proche. Seulement 34,1 % des adolescents mentionnent avoir adopté de quatre à sept approches pour maintenir sa santé. Il nous apparaît important de mettre en œuvre davantage d'efforts pour accroître substantiellement, dans un avenir rapproché, la proportion d'adolescents inscrivant davantage de saines habitudes dans leur vie.

Figure 38 : Proportion des adolescents mettant en pratique de 0 à 7 approches pour maintenir leur santé (N=2 344)



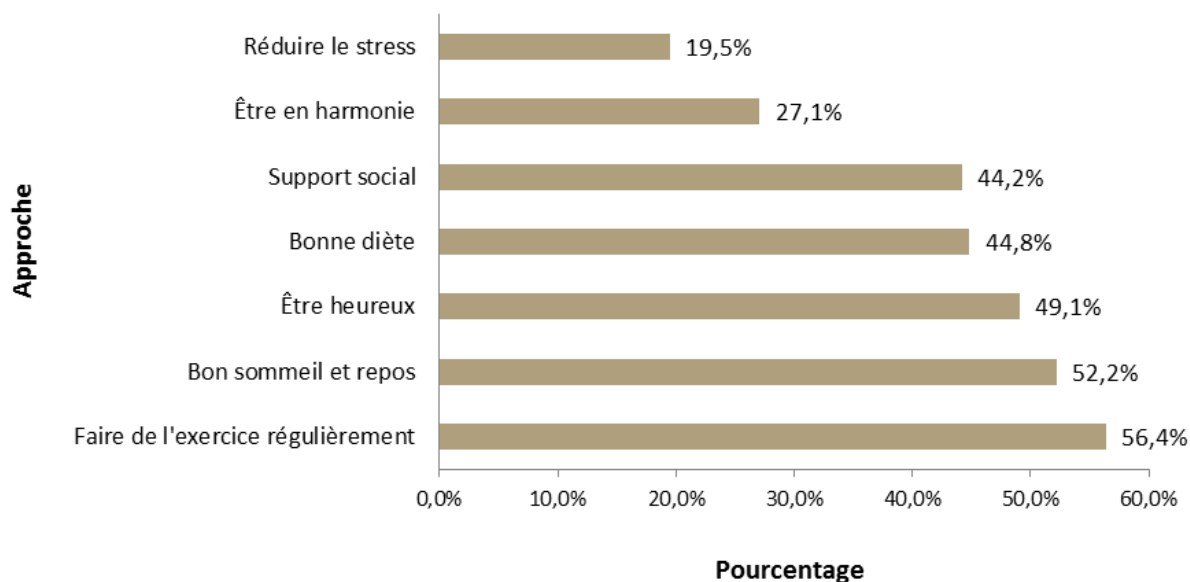
Parmi les adolescents qui déclarent qu'une seule approche pour maintenir leur santé, 28,9 % d'entre eux mentionnent pratiquer régulièrement un sport ou faire de l'exercice physique, 19,4 % avoir une alimentation santé et 15,5 % porter attention à leur support social (Figure 39). En prenant en considération les résultats obtenus chez les adultes nous remarquons que la proportion d'adolescents pratiquant une activité physique est pratiquement identique à celle retrouvée chez les hommes n'ayant adopté qu'une seule approche. L'adoption d'une saine alimentation n'est adoptée que par moins de deux jeunes adolescents sur dix (19,4 %).

Figure 39 : Principales approches mises en pratique pour maintenir la santé par les adolescents qui n'en utilisent qu'une seule (N=553)



Les approches privilégiées par les adolescents diffèrent de celles adoptées par les adultes. Quel que soit le nombre d'approches choisies par les adolescents pour maintenir leur santé, c'est l'exercice régulier qui apparaît la plus fréquemment choisi. Ce sont 56,4 % des adolescents qui ont choisi cette approche (Figure 40). Parmi les adolescents qui déclarent mettre à profit trois approches pour maintenir leur santé, 18,1 % font de l'exercice, cherchent à être heureux et portent attention à la qualité de leur sommeil. Ce sont 13,9 % des adolescents qui combinent le sommeil, le fait d'être heureux et le support social pour maintenir leur santé. Toutes les autres combinaisons sont choisies par moins de 10 % des adolescents (0,3 % à 7,3 %). Si l'activité s'inscrit dans les approches choisies par 56,4 % de ces adolescents, un « régime sain » ou, en d'autres mots, les saines habitudes alimentaires, sont inscrites dans les usages de moins de 50,0 % d'entre eux (44,8 %).

Figure 40 : Principales approches mises en pratique pour maintenir la santé par les adolescents quel que soit le nombre d'approches (N=2 184)



CONCLUSION


Au cours des dernières années, dans le sillage du *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec, 2007-2017. Remédier aux disparités... Accélérer le changement* (CSSSPNQL, 2008) des efforts colossaux ont été investis dans le domaine de la santé et ses corollaires tant au niveau local que national par les acteurs clés des Premières Nations. Le présent volet de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec permet de mettre en lumière, au niveau de la santé des femmes et des hommes de tous âges des Premières Nations, certains progrès. Ce sont là des signes encourageants pour l'avenir et, bien sûr, pour aujourd'hui.

Toutefois, il faut prendre acte du fait que de grandes disparités dans le domaine de la santé demeurent et que certaines d'entre elles tendent à augmenter. Ces constats ne doivent pas nous décourager. Il faut poursuivre l'atteinte des objectifs fixés dans le plan directeur. Entre autres, il faut redoubler d'efforts pour maîtriser « ... les causes et les facteurs de risque générateurs des maladies évitables, des incapacités et des menaces à la vie qui sévissent aujourd'hui parmi les Premières Nations. » (CSSSPNQL, 2008 : 13). Cette quête de la parité dans le domaine de la santé commande d'innover dans les prestations de services. Comme il est mentionné dans le plan directeur « ... l'ampleur des défis à relever pour atteindre la parité en santé exige la mise en œuvre d'innovations radicales dans la prestation des soins de santé et des services sociaux aux Premières Nations. Seule une démarche dynamique, conçue et implantée par des organismes innovants, permettra aux Premières Nations de tirer profit des meilleures façons de procéder et des nouvelles pratiques pour procurer les soins de santé et de services sociaux aux communautés » (CSSSPNQL, 2008 : 25).

Les résultats présentés dans ce chapitre confortent les Premières Nations du Québec dans les orientations qu'elles se sont données, dans le plan directeur, afin de réhabiliter la prévention et la promotion de la santé. Il est essentiel de poursuivre le travail proactif et stratégique sur les problèmes de santé avant même leur apparition (CSSSPNQL, 2008). Auprès des enfants, les actions doivent être poursuivies afin de réserver la richesse de cette jeunesse et assurer un avenir meilleur pour les prochaines générations.

Les résultats présentés dans ce chapitre, particulièrement en ce qui a trait à la santé des enfants, sont le reflet de certaines améliorations multisectorielles au sein des communautés et illustrent les possibilités futures des populations et des collectivités. Toutefois, les tendances que nous observons chez les jeunes en matière de santé, indiquent, malgré ces améliorations, que les enfants des Premières Nations sont, d'un point de vue épidémiologique, toujours devancés par les autres Québécois et Canadiens. Les jeunes d'aujourd'hui vont beaucoup mieux que leurs parents au même âge, mais, comparativement aux autres jeunes Canadiens, ils demeurent au bas de l'échelle du bien-être (UNICEF, 2009).

L'avenir des Premières Nations est tributaire de la santé des enfants. Les données présentées dans ce chapitre offrent peu de signes d'encouragement quant à l'amélioration de la santé des enfants. Plus de la moitié des enfants des Premières Nations sont en surpoids ou souffrent d'obésité. Ces données ne sont pas de bon augure pour le futur de ces enfants.




L'objectif établi dans le Plan directeur de freiner l'obésité n'est toujours pas réalisé. La forte prévalence de l'obésité a, et aura, des impacts sur la santé de tous les membres des Premières Nations. Il suffit de prendre acte de l'augmentation constante de la prévalence du diabète pour s'en convaincre. L'exercice de comparaison avec d'autres milieux, d'autres communautés, d'autres nations peut, parfois, être quelque peu déstabilisant. En comparant la prévalence de l'obésité que nous observons aujourd'hui dans l'ensemble des Premières Nations du Québec avec d'autres pays du monde, nous devons prendre acte du fait de l'immense défi qu'il faut relever.


Un dernier élément pour lequel il faut se préoccuper est le fait que la proportion de personnes âgées de plus de 50 ans augmente rapidement au sein des communautés. La croissance des communautés est, en quelque sorte, un signe de la vitalité des peuples des Premières Nations. Toutefois, il est important de veiller à ce que les populations croissent et se développent en santé, et ce tant physique que spirituelle et psychologique, en conformité avec la conception qu'en ont les Premières Nations. Le fait que les communautés comptent de plus en plus de gens âgés est, en soit, une très bonne nouvelle. Il faut toutefois veiller à ce que ces gens avancent en âge le plus en santé possible et que les services de soins de santé demeurent en mesure d'offrir des soins de première ligne de qualité tout en maintenant les efforts en promotion et en prévention.

BIBLIOGRAPHIE

- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2010). Document d'information - Mise à jour de l'indice du bien-être des collectivités (IBC). [En ligne], adresse URL : <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100016582>, consulté le 12 février 2012
- Affaires indiennes et du Nord Canada. (2010). Le bien-être des collectivités des Premières nations et inuites : Analyse des tendances historiques (1981-2006). Ottawa: Affaires indiennes et du Nord Canada. [En ligne], adresse URL : http://www.aadnc-aandc.gc.ca/DAM/DAM-INTER-HQ/STAGING/texte-text/cwbdck_1100100016601_fra.pdf
- Agence de la santé publique du Canada. (2005). Réduire les disparités sur le plan de la santé - Rôles du secteur de la santé : Orientations stratégiques et activités recommandées. Ottawa: Ministère de la santé, Gouvernement du Canada.
- Agence de la santé publique du Canada. (2009). Faits et chiffres sur l'hypertension. [En ligne], adresse URL : http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/hypertension_figures-fra.php, consulté le 3 février 2012.
- Agence de la santé publique du Canada. (2010). Vivre avec l'arthrite au Canada. Un défi de santé personnel et de santé publique. Evaluation. Ottawa : Agence de santé publique du Canada.
- Agence de la santé publique du Canada. (2011). Hypertension. [En ligne], adresse URL : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/hypertension-fra.php>, consulté le 3 février 2012.
- Agence de la santé publique du Canada, & Institut canadien d'information sur la santé. (2011). Obésité au Canada. Nous. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada.
- APNQL, CSSSPNQL, & CDRHPNQL. (2009). Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador Présentation devant le Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées.
- Assemblée des Premières Nations. (2008). Les enfants des Premières Nations et l'environnement. Document de travail.
- Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2007). Les besoins en logement des Premières Nations du Québec et du Labrador (2000 et 2006). Wendake: APNQL-GSP.
- Association des femmes autochtones du Canada. (2004). Document préliminaire sur la santé des femmes autochtones pour la séance de suivi sectoriel sur la santé de la Table ronde Canada-Autochtones. Society (Association.). Montréal: Association des femmes autochtones du Canada.
- Aubin, J., & ISQ. (2002). Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois - Faits saillants. Québec: Institut de la statistique.

- 
- Bateman, E. D., Hurd, S. S., Barnes, P. J., Bousquet, J., Drazen, J. M., FitzGerald, M., Gibson, P., et al. (2008). Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *European respiratory Journal*, 31(1), 143-178.
- Bordeleau, M., & Traoré, I. (2007). Santé générale, santé mentale et stress au Québec. Regard sur les liens avec l'âge, le sexe, la scolarité et le revenu. *Zoom santé*, Juin(2007), 1-4.
- Bray, G. A. (1996). Leptin and leptinomania. *Lancet*, 348(9021), 140-141. [En ligne], adresse URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8684147?dopt=Abstract>
- Camirand, J., Sermet, C., Dumitru, V., & Guillaume, S. (2009). La perception de la santé dans la population de 55 ans et plus et les caractéristiques de santé modulant cette perception en France et au Québec. *Zoom santé*, 188, 1-12.
- Canadian Institute for Health Information, Canadian Lung Association, Health Canada, & Statistics Canada. (2001). *Respiratory disease in Canada (Vol. 1)*. Ottawa: Health Canada.
- Canuel, M., & Bélanger, D. (2012). Évolution de la prévalence des allergies non alimentaires et de leur traitement par médication : données québécoises issues d'enquêtes populationnelles. *World Health*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Cazale, L., Berthelot, M., & Traoré, I. (2011). Santé physique et comportements liés à la santé chez les jeunes Québécois de 15 à 17 ans. *Zoom santé*, 31(2010), 1-12.
- Centre des Premières nations. (2006). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations*. Ottawa: Centre des Premières nations.
- Chaire de recherche sur l'obésité de l'Université Laval. (2011). *Les chiffres de l'obésité les statistiques du Canada*. [En ligne], adresse URL : <http://obesite.ulaval.ca/obesite/generalites/prevalence.php#tab1>, consulté le 2 février 2012.
- Chandola, T., & Jenkinson, C. (2000). Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethnicity & health*, 5(2), 151-9.
- Conseil canadien de la santé. (2011). *Comprendre et améliorer la santé maternelle et infantile chez les Autochtones au Canada : Conversations sur les pratiques prometteuses au pays*. Toronto: Conseil canadien de la santé. [En ligne], adresse URL : <http://www.conseilcanadiendelasante.ca>
- CSSSPNQL. (2006). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec. 2002*. Wendake: Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.
- CSSSPNQL. (2008). *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017*. Wendake : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.
- Daigle, J.-M. (2006). *Les maladies du coeur et les maladies vasculaires cérébrales. Prévalence, morbidité et mortalité au Québec*. Innovation. Québec: Institut national de santé publique du Québec.

- Downs, S. H., Marks, G. ., Belosouva, E. G., & Peat, J. K. (2001). Asthma and hayfever in Aboriginal and non-Aboriginal children living in non-remote rural towns. *The Medical Journal of Australia*, 175(1), 10-3.
- Durie, M. (2004). Understanding health and illness: research at the interface between science and indigenous knowledge. *International Journal of Epidemiology*, 33(5), 1138-1143.
- Dutau, G., Fejji, S., Juchet, A., Rance, F., & Brémont, F. (1994). Developpement de l'allergie chez l'enfant. *Revue française d'allergologie*, 34, 387-395.
- First Nations Centre. (2004). *First Nations and Inuit Regional Health Surveys, 1997: A Synthesis of the National and Regional Reports*. Ottawa: First Nations Centre at the National Aboriginal Health Organization.
- First Nations Information Governance Committee. (2007a). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03. The Peoples' Report* (p. 112). Ottawa.
- First Nations Information Governance Committee. (2007b). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03. Framework*. Ottawa, ON.
- Gideon, V., Nicholas, W., Ha, P., & Gray, J. (2008). La santé des jeunes des Premières nations : Reconnaître les défis et le potentiel. *Horizon*, 10(1), 83-90.
- Guimond, É., & Cooke, J., M. (2008). Le bien-être actuel des jeunes Indiens inscrits. Sources de préoccupations quant à l'avenir. *Horizon*, 10(1), 26-30.
- Hadler, N. M. (2010). *Malades d'inquiétudes? Disagnostic : la surmédicalisation*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Hejazi, S., Dahinten, V. S., Marshall, S. K., & Ratner, P. A. (2009). *Parcours de croissance menant à l'obésité chez l'enfant. Rapport sur la santé*, Septembre.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 38(1), 21-37.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques?* Institut canadien d'information sur la santé. [En ligne], adresse URL : http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/air-chronic_disease_aib_fr.pdf, consulté le 7 février 2012.
- Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la santé et des services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec* (p. 659). Québec: Gouvernement du Québec.
- Kaplan, G. a, Goldberg, D. E., Everson, S. a, Cohen, R. D., Salonen, R., Tuomilehto, J., & Salonen, J. (1996). Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. *International Journal of Epidemiology*, 25(2), 259-65.

- 
- Kendall, J. (2001). Circles of Disadvantage : Aboriginal Poverty and Underdevelopment in Canada. *The American Review of Canadian Studies*, 31(1-2), 43-59.
- Kirmayer, J. L., Brass, G. M., Holton, T., Paul, K., Simpson, C., & Tait, C. (2007). *Suicide chez les Autochtones au Canada* (p. 211). Ottawa : Fondation autochtone de guérison.
- Labrèche, L., & Tremblay, L. (1977). *Le poids du jour* (p. 172). Montréal & Ste-Agathe-des-Monts: Rayonnement.
- Lamontagne, P., & Hamel, D. (2005). *Le poids corporel chez les enfants et adolescents du Québec : de 1978 à 2005*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- L'association pulmonaire. (2011). Asthme. [En ligne], adresse URL : http://www.poumon.ca/diseases-maladies/asthma-asthme/signs-signes/index_f.php, consulté le 4 février 2012
- MacMillan, H. L., MacMillan, A. B., Offord, D. R., & Dingle, J. (1996). Aboriginal health. *Canadian Medical Association Journal*, 155(11), 1569-1577.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2011). *Pour guider l'action. Portrait de santé du Québec et de ses régions. Les statistiques*. Québec: La Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- Nolin, B., Blanchet, C., & Kuzmina, E. (2008). *Enquête de santé auprès des Cris 2003, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1 Iiyiyiu Aschii : Habitudes alimentaires, activité physique et poids corporel*. Archives. Chisasibi, Québec: Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James & Institut national de santé publique du Québec.
- Organisation mondiale de la Santé. (2003a). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une Consultation de l'OMS*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2003b). *Rapport sur la Santé dans le Monde*.
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2012a). *Principaux faits et chiffres sur l'obésité*. [En ligne], adresse URL : <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/index.html>
- Organisation mondiale de la Santé. (2012b). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. [En ligne], adresse URL : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fr/>, consulté le 27 février 2012
- Organisation mondiale de la Santé. (2011). *Asthme. Centre des médias*. [En ligne], adresse URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/fr/index.html>, consulté le 3 février 2012.
- O'Neil, John, D. (2000). *Housing Conditions and Health : A Review of Literature* (pp. 1-16). Winnipeg.
- Paquet, G., & Tellier, B. (2005). La mesure de la santé physique dans l'Enquête socioéconomique et de santé intégrée et longitudinale. *Rupture*, 10(2), 95-117.

- Poulain, J.-P. (2009). *Sociologie de l'obésité* (p. 360). Paris: Presses Universitaires de France.
- Poulain, J.-P. (2011). *Sociologie de l'alimentation*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pérula de Torres, L. A., Martínez de la Iglesia, J., Moral, Ruiz, R., & Fonseca del Pozo, J. (1995). Variables related to the self-perceived health status: a population study. *Atencion Primaria*, 16(6), 323-329.
- Reading, J. (2009). Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones : Approche fondée sur le parcours de vie. (p. 168). Ottawa: Sous-comité sénatorial sur la santé de la population.
- Santé Canada. (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Santé Canada. (2005). Effets du tabagisme. Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones. [En ligne], adresse URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/substan/tobac-tabac/effects-effets-fra.php>, consulté le 3 février 2012.
- Santé Canada. (2008). Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada — Auto-évaluation de la santé et affections choisies, de 2002 à 2005. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Santé Canada. (2011). Les allergies alimentaires et les intolérances alimentaires. Aliments et nutrition. [En ligne], adresse URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/allerg/index-fra.php>, consulté le 4 février 2012
- Sassi, F., Devaux, M., Cecchini, M., & Rusticelli, E. (2009). The obesity epidemic: Analysis of past and projected future trends in selected OECD countries. Documents de travail de l'OCDE sur la santé, 45.
- Shields, M., & Shooshtari, S. (2001). Déterminants de l'autoévaluation de la santé. *Rapports sur la santé*, 13(1), 39-63.
- Shields, Margot, Gorber, S. C., Janssen, I., & Tremblay, M. S. (2011). Biais dans les estimations autodéclarées de l'obésité dans les enquêtes canadiennes sur la santé : le point sur les équations de correction applicables aux adultes. *Rapport sur la santé*, 22(3), 1-12.
- Sin, D. D. (2002). Asthma and COPD Among Aboriginals in Alberta, Canada. *Chest*, 121(6), 1841-1846.
- Sin, D. D., Spier, S., Svenson, L. W., Schopflocher, D. P., Senthilselvan, A., Robert, L. C., & Man, S. F. P. (2004). The Relationship Between Birth Weight and Childhood Asthma. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, (158), 60-64.
- Statistique Canada. (2008a). L'obésité et les habitudes alimentaires de la population autochtone. *Rapports sur la santé*, 19(1).
- Statistique Canada. (2008b). *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations*. Recensement de 2006. English. Ottawa: Statistique Canada.
- Statistique Canada. (2010). *Espérance de vie prévue à la naissance, par sexe, selon l'identité autochtone, 2017*. [En ligne], adresse URL : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-645-x/2010001/c-g/c-g013-fra.htm>, consulté le 2 février 2012.
- Statistique Canada. (2011). *Population, distribution par âge et âge médian selon la province et le territoire, 1er juillet 2008*. [En ligne], adresse URL : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/090115/t090115c1-fra.htm>, consulté le 21 février 2012.

- 
- Statistique Canada. (2012). Profil de la population autochtone de 2006. [En ligne], adresse URL : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/index-fra.cfm>, consulté le 24 février 2012.
- Statistique Canada. (1993). Enquête auprès des peuples autochtones de 1991 : Langue, tradition, santé, habitudes de vie et préoccupations sociales. Ottawa: Statistique Canada. doi:No 89-533 au catalogue
- Stout, D., Kipling, G. D., & Stout, R. (2001). Aboriginal Women's Health Research synthesis project - Final report. Synthesis. Ottawa: Préparé pour le Groupe de synthèse des recherches des Centres d'excellence pour la santé des femmes.
- Syme, S. L. (2004). Social determinants of health: the community as an empowered partner. *Preventing chronic disease*, 1(1), A02.
- Tabiana, M. (2002). Le vieillissement : aspects médicaux et sociaux. *Comptes rendus biologiques*, 325(6), 699-717.
- Tjepkema, M., Wilkins, R., Senécal, S., & Guimond, É. (2009). La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : étude de suivi sur 11 ans. *Rapports sur la santé*, 20(4). [En ligne], adresse URL : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009004/article/11034-fra.pdf>
- Turcotte, M., & Schellenberg, G. (2006). Un portrait des aînés au Canada. English. Ottawa: Statistique Canada. [En ligne], adresse URL : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-519-x/89-519-x2006001-fra.pdf>
- UNICEF (2009). Supplément canadien au rapport LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 2009 La santé des enfants autochtones : Pour tous les enfants, sans exception. Source. Toronto.
- Université d'Ottawa. (2011). Santé des Premières nations au Canada. La Société, l'Individu, et la Médecine. [En ligne], adresse URL : http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Aboriginal_f.htm, consulté le 2 février 2012.
- Vigarello, G. (2010). *Les métamorphoses du gras : Histoire de l'obésité du Moyen Age au XXe siècle*. Paris: Seuil.
- Woolcock, A. J., & Peat, J. K. (1997). Evidence for the increase in asthma worldwide. *Ciba Found Symp*, 206, 122-134.
- World Health Organization. (2008). Child and adolescent health and development: Development. Retrieved December 12, 2011, from <http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/7562840.stm>
- Young, T. K., Dean, H. J., Flett, B., & Wood-Steiman, P. (2000). Childhood obesity in a population at high risk for type 2 diabetes. *The Journal of pediatrics*, 136(3), 365-9.



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR