



ERS

**ENQUÊTE RÉGIONALE
SUR LA SANTÉ
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC**



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

LANGUE ET CULTURE

Faits saillants

- Bien que la très grande majorité des individus vivant dans les communautés affirment connaître une langue des Premières Nations, seules quatre personnes sur dix l'utilisent couramment. Or, cette proportion s'accroît à plus de huit personnes sur dix dans les communautés éloignées.
- Les enfants de moins de 12 ans sont ceux qui participent le plus souvent aux activités culturelles de leur communauté.
- Depuis 2002, la proportion d'individus utilisant la médecine traditionnelle est en baisse.
- Les principales difficultés évoquées pour accéder à la médecine traditionnelle sont de ne pas savoir où trouver le service et de manquer de connaissances à ce sujet.



INTRODUCTION

Le terme « culture » est souvent utilisé dans le langage courant pour désigner certaines expressions culturelles extérieures, telles la langue ou l'alimentation. Or, la culture est plutôt un ensemble complexe de savoirs, de croyances et de coutumes propre aux membres d'une société en réponse à son environnement^[1]. Au sein de toute culture se trouve une conception de l'univers, de la nature et de la santé, ainsi qu'une organisation sociale et politique qui correspond à des savoirs, à des valeurs et à une histoire particulière^[2]. La culture est donc fondamentalement liée à l'identité, mais elle est également en constante évolution; ainsi, au sein d'un même groupe, il peut exister de nombreuses variations de l'expression culturelle selon l'âge, la mobilité et l'histoire des individus qui le composent.

La culture constitue donc un déterminant important de la santé, et ce, pour de nombreuses raisons. En effet, certaines normes socioculturelles influencent certes les comportements de santé, tels l'alimentation ou le tabagisme, par exemple. De plus, le fait d'être d'identité autochtone, le fait d'être exclu socialement de la société dominante, le fait d'être issu d'une culture stigmatisée et le fait de parler une langue menacée sont tous reconnus comme des déterminants importants des iniquités de santé des populations autochtones^[3]. C'est en ce sens que de nombreux experts définissent le colonialisme comme un déterminant majeur de la santé des populations autochtones, par ses attaques envers le mode de vie, les langues, les valeurs, et les structures familiales, sociales et politiques des peuples autochtones au pays et ailleurs^[4].

Dès lors, on comprend mieux en quoi la revitalisation de la culture, de la langue et des pratiques traditionnelles constitue un facteur de résilience collective important au sein des populations autochtones, en plus de reconnaître « la nécessité de l'autodétermination dans la progression vers le rétablissement des populations^[5] ». Le présent feuillet vise donc principalement à décrire certaines de ces pratiques culturelles reconnues comme facteurs de protection que sont la connaissance des langues des Premières Nations, la participation aux activités culturelles de la communauté, ainsi que l'accès à l'alimentation et à la médecine traditionnelles.

Connaissance et maîtrise de la langue

La langue est une manifestation importante de l'identité culturelle. Par leur langue, les personnes appartenant à une culture distincte portent en elles les éléments visibles et invisibles d'une culture donnée^[6]. Selon les données de l'ERS, une grande majorité d'individus vivant dans les communautés (90 % [88 %-92 %]) affirment connaître une langue des Premières Nations, ne serait-ce que quelques mots. Parmi ceux-ci, plus de la moitié affirme pouvoir aisément la parler et la comprendre, alors qu'environ le tiers se dit en mesure de pouvoir facilement la lire et l'écrire.

Toutefois, seuls 40 % des Premières Nations vivant dans les communautés ont indiqué utiliser couramment une langue des Premières Nations dans leurs activités quotidiennes. Cette proportion est similaire à celle de 2002, et il ne semble pas y avoir de variation quant à l'utilisation d'une langue des Premières Nations en fonction du genre ou de l'âge des individus. Par contre, on observe une différence marquée de la proportion d'utilisateurs d'une langue des Premières Nations en fonction de la zone géographique. Alors que moins du quart des résidents des communautés urbaines (zone 1) utilisent une langue des Premières Nations comme langue principale, c'est le cas de la très grande majorité des résidents des communautés des zones plus éloignées (zones 2, 3 et 4).

FIGURE 1
Maîtrise d'une langue des Premières Nations

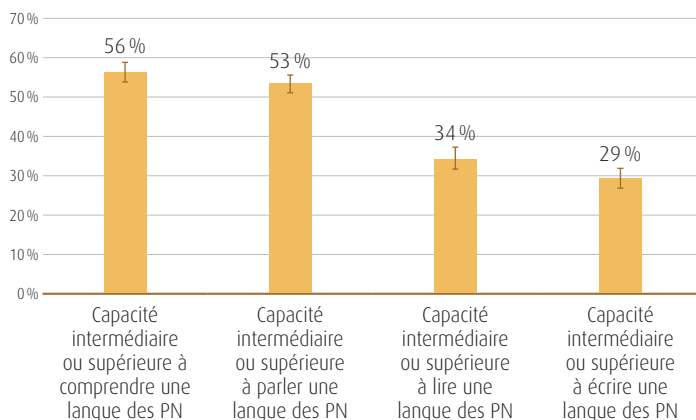
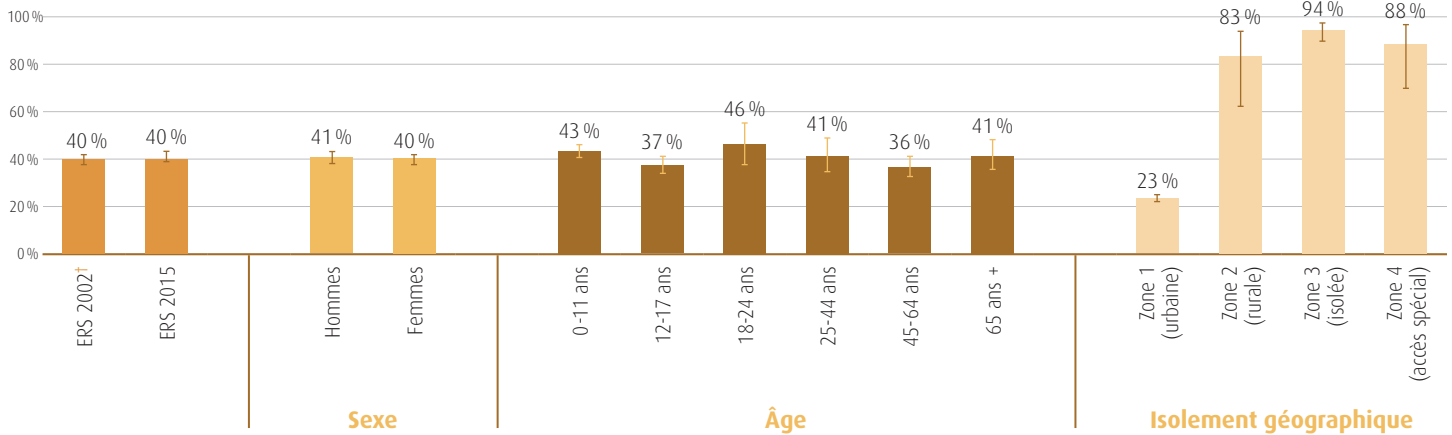


FIGURE 2
Langue des Premières Nations comme langue de tous les jours



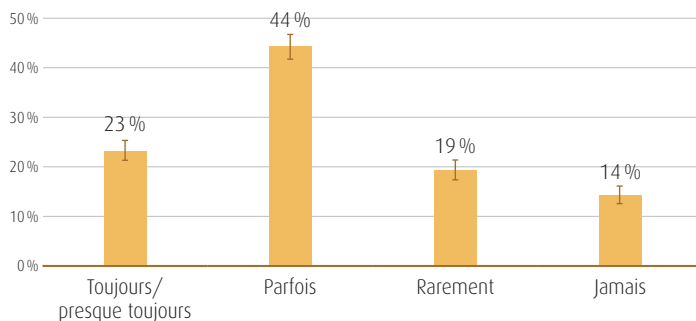
† Les données de 2002 incluent les personnes de 12 ans et plus seulement.

Participation aux activités culturelles

Les activités culturelles varient grandement d'une communauté à l'autre. Le questionnaire de l'ERS vise principalement à mesurer le niveau de participation de la population aux diverses activités culturelles se déroulant sur leur territoire, et ce, indépendamment du type d'activités.

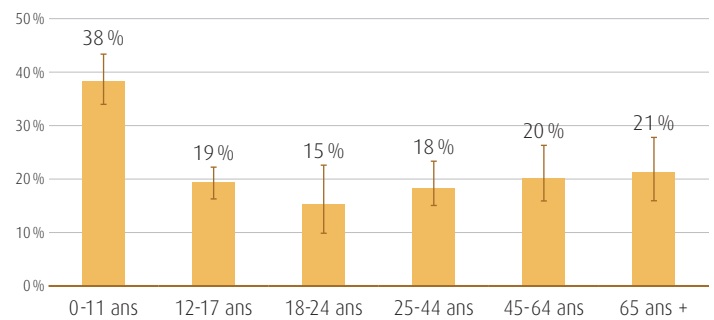
En observant la FIGURE 3, on remarque que près des deux tiers des Premières Nations vivant dans les communautés affirment participer aux événements culturels de leur communauté « parfois » ou « toujours ou presque toujours ».

FIGURE 3
Participation aux événements culturels



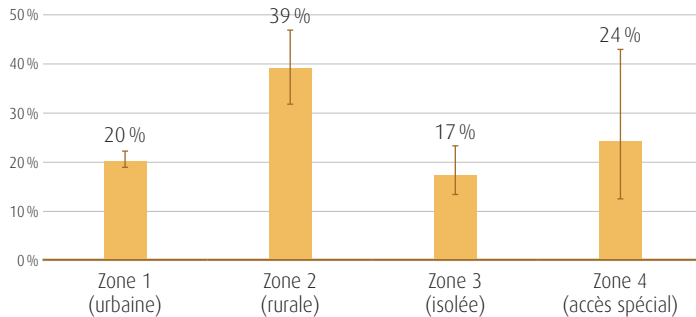
Bien qu'il ne semble pas y avoir de différence entre les hommes et les femmes quant au niveau de participation (« toujours ou presque toujours »; hommes : 21 % [18 %-24 %], femmes : 24 % [21 %-28 %]), on observe toutefois que ce sont les enfants de 0 à 11 ans qui y participent le plus fréquemment (FIGURE 4).

FIGURE 4
Participation aux événements culturels « toujours ou presque toujours », selon l'âge



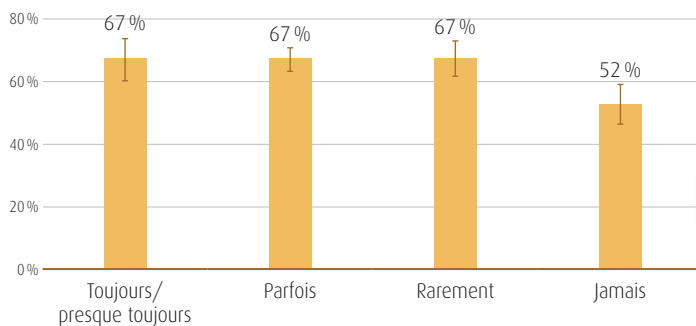
Bien que la FIGURE 5 ne démontre pas de tendance claire entre la participation aux événements culturels et le niveau d'éloignement géographique, il semble que ce soit en zone 2 que la participation soit la plus élevée.

FIGURE 5
Participation aux événements culturels « toujours ou presque toujours », selon l'isolement géographique



Comme il a été mentionné précédemment, la culture constitue un déterminant important de la santé mentale^[7]. L'inclusion et la participation à une collectivité partageant des valeurs communes semblent être des facteurs influençant le bien-être des individus. Ainsi, à la FIGURE 6, on observe que les personnes affirmant ne jamais participer aux événements culturels sont significativement moins nombreuses à percevoir leur santé mentale comme excellente ou très bonne. Cependant, la culture et la santé mentale sont toutes deux des réalités complexes. Bien que l'on observe une association entre celles-ci, les données ne nous permettent pas d'expliquer comment ces réalités s'influencent mutuellement.

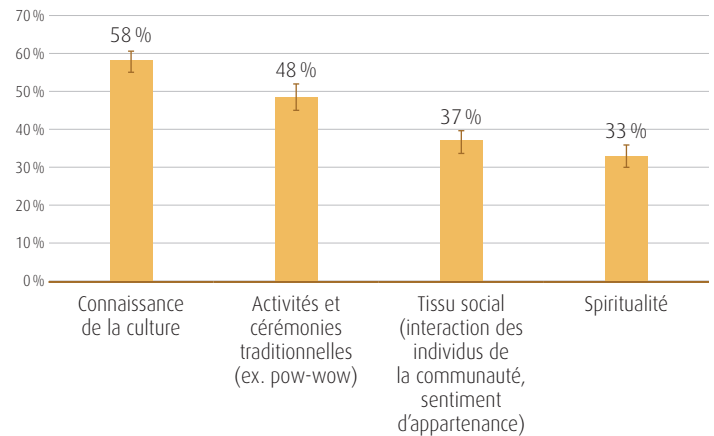
FIGURE 6
Adolescents et adultes estimant leur santé mentale très bonne ou excellente selon leur participation aux événements culturels de leur communauté (12 ans et plus)



Perception des forces de la communauté au plan culturel

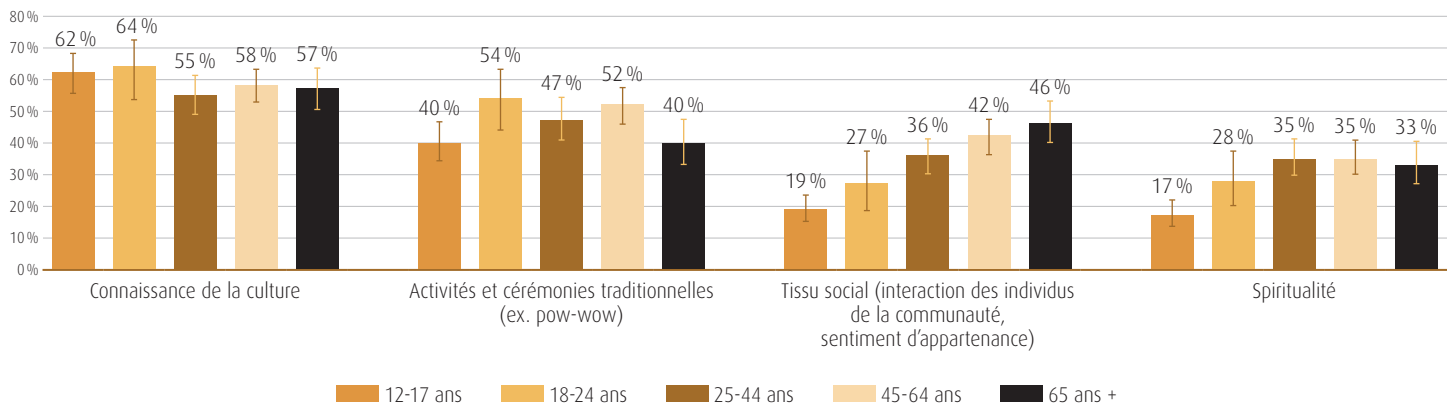
Une portion du questionnaire de l'ERS destinée aux adolescents et aux adultes visait à déterminer leur perception des forces de leur communauté. Pour près de six personnes sur dix, la connaissance de la culture a été mentionnée comme une force de leur communauté. Il en est de même pour les activités et les cérémonies traditionnelles chez près de la moitié des individus. Viennent ensuite, pour environ le tiers, le tissu social et la spiritualité (FIGURE 7).

FIGURE 7
Forces de la communauté (12 ans et plus)



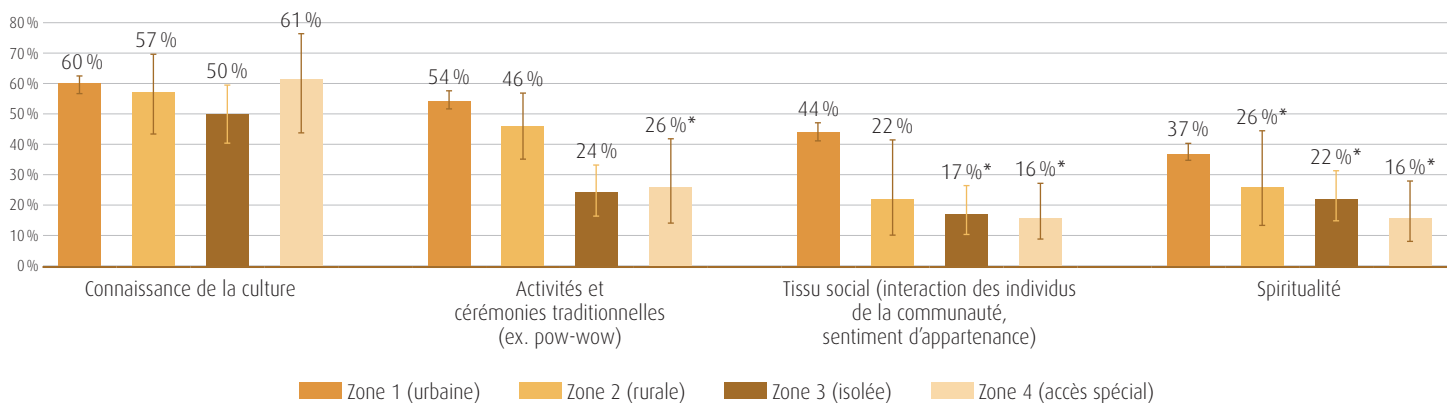
Même si les proportions d'individus affirmant que les connaissances et les activités culturelles sont des forces de la communauté ne semblent pas présenter de variation entre les divers groupes d'âge, il semble que la perception du tissu social et de la spiritualité comme des forces de la communauté semblent augmenter avec l'âge.

FIGURE 8
Forces de la communauté selon le groupe d'âge



Lorsque l'on compare ces mêmes proportions entre les zones géographiques, on remarque qu'elles semblent diminuer avec l'éloignement. Ainsi, à l'exception de la connaissance de la culture, les résidents des communautés en zone 1 sont proportionnellement plus nombreux à cerner les forces de leur communauté (FIGURE 9).

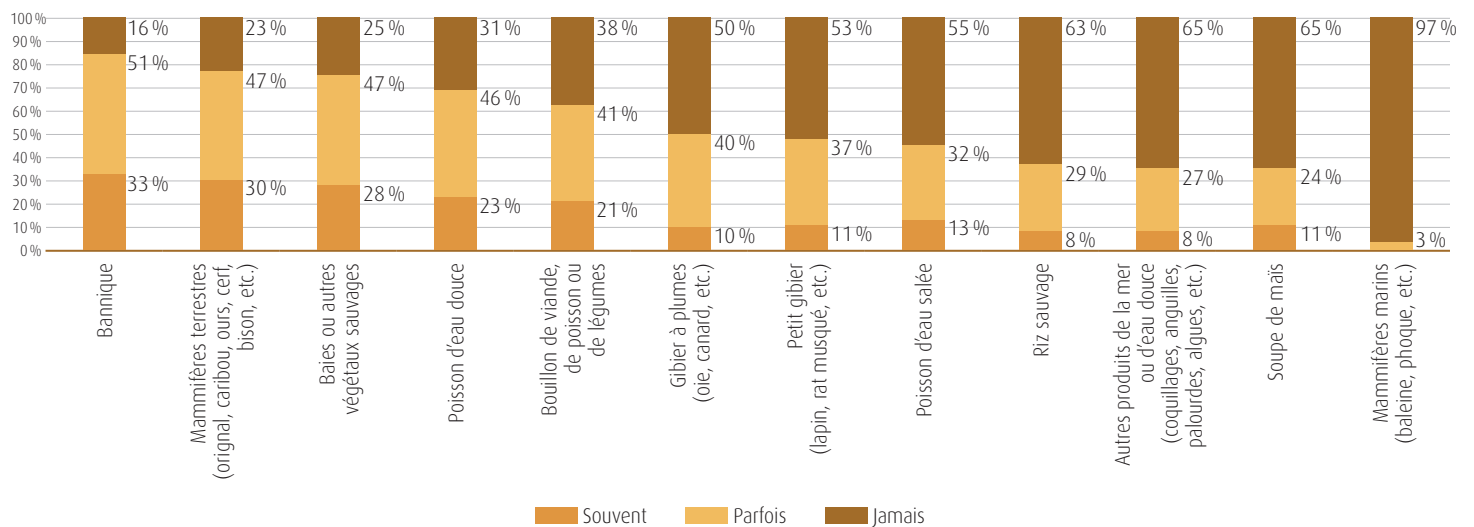
FIGURE 9
Forces de la communauté selon l'isolement géographique (12 ans et plus)



Alimentation traditionnelle

L'alimentation traditionnelle est très diversifiée au sein des Premières Nations. Bien que la consommation de certains aliments traditionnels soit très répandue dans de nombreuses communautés, l'alimentation traditionnelle reste hétérogène parmi les communautés et les nations. Considérant que des aliments sont traditionnels dans certaines communautés et non dans d'autres, il est difficile de faire un portrait global de la consommation d'aliments traditionnels pour l'ensemble des Premières Nations. Néanmoins, la **FIGURE 10** illustre la fréquence de consommation de certains aliments traditionnels pour un certain nombre de nations. Les principaux aliments consommés incluent la bannique, les mammifères terrestres (tels l'orignal, le caribou, etc.), les baies sauvages et les poissons d'eau douce.

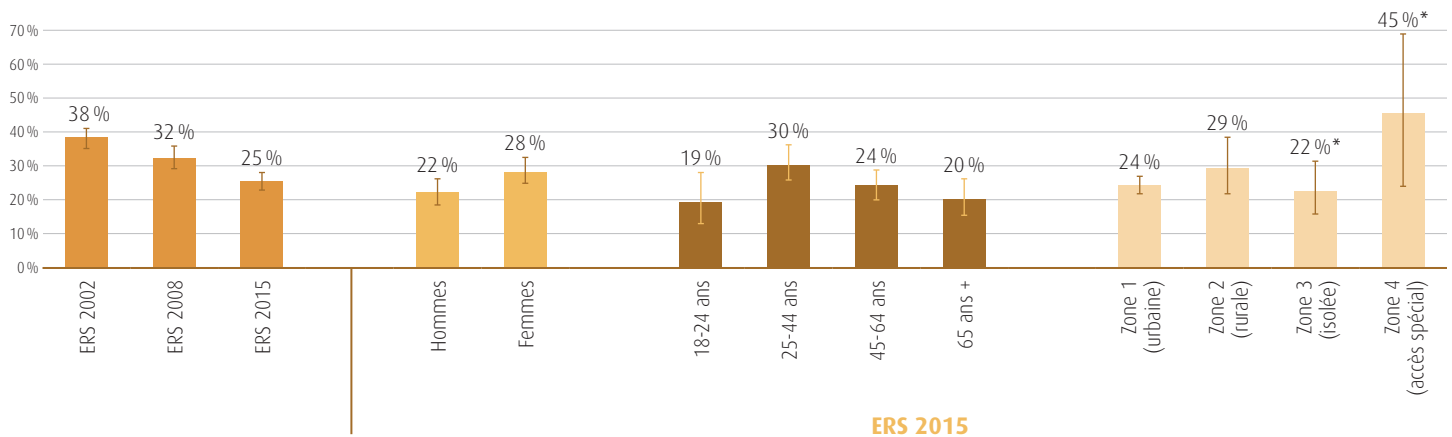
FIGURE 10
Consommation d'aliments traditionnels dans la dernière année



Médecine traditionnelle

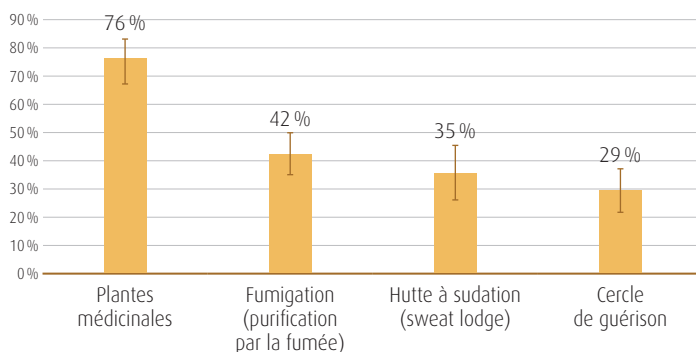
En 2015, le quart des adultes ont affirmé avoir utilisé la médecine traditionnelle dans la dernière année, bien que l'utilisation de la médecine traditionnelle soit en baisse depuis 2002 (FIGURE 11). On note toutefois qu'il ne semble pas y avoir de variation dans l'utilisation de la médecine traditionnelle selon le sexe, l'âge et l'isolement géographique.

FIGURE 11
Utilisation de la médecine traditionnelle dans la dernière année (18 ans et plus)



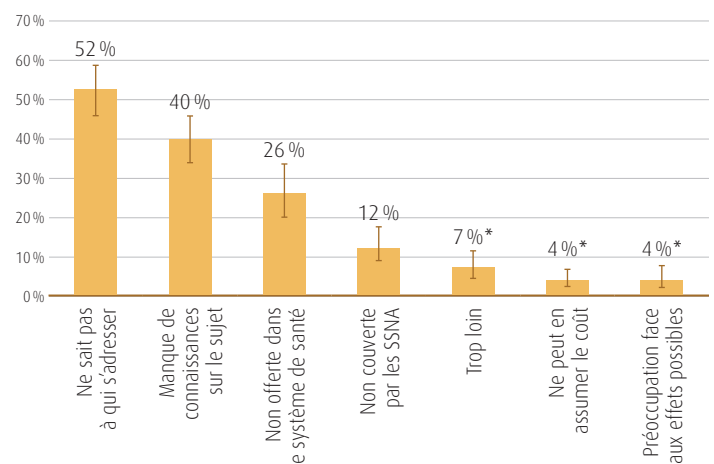
Lorsque l'on s'attarde aux types de médecine traditionnelle utilisés, on observe que plus des trois quarts des utilisateurs ont recours aux plantes médicinales. Dans une moindre mesure, on retrouve la fumigation, les huttes à sudation et les cercles de guérison (FIGURE 12).

FIGURE 12
Type de médecine traditionnelle utilisé (18 ans et plus)



Or, bien que les deux tiers des adultes (64 % [60 %-68 %]) se disent intéressés par la médecine traditionnelle, le tiers d'entre eux (31 % [27 %-36 %]) affirment avoir eu de la difficulté à y accéder. Les principales difficultés évoquées par ces derniers sont de ne pas savoir à qui s'adresser pour obtenir le service, le manque de connaissances sur le sujet et le fait qu'elle ne soit pas couverte par le système de santé et le Programme des services de santé non assurés (SSNA) (FIGURE 13).

FIGURE 13
Principales raisons évoquées par ceux qui ont eu de la difficulté à accéder à la médecine traditionnelle (18 ans et plus)



CONCLUSION

Les résultats présentés dans ce feuillet ne permettent que de faire un survol de la culture des Premières Nations. Davantage de recherches seraient sans doute utiles pour bien comprendre toute la richesse culturelle des communautés des Premières Nations au Québec. Cependant, les données indiquent que la culture y est bien vivante et intrinsèque au quotidien. La grande proportion des individus affirmant connaître une langue des Premières Nations et le fort pourcentage de jeunes de 0 à 11 ans participant aux événements culturels de leur communauté en sont des indices. Si, par contre, on remarque une diminution de l'utilisation de la médecine traditionnelle depuis 2002, comprendre quelles en sont les raisons sera nécessaire pour que cette pratique soit maintenue.

Il est maintenant nécessaire de cheminer vers l'autodétermination, afin que la culture des Premières Nations demeure la trame de fond de leur quotidien. Cela semble une condition essentielle à l'amélioration de la santé des Premières Nations.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] UNESCO. Apprendre à vivre ensemble, *Diversité culturelle*, [En ligne].
[<http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/cultural-diversity/>]
(Consulté le 26 juin 2018).
- [2] Gravel, S., et A. Battaglini (2000). *Culture, santé et ethnicité vers une santé publique pluraliste*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- [3] Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (2008). *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- [4] Kirmayer, L. J., et G. Brass (2016). « Addressing global health disparities among Indigenous peoples », *The Lancet*, vol. 388, n° 10040, p. 105-106.
- [5] Reading, J. (2009). *Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones : Approche fondée sur les parcours de vie*, Accessible en ligne : <https://sencanada.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/appendixAJun09-f.pdf>.
- [6] Zarate, G., et autres (2003). *Médiation culturelle et didactique des langues*, [En ligne].
[http://archive.ecml.at/documents/pub122F2003_zarate.pdf] (Consulté le 3 avril 2018).
- [7] Mouvement Santé mentale Québec. *Déterminants sociaux de la santé*, [En ligne].
[<http://www.mouvementsmq.ca/sante-mentale/determinants>] (Consulté le 9 mai 2018).
- [8] Tuck, E., et W. Yang; cités dans Coburn, E. (2017). « Résilience, résistances et solidarités », *Nouveaux Cahiers du socialisme*, n° 18, automne 2017, p. 40-45.





MÉTHODOLOGIE EN BREF

La troisième vague de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) chez les Premières Nations vise à décrire l'état de santé de la population au sein des communautés des Premières Nations au Québec. Elle a été réalisée de février 2015 à mai 2016 dans 21 communautés issues de huit nations et a permis de joindre 3 261 personnes (825 enfants de 0 à 11 ans, 769 adolescents de 12 à 17 ans et 1 667 adultes de 18 ans et plus) qui ont répondu à un questionnaire électronique soumis par des agents de terrain.

Les données suivies du signe «*» ont un coefficient de variation de 16,6% à 33,3% et doivent être interprétées avec prudence. Le signe «**» indique un coefficient de variation supérieur à 33,3%. Ces données ne sont pas publiées, à l'exception des estimations inférieures à 5%. Ces dernières doivent être interprétées avec prudence. Les traits présentés dans les diagrammes à bâtons ou à barres correspondent aux intervalles de confiance calculés selon un niveau de confiance de 95%.

Dans certains cas, les données sont présentées selon la zone géographique de la communauté des répondants. Ces zones se définissent comme suit¹ :

- Zone 1 (urbaine) : moins de 50 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 2 (rurale) : entre 50 et 350 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 3 (isolée) : plus de 350 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 4 (difficile d'accès) : pas de route.

Centre de services : la localité la plus proche pour accéder aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.

Dans le cadre de l'ERS, le terme « communauté » est utilisé pour représenter les « réserves indiennes ».

Pour plus de détails, veuillez consulter le feuillet *Méthodologie* de l'ERS.

Le rapport de l'ERS est constitué de 20 feuillets thématiques. L'ensemble des feuillets peut être consulté au centre de documentation de la CSSSPNQL : <https://centredoc.cssspnql.com>.

¹ AANC <http://fnp-ppn.aandc-aadnc.gc.ca/fnp/main/Definitions.aspx?lang=fra#Geography> [consulté le 2018-01-03].

Rédaction

Mathieu-Olivier Côté, analyste principal de données,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Comité consultatif régional

André Simpson, épidémiologiste, Institut national de santé
publique du Québec

Françoise Gédéon, coordonnatrice des services sociaux,
familles d'accueil, Gesgapegiag

Marie-Noëlle Caron, conseillère en santé publique,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Martine Awashish, coordonnatrice – programme de prévention
du suicide, Services de santé d'Opitciwan

Oumar Ba, gestionnaire régional, Direction générale de la santé
des Premières nations et des Inuits

Serge Rock, Danny Robertson, coordonnateur régional jeunesse,
Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador

Sony Diabo, aîné de Kahnawake

Révision du contenu

Nadine Rousselot, gestionnaire des services à la petite enfance,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Relecteurs

Faisca Richer, Secteur Santé des Autochtones,
Institut national de santé publique du Québec

Mathieu-Olivier Côté, analyste principal de données,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Nancy Gros-Louis McHugh, gestionnaire du secteur de la
recherche, Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Révision linguistique

Chantale Picard, coordonnatrice des services linguistiques,
CSSSPNQL

Vicky Viens

Graphisme et mise en page

Patricia Carignan, designer graphique

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

Ce document est aussi disponible en anglais et peut être
téléchargé à partir du site Web de la CSSSPNQL :
<https://centredoc.cssspnql.com>.

Crédits photos : iStock, Manon Dumas, Patrice Gosselin et
Thinkstock.

Citation suggérée :

Commission de la santé et des services sociaux des Premières
Nations du Québec et du Labrador. (2018). *Enquête régionale
sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 :
Langue et culture*. Wendake : CSSSPNQL.

ISBN : 978-1-77315-148-9

Dépôt légal – 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec /
Bibliothèque et Archives Canada

© Propriété intellectuelle revenant à la CSSSPNQL

© CSSSPNQL – 2018