

Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones

PROBLÈMES DE SANTÉ TOUCHANT LES PEUPLES AUTOCHTONES

Cette déclaration de principe a été revue par le Comité sur la santé des Autochtones et approuvée par le Comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Santé Canada a fourni le financement nécessaire pour la préparation et la distribution de ces lignes directrices.

AUTEURE PRINCIPALE

Janet Smylie, BA, MD, CCFP, Ottawa (Ont.)

COMITÉ SUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Janet Smylie (présidente), BA, MD, CCFP, Ottawa (Ont.)
 Pierre Lessard (ex-président), MD, FRCSC, Yellowknife (T. N.-O.)
 Karen Bailey, MD, FRCSC, FACOG, Wetaskiwin (Alb.)
 Carole Couchie, BHSc, RM (sage-femme autorisée), Toronto (Ont.)
 Mary Driedger, inf., BScN, MN, CPM, Winnipeg (Man.)
 Erica Lise Eason, SM, MDCM, FRCSC, Ottawa (Ont.)
 William J. Goldsmith, MD, FRCSC, Montréal (Qc)
 Roda Grey, inf. aux. aut., SSW, Ottawa (Ont.)
 Tracy O'Hearn, Ottawa (Ont.)
 Kenneth Seethram, MD, FRCSC, Yellowknife (T. N.-O.)

COLLABORATEURS

Avis Archambault, MA, Phoenix (Ariz.)
 Howard Cohen, MD, Ottawa (Ont.)
 Margaret Moyston Cummings, BSc, PHN, inf., MSW, Ottawa (Ont.)
 Pascale Desautels, MD, Val d'Or (Qc)
 Bernice Downey, inf., Ottawa (Ont.)
 Claudette Dumont-Smith, inf., BScN, MPA, Ottawa (Ont.)
 Jessie Fiddler, Sioux Lookout (Ont.)
 Margaret Horn, MA, Kahnawake (Qc)
 Elaine Johnston, BScN, Cutler (Ont.)
 Mae Katt, inf., BScN, MEd, Thunder Bay (Ont.)
 Lorraine Kenny, BA, Sioux Lookout (Ont.)
 Dorothy LaPlante, RN (EC), BScN, Ottawa (Ont.)
 Susan Maskill, BSc, Ottawa (Ont.)
 Melanie Morningstar, Ottawa (Ont.)
 Patricia Morris, MD, Ottawa (Ont.)
 Ann Roberts, MD, Iqaluit (Nun.)
 Elizabeth Roberts, MD, Ottawa (Ont.)
 Marie Ross, BA, inf., CGPA(Dip.), Truro (N.-É.)
 Carol Terry, BA, Sioux Lookout (Ont.)
 Vincent F. Tookenay, MD, Russell (Ont.)
 Alan Waxman, MD, MPH, Gallup (N.-M.)
 Cornelia Wieman, MD, FRCSC, Hamilton (Ont.)

ORGANISMES DE SOUTIEN

Assemblée des Premières Nations
 L'Institut canadien de la santé infantile
 Société canadienne de pédiatrie
 Le Collège des médecins de famille du Canada
 Congrès des peuples autochtones
 Fédération de femmes médicales du Canada
 Inuit Tapirisat du Canada
 Ralliement national des Métis
 Organisation nationale des représentants Indiens & Inuits en santé communautaire
 Association des femmes Inuit de Pauktuuti

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

« Une bonne santé est un état d'équilibre entre des éléments physiques, mentaux, émotionnels et spirituels. Ils agissent tous les quatre de concert pour constituer une personne forte et saine. Si nous négligeons l'un de ces éléments, nous quittons l'état d'équilibre et notre santé s'en ressent dans tous les domaines ... La prévention de la maladie va de pair avec un style de vie traditionnel sain. Nous sommes en santé lorsque nous vivons en relation équilibrée avec la terre et la nature. Tout ce dont nous avons besoin nous a été donné par notre mère à tous, la terre : les aliments sains, l'eau et l'air purs, les remèdes, ainsi que les lois et les enseignements qui nous montrent comment utiliser toutes ces choses avec sagesse. Lorsque nous unissons ces dons à un mode de vie actif, à une attitude positive et à des relations paisibles et harmonieuses avec les autres et avec le monde spirituel, la bonne santé nous est acquise. »

– Leslie Malloch¹

RECOMMANDATION B1

Les professionnels de la santé devraient être sensibles aux définitions holistiques de la santé des peuples autochtones.

La Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) s'est rendu compte que le désir des peuples autochtones d'aborder les concepts de la santé de manière holistique était une des préoccupations majeures exprimées par les Autochtones interrogés : « Les conceptions autochtones sur la santé et la guérison prennent leur source dans la position selon laquelle tous les éléments de la vie sont interdépendants. Par extension, le bien-être découle d'un équilibre et d'une harmonie entre tous les éléments de la vie personnelle et de la vie collective. »²

Le concept du cercle ou du cycle est un thème fondamental commun à de nombreuses cultures autochtones. Plutôt que d'être vu individuellement, un objet peut être perçu comme un élément dans une séquence d'éléments solidaires et répétés. Cette vision holistique du monde s'est inspirée de la nature. Les cycles représentés peuvent être les cycles de la vie des êtres humains ou des animaux, des plantes et des saisons, ou des qualités de l'être (physiques, mentales, émotionnelles et spirituelles) et ils peuvent être interdépendants ou superposés, formant un cadre conceptuel puissant grâce auquel on peut interpréter le monde. Tout comme dans la nature, chaque partie du cycle doit être en équilibre avec les autres parties ; sinon, des problèmes comme la maladie ou la famine peuvent surgir. Rupert Ross décrit ainsi son interprétation de la manière dont les cycles de la nature ont pu inspirer et fortifier la culture et l'éthique autochtones :

Le sentiment de sécurité engendré par la vision de la vie comme étant une aventure cyclique était constamment renforcé par une multitude de choses.

Les saisons s'enchaînaient en succession régulière, tout comme tous les autres aspects du monde naturel, depuis les baies qui mûrissent jusqu'aux caribous qui s'accouplent, en passant par les poissons qui frayent. Chacune des parties de la création se répétait d'année en année, avec les mêmes formes, nombres et conditions qui étaient déjà familiers ... pour que la roue de la vie continue de tourner, il était nécessaire d'interférer aussi peu que possible. Qu'il s'agisse d'un oiseau, d'une plante, d'un animal ou d'un poisson, chaque chose qui était prise l'était à regret et avec une cérémonie obligée de remerciements respectueux. Celui qui prenait plus que ce dont il avait besoin mettait tous les autres en danger lorsque la roue tournait et que la famille revenait au même endroit.³

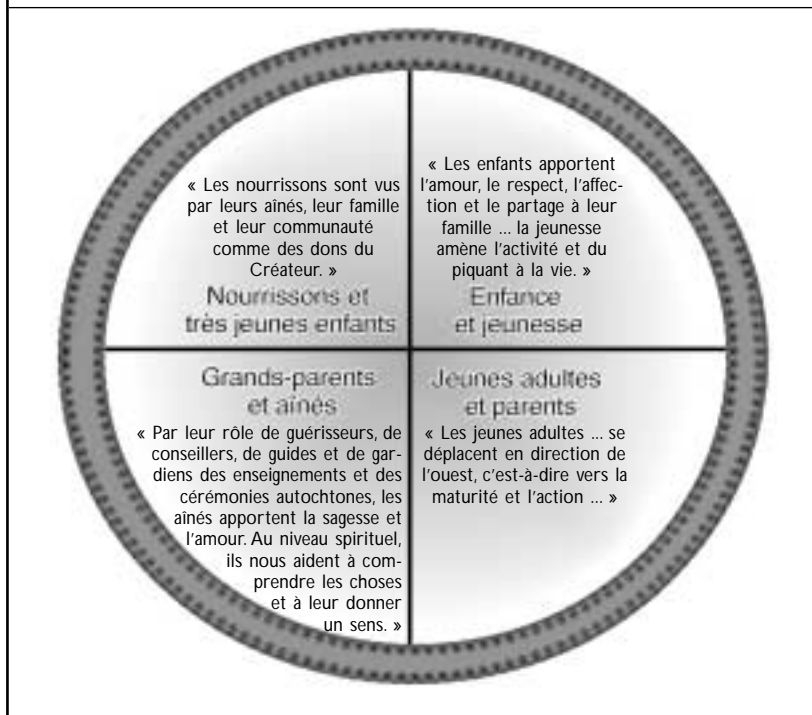
Cette autre description appartient aux conceptions des Inuits sur la santé et la guérison :

La vision inuite du corps offre une vision holistique de l'individu et de son unité avec son milieu, une partie d'un tout, qui tire son sens des relations que les êtres humains entretiennent avec tout ce qui vit et tout ce qui les entoure ... C'est un modèle caractérisé par la continuité, au contraire du modèle scientifique qui a été décrit comme un modèle de discontinuité ...⁴

La roue médicinale est un paradigme circulaire qui peut servir de cadre à la compréhension. Utilisée historiquement comme outil d'enseignement par les peuples autochtones de la famille linguistique algonquienne, la roue médicinale continue d'être largement en usage chez de nombreux peuples des

FIGURE 1

LA ROUE MÉDICINALE APPLIQUÉE AU CYCLE DE LA VIE



Premières nations et des Métis. Une fois que sont disposés sur la roue médicinale les cycles de vie des différents phénomènes et objets, y compris les plantes, les animaux, les saisons ainsi que les états et les contextes humains, les divers arrangements conceptuels peuvent se superposer en trois dimensions de façon à montrer les rapports d'interdépendance (figure 1). Rosella Kinoshemeg, infirmière et enseignante traditionnelle, illustre ainsi l'application de ce point de vue cyclique et holistique à la santé et au bien-être :

La roue médicinale a enseigné des lignes de conduite sur la manière de s'appliquer à atteindre l'équilibre, physiquement, mentalement, socialement, spirituellement et sur le plan émotionnel. Ceci a été obtenu en utilisant les symboles des quatre couleurs et les qualités positives des animaux, des oiseaux ou des plantes placées dans les quatre directions.⁵

RECOMMANDATION B2

Les professionnels de la santé devraient comprendre que le mauvais état de santé dans les populations autochtones est inacceptable et ils devraient travailler avec les Autochtones et leur communauté à améliorer cet état.

RECOMMANDATION B3

Les professionnels de la santé devraient être sensibles aux principales causes de morbidité et de mortalité et agir en conséquence, sans faire de généralisations hâtives.

Les peuples autochtones du Canada font face à un fardeau de problèmes de santé disproportionné par rapport à l'ensemble de la population canadienne. Cependant, nous n'avons pas une connaissance de l'étendue exacte de ces problèmes de santé qui soit suffisamment détaillée et liée à des régions précises, surtout en milieu urbain.⁶⁻⁸

Les limites du recensement dans l'identification des Autochtones ont été abordées à la section A. La majorité des statistiques sur la santé des Autochtones portent sur ceux qui vivent dans une réserve ou qui sont inscrits auprès du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. Dans de telles situations, les inscriptions aux services de santé provinciaux ou régionaux peuvent être recoupées avec les numéros des cartes de santé ou les codes postaux pour identifier les sous-groupes d'Autochtones vivant dans les réserves et les Indiens et les Inuits « inscrits » : ces groupes représentent moins de 60 pour cent de la population autochtone totale dans le recensement de 1996.^{9,10} Même ces données peuvent être limitées par une participation régionale ou provinciale sélective.

De plus, la majeure partie de ces statistiques concernent strictement la mortalité ; peu de renseignements sont disponibles sur ce qui contribue aux conditions de morbidité au sein de la population autochtone. La recherche et les don-

nées provenant des registres sur la mortalité et la morbidité des Canadiens permettent difficilement d'identifier convenablement l'origine autochtone, particulièrement pour les Métis et pour les individus appartenant aux Premières nations et aux Inuits qui ne sont pas immatriculés auprès du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. Par exemple, comme le registre national du cancer du Canada ne relève pas l'ethnie ou la race, les statistiques provenant de ce registre à propos des Autochtones ne s'appliquent qu'aux Inuits et aux Indiens « inscrits ».¹¹ Dans leur examen de la recherche concernant les morts excessives parmi « les Indiens américains et les Autochtones de l'Alaska », Andrews et Krouse¹² ont relevé des problèmes quant à la catégorisation correcte de la race, de l'ethnie et de la population. Nombre de ces études ne tenaient pas compte de la diversité culturelle et géographique des populations citées. Enfin, il s'est avéré que la plupart des données américaines provenaient du *Indian Health Service* qui ne tient pas compte des populations autochtones urbaines.¹²

En 1994, Statistique Canada a commencé trois importantes enquêtes longitudinales : l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), et l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR). La base de sondage nationale adoptée pour ces trois études excluait expressément les individus appartenant aux Premières nations et vivant dans les réserves et les communautés inuites des provinces. Bien que des individus appartenant aux Premières nations et ne vivant pas dans les réserves et des Métis auraient pu être choisis au hasard, le sous-échantillon n'aurait pas été assez grand pour fournir des renseignements fiables. Les peuples autochtones du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest ont été inclus dans une ENSP/ELNEJ effectuée sur chaque territoire. Les données sur le nouveau territoire du Nunavut ont été compilées à partir de l'ENSP des Territoires du Nord-Ouest : les références, dans la présente étude, à l'état de santé dans le Nunavut proviennent de ces données à moins d'indications contraires.¹³ Au Nunavik, on a récemment publié un rapport sur l'état de santé, largement fondé sur des données provenant de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Québec.¹⁴ Même si des informations sur la santé provenant de la région d'Inuvialuit sont incluses dans le Rapport de 1999 sur l'état de santé dans les Territoires du Nord-Ouest,¹⁵ il existe peu de données portant sur des régions ou des ethnies précises.

En 1995, l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits (ERSPNI) a été mise sur pied pour répondre à un besoin de comparaison des informations sur les Autochtones résidant hors des territoires. Contrôlé et mené par les organisations régionales des Premières nations et des Inuits, et coordonné par un Comité national de direction composé de représentants régionaux des Premières nations et des Inuits, ce projet englobait 183 Premières nations, à travers le pays, et cinq communautés inuites du Labrador. Environ 150 variables fon-

damentales ont été présentées sur huit chapitres thématiques dans un Rapport National en 1999. Néanmoins, cette enquête ne comprenait pas d'individus appartenant aux Premières nations et résidant hors des réserves, ni d'« Indien sans statut légal », ni de Métis. Parmi les Inuits, seules les communautés du Labrador ont participé. Bien qu'elle ait d'abord été conçue comme une enquête longitudinale, il n'y avait aucune garantie de financement pour continuer cette étude au moment de la publication du présent document.¹⁶

Il existe très peu de renseignements précis sur la santé des Métis. La présentation sur la santé des Métis faite à la CRPA par le Ralliement national des Métis (RNM)¹⁷ était fondée sur des données provenant de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991. Le Ralliement national des Métis et Statistique Canada mettent en ce moment sur pied un nouvel outil pour enquêter sur la santé des Métis.

PROBLÈMES DE SANTÉ DES PEUPLES AUTOCHTONES

ESPÉRANCE DE VIE

L'espérance de vie des « Indiens inscrits » est de sept à huit ans inférieure à celle des autres Canadiens. En 1995, elle était, à la naissance, de 68,0 ans pour les hommes et de 75,7 ans pour les femmes. En comparaison, l'espérance de vie pour l'ensemble de la population est de 75,2 ans pour les hommes et de 81,4 ans pour les femmes.^{16,18,19} Les données d'une autre étude sur la population inuite²¹ a montré une espérance de vie des Inuits à la naissance de 58 ans pour les hommes et de 69 ans pour les femmes, en 1991. Une extrapolation de l'espérance de vie à la naissance des « Indiens inscrits » prédit que, vers l'an 2000, elle devrait atteindre 70,2 ans pour les hommes et 77,3 ans pour les femmes.¹⁸

MORTALITÉ INFANTILE

L'une des raisons principales de l'espérance de vie plus courte chez les Autochtones réside dans un taux plus élevé de mortalité infantile chez les peuples autochtones. Le taux de mortalité infantile chez les « Indiens inscrits » est le double du taux canadien (12 pour 1000 naissances vivantes comparé à 6,0 pour 1000 naissances vivantes en 1994), malgré une chute marquée au cours des 15 dernières années (le taux était de 28 pour 1000 naissances vivantes en 1979). La mortalité infantile se divise en deux périodes : la mortalité néonatale (décès survenant entre 0 et 27 jours) et mortalité postnatale (décès survenant entre 28 jours et un an). Alors que le taux de morts néonatales chez les « Indiens inscrits » est proche de la moyenne nationale (5,12 contre 4,2 pour 1000 naissances vivantes en 1994), le taux de décès postnatals reste nettement élevé (6,85 contre 2,1 pour 1000 naissances vivantes). En 1994, les causes principales de la mort postnatale chez les nourrissons des « Indiens inscrits » étaient : le syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN) (44 %), les malformations congénitales

(11 %), les problèmes respiratoires (10 %), les infections (6 %) et les blessures (8 %).²²

Les taux de mortalité infantile sont également élevés chez les Inuits du Nunavut et du Nunavik, avec une moyenne de 17,4 pour 1000 naissances vivantes au Nunavut de 1994 à 1996, et 25,5 pour 1000 naissances vivantes au Nunavik de 1989 à 1994. Pour la période allant de 1990 à 1994, le taux de mortalité néonatale était de 10,1 pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité postnatale, de 15,9 pour 1000 naissances vivantes au Nunavik : plus de deux fois et de sept fois la moyenne nationale, respectivement.¹⁴ Les deux tiers des morts néonatales étaient attribuables à des anomalies congénitales (7 pour 1000, par rapport à une moyenne nationale de 1,6 pour 1000). Le taux de mortalité postnatale, bien que nettement élevé, s'est, en fait, amélioré si l'on considère qu'il s'élevait à 29,7 pour 1000, de 1980 à 1984.¹⁴ La plupart des décès postnatals étaient attribuables au SMSN (10 pour 1000), un taux vingt fois supérieur à celui du reste du Québec. À cause du nombre peu élevé des naissances vivantes, on ne peut pas calculer le taux de SMSN au Nunavut, mais des données empiriques suggèrent un taux également élevé (16 morts dues au SMSN enregistrées de 1991 à 1996 dans une population de 21 500 personnes).¹³

POIDS DE NAISSANCE

Malgré des taux plus élevés de mortalité infantile, la proportion de nouveau-nés ayant un faible poids de naissance (< 2 500 g, un groupe habituellement considéré à plus haut risque de mortalité et de morbidité) est légèrement plus faible dans la population des Premières nations que dans l'ensemble de la population canadienne. Le nombre de nouveau-nés ayant un poids élevé à la naissance (> 4 000 grammes) est plus important chez les Premières nations que dans l'ensemble de la population : en 1994, 18 pour cent des nouveau-nés des Premières nations avaient un poids de naissance élevé, par rapport à 12,2 pour cent pour l'ensemble des nouveau-nés canadiens.^{16,22} Un poids de naissance élevé est plus fréquent chez les nouveau-nés mâles, et il est lié à une incidence plus élevée de traumatismes à la naissance et de problèmes du développement.¹⁶

Les taux de faible poids de naissance chez les Inuits du Nunavut (6,8 % de 1994 à 1996) et du Nunavik (4,1 %, de 1991 à 1993) sont légèrement plus élevés que chez les nouveau-nés des Premières nations, et ils se rapprochent de la moyenne canadienne (5,8 %, de 1994 à 1996) ou la dépassent.^{13,14} Ce phénomène est lié au taux plus élevé de naissances prématurées au Nunavik (8,4 %, de 1991 à 1993). Ce taux de prématurité dépasse celui des Cris de la baie James (5,4 %) et celui du Québec (6,8 %) au cours de la même période.¹⁴

Il faut interpréter avec prudence les données sur le poids de naissance puisque les normes déterminant un poids de naissance élevé ou faible sont fondées sur des données provenant de nouveau-nés non autochtones.

TABLEAU 1
**TAUX DE DÉCÈS POUR 1000 CHEZ
 LES INDIENS INSCRITS EN 1992 ET L'ENSEMBLE
 DE LA POPULATION CANADIENNE²⁰**

Sexe	Indiens inscrits	Canada
Femmes	8,3	5,2
Hommes	11,0	6,5
Hommes + Femmes	9,7	5,8

TAUX DE MORTALITÉ*

Le taux brut de mortalité chez les « Indiens inscrits » en 1994 était de 5,3 pour 1000 personnes. Cependant, lorsque l'on compare les taux de mortalité avec ceux de l'ensemble de la population canadienne, les taux doivent être corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge puisque la population autochtone du Canada est beaucoup plus jeune (voir section A). Les taux de mortalité corrigés en fonction de l'âge des « Indiens inscrits » et de l'ensemble de la population canadienne sont indiqués, pour 1992, au tableau 1.²⁰ Les causes principales de la mort chez les « Indiens inscrits », tout comme chez les Inuits (du Nunavut et du Nunavik), sont les blessures, les maladies du système circulatoire, les tumeurs et les maladies de l'appareil respiratoire.^{13,14,19} Les blessures, y compris le suicide, étaient la cause principale des décès dans ces deux régions inuites.^{13,14}

BLESSURES, EMPOISONNEMENTS ET SUICIDE

Le taux élevé des blessures, qui est la cause principale de mortalité chez les « Indiens inscrits », est la seconde raison majeure d'une espérance de vie plus courte pour les « Indiens inscrits » que pour l'ensemble de la population canadienne. Les blessures et les empoisonnements ont été la première cause de mortalité chez les Inuits (du Nunavut et du Nunavik) et dans la population des « Indiens inscrits » pour la période 1984-1994,^{9,13,14} les taux de mortalité due aux blessures étant de trois à quatre fois supérieurs chez les « Indiens inscrits » à ceux de l'ensemble de la population canadienne.^{9,23}

La catégorie des « blessures et empoisonnements » regroupe les décès aussi bien par blessures non intentionnelles, comme les accidents de véhicules, la noyade, l'hypothermie et l'intoxication, aussi bien que par blessures intentionnelles liées aux homicides et aux suicides. En 1992, les causes principales de la mort par blessure chez les « Indiens inscrits » ont été les accidents de véhicules, la noyade, le suicide, l'homicide et la surdose de drogues. Le taux de décès causés par des blessures non intentionnelles chez les Inuits du Nunavut est trois fois plus élevé que la valeur nationale,¹³ et celui des blessures non intentionnelles au Nunavik est de quatre fois supérieur à celui du

Québec et 40 pour cent plus élevé que chez les autres groupes autochtones du Canada.¹⁴

Le taux de suicide chez les « Indiens inscrits » est plus du double de celui des autres Canadiens. En 1991, ce taux était de 36,1 pour 100 000 chez les « Indiens inscrits » alors qu'il était de 14,5 pour 100 000 chez les autres Canadiens. Chez les jeunes « Indiens inscrits » (de 15 à 24 ans), ces taux sont de cinq à six fois ceux des autres jeunes canadiens.^{6,24} En outre, les taux pour les jeunes enfants (de moins de 14 ans) sont importants chez les enfants des Premières nations (3,9 pour 100 000) alors que ce taux est pratiquement nul chez les autres Canadiens.²⁵

Au Nunavut, le suicide est la forme de blessure et de mort la plus fréquente. Le taux de suicide y est cinq fois plus élevé que la moyenne nationale, et il est le plus élevé chez les jeunes de 15 à 29 ans. De même, les suicides surviennent surtout chez les moins de 25 ans au Nunavik. De 1987 à 1994, le taux de suicide au Nunavik, chez les jeunes de 15 à 25 ans, était vingt fois celui du reste du Québec.¹⁴

AUTRES CAUSES DE MORTALITÉ

Les données de 1992 sur les taux de mortalité, standardisées selon l'âge, indiquent que, chez les « Indiens inscrits », les décès dus aux maladies du système circulatoire et de l'appareil respiratoire étaient plus élevés que ceux de l'ensemble de la population canadienne. La même année, le taux de décès dus à des tumeurs chez les « Indiens inscrits » était légèrement plus faible que la moyenne canadienne mais il a augmenté avec les années.^{20,23} Cette augmentation semble surtout attribuable à une augmentation, chez les « Indiens inscrits », du taux de décès dus à des tumeurs chez les hommes.²⁰ Il est important de noter la mortalité attribuable au cancer du poumon chez les Inuits du Nunavut et du Nunavik (voir « Problèmes de santé propres aux Inuits »). La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est fréquente parmi les Inuits du Nunavik et est responsable d'un décès sur dix.¹⁴

AFFECTIONS CHRONIQUES

L'ERSPNI a constaté que les taux de prévalence de cinq problèmes chroniques de santé, tels que rapportés par les intéressés, étaient tous plus élevés chez les participants à l'enquête parmi les Premières nations et les Inuits que dans l'ensemble de la population canadienne. Les rapports entre les taux de prévalence, corrigés selon l'âge et se rapportant à des affections spécifiques, notés chez les Premières nations et les Inuits d'une part, et chez l'ensemble des Canadiens d'autre part, étaient les suivants : diabète (3,3 H - 5,3 F), problèmes cardiaques (3,0 H - 2,9 F), cancer (2,0 H - 1,6 F), hypertension (2,8 H - 2,5 F), arthrite et rhumatisme (1,7 H - 1,6 F). Bien qu'on estime qu'elles sont une sous-estimation reflétant le fait que des participants ne

* Dans les sections suivantes, la discussion sur la mortalité chez les Indiens inscrits puise abondamment dans l'analyse qu'en a fait le D^r Vincent Tookenay dans un rapport non publié préparé pour les étudiants de médecine de l'Université d'Ottawa.

déclaraient pas toujours tout, ces valeurs indiquent cependant des taux considérablement plus élevés d'affections chroniques que dans l'ensemble de la population canadienne. L'examen des taux de prévalence en fonction de l'âge a révélé, comme il fallait s'y attendre, que les taux de prévalence de toutes les affections chroniques augmentaient avec l'âge.¹⁶

Depuis les années 1970, on note chez les Inuits du Nunavik une tendance à l'augmentation des maladies dégénératives chroniques, comme le cancer et les maladies circulatoires, et celles-ci deviennent des causes importantes de mortalité¹⁴ bien que l'on ne dispose pas de données sur leur prévalence pour toutes les communautés inuites. Les prévalences de l'hypertension, des cardiopathies et du diabète semblent être plus faibles chez les Inuits que dans les communautés des Premières nations, mais elles sont en augmentation au Nunavik. La BPCO est fréquente au Nunavik parmi les personnes âgées.¹⁴

Des données limitées sur la santé des Métis signalent une tendance à des taux élevés d'affections chroniques, comprenant le diabète, l'hypertension et l'arthrite. Le schéma de la prévalence de maladies telles que le diabète, l'hypertension, l'emphysème, la tuberculose, les problèmes cardiaques et l'épilepsie suit de près celui de la population autochtone en général. Les taux pour l'arthrite et le rhumatisme, la bronchite et l'asthme étaient plus élevés que ceux de la population autochtone totale.¹⁷

DIABÈTE

Le diabète représente un défi particulier en matière de santé pour les communautés autochtones. L'ESPNI a constaté un taux de prévalence de 11 pour cent dans les communautés étudiées, les hommes et les femmes autochtones ayant, respectivement, 3,3 et 5,3 fois plus de diabète que les moyennes canadiennes.¹⁶ L'Enquête sur les peuples autochtones (EPA) a aussi noté un taux de prévalence ajusté selon l'âge de 9,9 pour cent pour le diabète chez les Autochtones étudiés, contre 3,1 pour cent pour l'ensemble de la population canadienne.²⁶ La prévalence du diabète augmente chez les peuples autochtones en fonction de l'âge. Plus de 25 pour cent des participants à l'ESPNI de plus de 45 ans ont signalé avoir le diabète.¹⁶

De nombreuses études régionales sur le diabète chez les Autochtones au Canada montrent que la prévalence du diabète parmi les peuples autochtones varie selon la région, en fonction de la famille linguistique, de la situation géographique et du degré d'isolement.^{16,26} Cependant, il est difficile de comparer ces études, à cause des différences de méthodologies et de critères diagnostiques employés. On a identifié certaines communautés autochtones ayant des taux de prévalence particulièrement élevés comme, par exemple, les Pimas des États-Unis, chez qui le taux de prévalence est de 65 pour cent parmi les individus âgés de 45 à 74 ans. Au Canada, des chercheurs ont remarqué une tendance générale vers des taux plus faibles chez les peuples autochtones des régions occidentales et septentrionales du

pays.^{26,27} Certains chercheurs ont émis l'hypothèse selon laquelle cette tendance géographique pourrait révéler un lien entre le diabète des Autochtones et l'influence que l'alimentation et le style de vie des Européens a eue sur leur mode de vie traditionnel puisque les communautés autochtones du nord et de l'ouest ont eu un temps de contact plus réduit avec les Européens et donc, ont subi une influence moindre. Bien que, jusqu'à présent, la recherche s'intéressant spécialement au rapport entre le mode de vie traditionnel et le diabète chez les Autochtones ait abouti à des résultats contradictoires,²⁶ il est certain que le diabète était extrêmement rare chez les peuples autochtones au Canada et aux États-Unis avant les années 1950.^{16,28}

Les Autochtones souffrant de diabète ont des taux élevés de complications et de comorbidité. Cinquante-quatre pour cent des participants à l'ESPNI qui avaient le diabète souffraient également d'une autre affection chronique.¹⁶ L'EPA a aussi trouvé des taux élevés de comorbidité chez les Autochtones diabétiques, allant de 36 pour cent, dans le groupe des 30 à 39 ans, jusqu'à 77 pour cent chez ceux qui avaient plus de 65 ans.²⁶ Une étude menée chez les Mohawks souffrant de diabète a révélé que plus de 60 pour cent de ces derniers avaient au moins une complication grave.²⁹ Parmi les participants diabétiques à l'ESPNI, seuls cinq pour cent considéraient leur santé excellente alors que 21 pour cent l'estimaient mauvaise.¹⁶

L'hypertension était la comorbidité la plus fréquemment constatée chez les Autochtones diabétiques participant à l'ESPNI et à l'EPA : ils présentaient des taux d'incidence de 48 et de 43 pour cent, respectivement.^{16,26} Les cardiopathies étaient également fréquentes, et les taux de prévalence chez les diabétiques dans l'ESPNI et l'EPA étaient de 25 et de 28 pour cent, respectivement.^{16,26} Dans l'ESPNI, le diabète semblait précéder les troubles cardio-vasculaires puisque la comorbidité cardio-vasculaire des diabétiques augmentait avec l'âge.¹⁶ L'insuffisance rénale chronique au stade terminal, une complication du diabète, de la glomérulonéphrite et de la pyélonéphrite, avait un taux d'incidence standardisé selon l'âge de 2,5 à 4,0 fois plus élevé chez les Autochtones que la moyenne nationale.⁶ Parmi les participants diabétiques à l'EPA, 8,9 pour cent avaient des troubles visuels qui les empêchaient de voir des caractères sur une page ou des visages à travers une pièce, même avec des lunettes.²⁶

L'ESPNI et l'EPA ont toutes deux montré qu'environ 20 pour cent des Autochtones diabétiques connus avaient une scolarité du niveau de l'école primaire ou moins.^{16,26} De plus, les diabétiques des Premières nations avaient, en moyenne, des revenus plus faibles que ceux qui ne souffraient pas de diabète.²⁶

Les données limitées sur la santé dont on dispose pour les Métis indiquent que les taux de prévalence du diabète chez les Métis sont semblables à ceux de l'ensemble des Autochtones.¹⁷

Le diabète est moins prévalent parmi les communautés inuites que chez les Premières nations et les Métis, bien que les taux soient en augmentation. Au Nunavut, en 1994-95, 6,4 pour cent des Inuits de plus de 45 ans répondaient aux critères du diabète.¹⁴

En 1998, les lignes directrices de la pratique clinique pour le traitement du diabète au Canada³⁰ recommandaient que se fasse un dépistage des Autochtones, au niveau communautaire, en se basant sur les taux à jeun de glucose plasmatique, et que les praticiens y recourent plus souvent et en commençant à un âge plus précoce que tous les trois ans après l'âge de 45 ans, comme il est recommandé pour les groupes qui ne sont pas à haut risque. On y invitait les communautés autochtones à « prendre l'initiative » pour mettre en œuvre des programmes de prévention primaire. Enfin, les lignes directrices recommandaient aussi « la reconnaissance, le respect et la sensibilité à l'égard des questions particulières liées à la langue, à la culture et à la géographie puisqu'elles sont liées aux soins des diabétiques dans les communautés autochtones à travers le Canada. » Toutes les recommandations étaient de classe D, fondées sur un consensus d'experts.³⁰

MALADIES INFECTIEUSES

Les peuples autochtones du Canada présentent des taux croissants de maladies infectieuses par rapport à l'ensemble de la population canadienne. En 1994, l'incidence des cas de tuberculose chez les « Indiens inscrits » était de 47 pour 100 000,⁹ contre une incidence annuelle moyenne de tuberculose au Canada, de 1990 à 1998, de 7,1 cas pour 100 000.¹³ En 1991, 75 pour cent des cas de tuberculose rapportés au Canada provenaient des Premières nations ou des Inuits.²⁴ Le taux brut de prévalence de la tuberculose rapporté par l'ESPNI était de plus de cinq pour cent. Chez les Autochtones de plus de 50 ans qui ont participé à l'ESPNI, la prévalence de la tuberculose (TB) était de 10 pour cent.^{16†} On a rapporté, chez les Autochtones du Canada, un accroissement des taux de prévalence d'autres maladies infectieuses, comme l'hépatite A, B et C, la gastro-entérite, la méningite, la gonorrhée et l'infection à chlamydia.^{6,31,32} Les enfants des Premières nations ont des taux plus élevés d'infection des voies respiratoires (bronchite, pneumonie et laryngotrachéite aiguë) ainsi que de l'otite moyenne grave.⁶

Les taux d'incidence de la tuberculose sont également élevés chez les Inuits du Nunavut et du Nunavik. Le taux annuel moyen d'incidence au Nunavut était de 61,9 cas pour 100 000 de 1990 à 1998.¹³ Au Nunavik, où le taux annuel moyen d'incidence était de 86 cas pour 100 000 de 1990 à 1994, on a constaté que les cas de tuberculose étaient surtout concentrés dans quatre communautés.¹⁴

Les taux d'infection à chlamydia et à gonocoques sont aussi élevés chez les Inuits du Nunavut et du Nunavik. Au Nunavut, de 1989 à 1998, les taux d'infection à chlamydia et de gonorrhée étaient de 15 à 25 fois supérieurs, respectivement, à la moyenne nationale ; et les taux au Nunavik étaient élevés de façon comparable.^{13,14} En 1991, une poussée épidémique de rougeole a sévi au

Nunavut et au Nunavik, au cours de laquelle on a rapporté 475 et 71 cas, respectivement.^{13,14} Depuis, un nouveau programme d'immunisation à deux doses contre la rougeole a été mis en place dans les deux régions. Les otites moyennes compliquées sont aussi fréquentes au Nunavik où la plupart des enfants souffrent d'au moins une infection de l'oreille avant l'âge de 6 mois et où le quart des enfants souffrent d'un déficit auditif sérieux à au moins une oreille avant l'âge de cinq ans.¹⁴

L'EPA de 1991 a montré que l'incidence de la tuberculose chez les Métis est équivalente à celle qui existe pour l'ensemble de la population autochtone, et est considérablement plus élevée que pour l'ensemble de la population canadienne.¹⁷

VIH / SIDA

On a noté une augmentation importante du nombre de cas de VIH / SIDA parmi les Autochtones du Canada. Des 79 pour cent de cas de SIDA pour lesquels on connaissait l'origine ethnique, la proportion des cas impliquant des Autochtones est passée de 1,5 pour cent, en 1989, à 5,6 pour cent de 1993 à 1996, et jusqu'à plus de 10 pour cent en 1998.³³ Des tendances semblables quant à l'augmentation de la prévalence du SIDA ont été observées chez les Autochtones aux États-Unis.⁶ La proportion de cas de SIDA impliquant des femmes adultes est deux fois plus grande parmi les Autochtones pour lesquels le SIDA a été identifié que parmi la population non autochtone ayant le SIDA (17,5 % contre 6,5 %). Enfin, la proportion d'Autochtones atteints du SIDA chez les jeunes de moins de 30 ans est plus élevée que chez les non-Autochtones (29,3 % c. 17,6 %).³³

Onze cas d'infection au VIH ont été signalés au Nunavut de 1987 à 1998, dont sept cas de SIDA mortels au cours de cette même période.¹³ On ne dispose pas de données sur la prévalence du VIH et du SIDA pour les autres régions inuites, mais on pense qu'elles sont basses au Nunavik.¹⁴ En dépit de certaines indications selon lesquelles le VIH et le SIDA ne seraient pas un problème grave chez les Inuits, plusieurs facteurs en font une population à risque : des taux élevés d'autres MTS et d'abus d'intoxicants, un manque de connaissances sur la maladie et sur la manière de la prévenir et un manque de ressources et de stratégies didactiques correspondant au contexte culturel.³⁴ Les données sur la prévalence du VIH au Nunavut et dans les autres régions arctiques ont peut-être tendance à sous-estimer le problème : comme les petites communautés sont très soudées, elles rendent très difficiles la pratique des tests confidentiels et anonymes et les Inuits à risque pour le VIH doivent alors voyager à l'extérieur de leur communauté pour être testés.

OBÉSITÉ

L'obésité est un problème majeur de santé relativement nouveau auquel doivent faire face les communautés autochtones et on

[†] Ces données sont peut-être plus une mesure de l'apparition de la tuberculose au cours de la vie que de sa prévalence, puisque la question posée dans l'ESPNI demandait si une personne « avait jamais été avisée par un professionnel de la santé qu'elle avait la tuberculose. »

pense qu'elle est liée aux changements dans l'alimentation et le niveau d'activité physique qui se sont produits au cours des deux dernières générations.³⁵ Bien que la prévalence de l'obésité varie selon la région, la plupart des communautés autochtones qui examinent cette question signalent des taux importants d'obésité,^{6,36,37} ces derniers étant plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Bien que des études sur les enfants aient également fait état de rapports élevés poids et taille, ces informations doivent être examinées dans le contexte des données des rapports poids/taille qui soient spécifiques à la race et on ne dispose pas de ces données pour toutes les communautés autochtones.⁶ Une étude menée dans le nord de l'Ontario et du Manitoba³⁵ a révélé une prévalence de l'indice de masse corporelle allant jusqu'à 90 pour cent dans le groupe des obèses et des individus ayant une surcharge pondérale. En comparaison aux individus non obèses, on a observé chez les obèses des valeurs plus élevées des lipides sériques, de la tension artérielle, du glucose sérique, et des niveaux d'hémoglobine A1C, et on a aussi noté un lien indépendant entre l'obésité d'une part, et l'hypertension et le diabète sucré d'autre part.³⁵ Dans certaines communautés autochtones des États-Unis, plus de 65 pour cent des adultes sont obèses.³⁸

La prévalence de l'obésité est plus faible au Nunavut (19 %) et au Nunavik (19 %) que la moyenne nationale au Canada (23 %).^{13,14} Cependant, la proportion d'adultes obèses a augmenté au Nunavik de 16 pour cent, en 1983, à 19 pour cent, en 1992.¹⁴

TABAGISME

L'ESPNI a constaté une prévalence du tabagisme de 62 pour cent chez les peuples des Premières nations et les Inuits, ce qui représente le double du taux de tabagisme dans l'ensemble de la population canadienne.^{16,39} Elle a noté également une forte

corrélation négative entre l'âge et l'usage du tabac, allant d'une forte prévalence de 72 pour cent, chez les 20 à 24 ans, à une prévalence plus faible de 23 pour cent dans le groupe des plus de 75 ans. Le Dr Reading fait le commentaire suivant :

Dans une population dont les cultures sont si diverses et la géographie si étendue, on ne s'attendrait pas à trouver des taux de tabagisme aussi élevés et constants. Un tel résultat pourrait suggérer une forte identification culturelle avec le tabac, une résistance à y voir un danger pour la santé et un lien avec des déterminants sociaux et économiques de la santé.¹⁶

Au Nunavut et au Nunavik, les taux de prévalence du tabagisme chez les adultes sont de 67 et 68 pour cent, respectivement.¹³ L'habitude de fumer est prise dès le jeune âge dans ces deux régions. Au Nunavik, les deux tiers des enfants de 12 et 13 ans sont des fumeurs, alors qu'au Nunavut plus de 75 des fumeurs ont commencé à fumer avant l'âge de 20 ans. Il existe aussi des données sur la prévalence du tabagisme en cours de grossesse : 75 et 73 pour cent au Nunavik et au Nunavut, respectivement.¹⁴

Quarante-neuf pour cent des Métis interrogés par l'EPA de 1991 fumaient tous les jours.¹⁷

ABUS D'ALCOOL ET DE DROGUES

De nombreux participants à l'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991 ont identifié les abus d'alcool et de drogues comme étant des problèmes communautaires importants :³⁹ 61,1 pour cent d'entre eux ont signalé que l'abus d'alcool était un problème dans la communauté dans laquelle ils vivaient, alors que 47,9 pour cent pensaient que l'abus de drogues était également un problème communautaire (tableau 2).

On ne dispose généralement pas de chiffres exacts sur la prévalence des abus d'alcool et de drogues parmi les

Problème social	Amérindiens vivant dans des réserves ou des établissements indiens n = 102 075	Amérindiens ne vivant pas dans des réserves n = 186 295	Métis n = 84 155	Inuits n = 20 805	Total† n = 388 900
Suicide	35 195 (34,5)	38 005 (20,4)	18 200 (21,6)	8 575 (41,2)	98 690 (25,4)
Chômage	79 900 (78,3)	112 195 (60,2)	56 330 (66,9)	15 505 (74,5)	261 100 (67,1)
Violence familiale	44 975 (44,1)	67 820 (36,4)	32 805 (39,0)	9 040 (43,5)	152 435 (39,2)
Abus sexuel	29 555 (29,0)	40 605 (21,8)	19 350 (23,0)	7 305 (35,1)	95 400 (24,5)
Toxicomanie	60 010 (58,8)	80 390 (43,2)	38 060 (45,2)	10 195 (49,0)	186 425 (47,9)
Alcoolisme	74 715 (73,2)	104 280 (56,0)	49 520 (58,8)	11 980 (57,6)	237 680 (61,1)
Viol	16 735 (16,4)	24 725 (13,3)	12 305 (14,6)	5 190 (24,9)	58 120 (14,9)

Source : Statistique Canada, *Le quotidien*, catalogue no 11 001E, 29 juin, 1993 : S.O. ministre de l'Industrie, 1993.
† Les totaux sont moins que la somme des groupes précédents parce que plusieurs Autochtones sont compris dans plus d'un groupe.

Autochtones du Canada et ils doivent faire l'objet de variations individuelles et communautaires ; cependant, un petit nombre d'études ont trouvé des taux élevés d'abus de substances, y compris les solvants, parmi la jeunesse des Premières nations,^{6,40} et des études au Nunavut¹³ et au Nunavik¹⁴ ont constaté des taux respectifs de 24 et 25 pour cent de buveurs « à risque »^{††} dans ces populations. La morbidité et la mortalité liées à l'abus de solvants sont importantes chez les Inuits du Nunavik,¹⁴ et on a signalé l'usage fréquent de la marijuana par la majorité des hommes de moins de 45 ans.^{13,14}

Les méthodes habituelles de détermination des taux d'abus d'alcool recourent à des extrapolations à partir des taux de cirrhose du foie et d'autres diagnostics liés à l'alcool, des incarcérations, des morts violentes, de la participation à des programmes de traitement, et des ventes d'alcool. Parmi ces derniers, les taux de cirrhose du foie pourraient ne pas permettre une corrélation exacte chez les peuples autochtones du fait d'une durée de vie plus courte.⁴¹ D'autres indicateurs, surtout les statistiques sur les morts violentes, indiquent que les peuples autochtones sont relativement plus à risque que les Canadiens non autochtones en ce qui concerne les effets de l'abus d'alcool et de drogues. Une recherche américaine a constaté que la prévalence de la consommation d'alcool chute après l'âge de 40 ans chez les Autochtones des États-Unis.⁴²

SYNDROME D'ALCOOLISME FŒTAL ET EFFETS DE L'ALCOOL SUR LE FŒTUS

Bien que plusieurs études aient indiqué que le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) est plus prévalent parmi les enfants des Premières nations que chez les enfants canadiens en général, les données ne sont pas probantes dans la mesure où l'information sur la prévalence du SAF dans l'ensemble de la population canadienne est insuffisante.⁶ De plus, les études canadiennes examinant la prévalence du SAF parmi les enfants des Premières nations ont été critiquées pour leur manque de normalisation des critères diagnostiques et pour n'avoir pas pu s'assurer que les enquêteurs ne pouvaient pas connaître l'usage maternel d'alcool.⁴³ Les données américaines indiquent que la prévalence du SAF est la même pour l'ensemble de la population américaine et certaines communautés autochtones, dont les Navajos et les Pueblos, et qu'elle est plus élevée que la moyenne dans certains groupes particuliers comme ceux des Prairies. Il semble donc important de procéder à des évaluations de cette prévalence propres à chaque communauté.⁴⁴

Il n'existe aucune statistique sur la prévalence du syndrome d'alcoolisme fœtal et sur les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) dans les communautés inuites du Nord, bien que des données sur les profils de la consommation d'alcool au cours de la grossesse aux Nunavut et Nunavik signalent un risque important de SAF/EAF dans ces régions : 18 pour cent des femmes

enceintes interrogées au Nunavut et, de 25 à 30 pour cent de celles du Nunavik, ont admis avoir consommé de l'alcool en cours de grossesse.^{13,14} Les services propres au diagnostic et à la prise en main des SAF/EAF sont très limités dans le nord.³⁴

Les personnes présentant les SAF/EAF ont un risque élevé de problèmes judiciaires.⁴⁵

VIOLENCE FAMILIALE, PHYSIQUE ET SEXUELLE

Les participants à l'Enquête auprès des peuples autochtones ont aussi signalé la violence familiale et sexuelle comme des problèmes sociaux importants : 39,2 et 24,5 pour cent d'entre eux, respectivement, ont estimé que la violence familiale et la violence sexuelle étaient des problèmes dans leur communauté (tableau 2).³⁹ Bien que la recherche conventionnelle sur la violence domestique ait rarement inclus les familles autochtones, les publications disponibles font état du fait que la plupart des femmes autochtones ont été victimes de violence domestique physique et que la violence sexuelle sur les enfants est courante. Une étude menée par l'*Ontario Native Women's Association*⁴⁶ a constaté que 80 pour cent des femmes autochtones étaient victimes de violence.[‡] Certains auteurs montrent que la violence familiale et sexuelle n'étaient pas courantes avant la colonisation européenne, et ils lient l'augmentation de prévalence aux forces d'acculturation, qui comprennent l'épisode des pensionnats.^{47,48} Des consultations menées par l'*Aboriginal Circle of the Canadian Panel on Violence Against Women* ont permis de noter que les facteurs contribuant à la violence envers les femmes autochtones incluaient les facteurs de stress économique, l'abus de substances et la perte du style de vie traditionnel.⁴⁹

SANTÉ MENTALE

Il existe peu d'information publiée sur la prévalence des troubles mentaux parmi les Autochtones du Canada.⁶ Le diagnostic et la classification des troubles mentaux, appliqués à différentes cultures, à partir de définitions médicales occidentales, présentent toujours un défi pour les professionnels de la santé. Cependant, les taux élevés de suicide et les conditions socio-économiques difficiles auxquelles doivent faire face de nombreux Autochtones sont symptomatiques des taux élevés de certains troubles mentaux, notamment, la dépression. De plus, de gros écarts existent d'une communauté à l'autre, comme le prouvent certaines données américaines.⁵⁰ Neuf anciens élèves des pensionnats sur dix pensaient que les services de santé mentale devaient être améliorés.¹⁶

INVALIDITÉ

L'Enquête auprès des peuples autochtones a révélé qu'en 1991, 31 pour cent des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis de plus de 15 ans souffraient d'une forme d'invalidité, ce qui représente plus du double de la moyenne

^{††} Une personne « à risque » en est une qui boit cinq consommations d'alcool ou plus à la fois.

[‡] Il est important de noter que le taux de réponses au questionnaire d'enquête n'a été que de 15 pour cent dans cette étude.

nationale.¹⁶ Les invalidités les plus communes sont celles touchant à la mobilité, à l'agilité, à l'audition et à la vue : 15 pour cent des membres des Premières nations et des Inuits ont de la difficulté à suivre une conversation,¹⁶ et ce taux est de huit et de 11 pour cent, respectivement, chez les femmes et les hommes inuits du Nunavik.¹⁴ Les taux d'incapacité chez les Premières nations et chez les Inuits augmentent avec l'âge. Les maladies chroniques, y compris l'hypertension, le diabète, l'arthrite, les problèmes cardiaques et le cancer sont liées à une prévalence des incapacités allant de 24 à 38 pour cent.¹⁶ Selon l'EPA de 1991, 34 pour cent des Métis adultes interrogés ont fait état de troubles de l'audition et 22 pour cent, de troubles de la vue.¹⁷

SANTÉ DENTAIRE

Les enquêtes nationales de 1992 et de 1996 sur la santé dentaire des enfants autochtones ont révélé une prévalence élevée des problèmes de santé dentaire. En 1996, 89 pour cent des enfants de 12 ans et 95 pour cent des enfants de 6 ans avaient des caries dentaires. Les deux tiers des enfants examinés avaient besoin d'un traitement urgent, d'un travail de restauration ou d'extractions. En 1992, une étude a montré qu'environ 25 pour cent des enfants autochtones souffraient de maux de dents ou de saignements de gencives.⁵¹ On a observé une prévalence de 95 pour cent des caries chez les enfants inuits des Territoires du Nord-Ouest, et un indice de dents cariées nécessitant l'obturation (DCNO) de 8,2 à 8,7, alors que le taux de caries était de 52 pour cent et l'indice DCNO, de 1,7 chez l'ensemble des enfants de l'Ontario.⁵² De plus, on a signalé des taux élevés de carie du biberon chez les enfants inuits.⁵² Une enquête sur les besoins dentaires des Autochtones adultes dans la région de Keewatin a révélé que 60 pour cent des adultes avaient besoin d'au moins une intervention restauratrice, que 68 pour cent nécessitaient une prophylaxie et 45 pour cent, un traitement périodonta.⁵³ Plus de 45 pour cent des personnes interrogées au cours de l'ESPNI avaient besoin d'une intervention dentaire au moment de l'enquête.¹⁶ Des études américaines ont aussi révélé des taux plus élevés de caries dentaires et des indices plus forts de DCNO parmi les peuples autochtones des États-Unis.^{54,55}

Historiquement, au moins quelques groupes autochtones du Canada avaient des taux très faibles de problèmes dentaires. Par exemple, des enquêtes sur la santé dentaire des Inuits au début du XX^e siècle ont révélé « très peu de caries et de pertes de dents même chez les plus âgés. »⁵³ Ce n'est qu'à partir de l'adoption d'une alimentation non traditionnelle, notamment des sucres raffinés, que les caries dentaires sont devenues endémiques dans les communautés inuites. Dans les communautés du Nunavut où l'eau a été traitée au fluor, on a observé une baisse de 35 à 38 pour cent des caries dentaires chez les enfants de moins de 12 ans en comparaison aux communautés n'ayant pas bénéficié de la fluoruration.¹³

EXPOSITION AUX CONTAMINANTS DE L'ENVIRONNEMENT

Les peuples autochtones qui vivent dans des zones contaminées ou qui consomment des viandes d'animaux sauvages et du poisson risquent plus d'être exposés à des contaminants environnementaux. On a trouvé de fortes concentrations de mercure chez certains Autochtones vivant dans le nord de l'Ontario et du Québec. On soupçonne que le mercure provenait des inondations dues aux projets hydroélectriques ou de la pollution par les papeteries. Le mercure s'était accumulé dans les poissons pour être ensuite consommé par les membres de ces communautés.⁴⁸ On a mesuré des niveaux sanguins moyens de mercure dans le cordon ombilical 18 fois plus élevés au Nunavik que dans le sud du Québec.¹⁴ Les polychlorobiphényles (PCB) sont d'autres contaminants courants trouvés dans l'environnement : une étude sur les femmes inuites du nord du Québec a montré que leur lait contenait une concentration de PCB sept fois plus importante que celui des femmes d'ascendance européenne vivant dans la région sud du Québec.¹⁴ Une autre étude, menée à Broughton Island dans les Territoires du Nord-Ouest, a fait état de niveaux élevés de PCB dans le gibier utilisé traditionnellement comme nourriture.^{6,48}

PROBLÈMES DE SANTÉ PROPRES AUX FEMMES AUTOCHTONES

a) Cancer cervical

L'incidence et le taux de mortalité du cancer cervical sont beaucoup plus élevés chez les femmes inuites que dans la population canadienne.⁶ En Colombie-Britannique, les femmes des Premières nations présentent une mortalité due au cancer cervical six fois supérieure à celle des femmes qui ne font pas partie des Premières nations, et elles ont beaucoup moins de chance d'être dépistées pour un cancer cervical.⁵⁶ Des risques élevés semblables de cancer cervical ont été établis pour les femmes autochtones en Saskatchewan et aux États-Unis.⁵⁷⁻⁵⁹ Le cancer cervical est trois fois plus courant chez les femmes inuites du Nunavik que dans l'ensemble de la population.¹⁴ Une petite étude dans une communauté inuite a indiqué de faibles taux de participation au dépistage du cancer cervical.^{13,60}

b) Diabète gestationnel

Des études sur la prévalence du diabète gestationnel chez les femmes autochtones du nord de l'Ontario et du Québec ont constaté des taux régionaux de prévalence allant de 8,4 à 12,8 pour cent.⁶¹⁻⁶³ Ces études excluaient les femmes qui avaient déjà un diabète connu. Une étude a révélé un taux de prévalence du diabète en cours de grossesse de 46,9 pour cent chez les femmes de plus de 35 ans.⁶¹ Trente pour cent des femmes diabétiques ayant participé à l'ESPNI ont signalé que leur diabète avait été diagnostiqué pour la première fois au cours de leur grossesse, ce qui a amené ses auteurs à recommander un examen de dépistage pour toutes les femmes autochtones enceintes au moyen d'une épreuve

d'hyperglycémie provoquée par voie orale.¹⁶ Un suivi est également nécessaire étant donné que l'examen de dépistage en cours de grossesse ne donne aucune information permettant de savoir si une femme avait ou non le diabète avant la grossesse. Le diabète gestationnel a été lié à un âge maternel avancé, à la macrosomie fœtale, à l'hyperglycémie et l'hyperbilirubinémie fœtales et il nécessite souvent un accouchement assisté.⁶²

c) Violence

Pauktuutit, l'association nationale des femmes inuites, a défini la violence, physique et mentale, de même que la violence sexuelle envers les enfants, comme un problème majeur de la santé des femmes.³³

PROBLÈMES DE SANTÉ PROPRES AUX INUITS

Le cancer du poumon est le type de cancer le plus courant chez les hommes et les femmes inuites du Nunavut et du Nunavik.^{13,14} Le taux de mortalité dû au cancer du poumon au Nunavik était 3,4 fois celui observé au Québec, de 1987 à 1994 : au moins 90 pour cent des cas étaient liés au tabagisme. Il semble qu'il s'agisse d'un problème relativement nouveau. Les cancers intestinaux étaient également courants, se plaçant en seconde position des cancers chez les hommes et en troisième position, chez les femmes (après le cancer cervical) au Nunavik.¹⁴ Les cancers intestinaux représentaient 30 pour cent de la mortalité totale due au cancer au Nunavut, de 1991 à 1996.¹³ On considère aussi les Inuits à très haut risque pour le cancer rhino-pharyngien et pour celui des glandes salivaires, qui sont relativement rares dans d'autres populations.⁶

PROBLÈMES DE SANTÉ EN FONCTION DU CYCLE DE VIE / GROUPE D'ÂGE

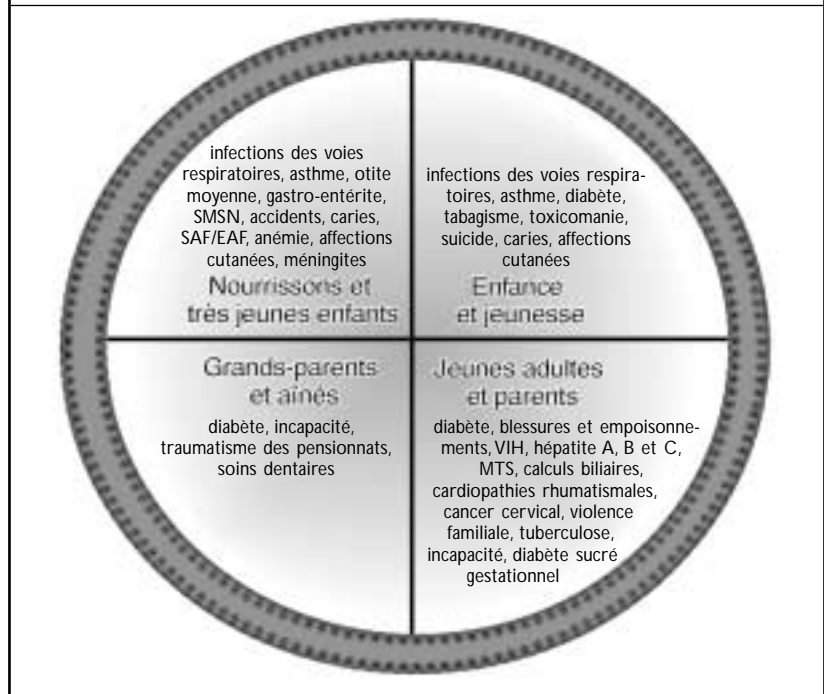
Des problèmes de santé propres aux peuples autochtones (tels qu'ils ont été identifiés par les recherches bibliographiques) liés aux quatre étapes du cycle de la vie sont résumés ci-dessous dans les tableaux 3 à 6 et illustrés dans la figure 2. Des détails plus approfondis des problèmes de santé propres aux peuples autochtones dépassent les objectifs de cet article et sont présentés ailleurs.^{38,64}

GRANDS-PARENTS ET AÎNÉS

Malgré le fait que les jeunes constituent une partie numériquement plus importante de la population autochtone que pour l'ensemble du Canada, à mesure que l'espérance de vie augmente, la population des aînés augmente aussi. On s'attend à ce que le nombre des Autochtones de plus de 65 ans triple de 1991 à 2016.⁶⁶

FIGURE 2

PROBLÈMES DE SANTÉ IMPORTANTS POUR LES AUTOCHTONES



Les aînés autochtones font face à un lourd fardeau de problèmes de santé. On a signalé plus tôt l'accroissement de la fréquence du diabète, des problèmes cardiaques, du cancer, de l'hypertension et de l'arthrite, chez les participants à l'Enquête sur la santé des Premières nations et des Inuits, par rapport à celles de l'ensemble de la population canadienne : ces cinq maladies chroniques ont toutes les taux de prévalence les plus élevés chez les plus de 65 ans.¹⁶ Chez les plus de 75 ans, 48,9 pour cent voient leurs activités quotidiennes limitées à cause de leur santé.¹⁸ Les taux de troubles de l'audition et de la vue sont aussi élevés chez les plus âgés des Autochtones.^{18,54} Il n'est pas surprenant de noter une détérioration avec l'âge de la perception personnelle de l'état de santé : seulement 11 pour cent des femmes et 22 pour cent des hommes de plus de 75 ans et ayant participé à l'Enquête sur la santé des Premières nations et des Inuits ont estimé que leur santé était bonne ou excellente.¹⁶

Une proportion importante des Autochtones les plus âgés avaient été obligés d'aller en pensionnat au cours de leur enfance. Les actes de violence perpétrés dans les pensionnats et l'effet de ces actes sur les individus et sur leur famille et leur communauté, pendant plusieurs générations, ont été présentés dans la première partie de ce document (section A4).^{**} Il est difficile de quantifier les effets précis des pensionnats sur la santé à long terme dans la mesure où leur impact s'est produit sur des communautés entières et où d'autres déterminants majeurs coexistent, comme le chômage, le niveau d'éducation et le revenu. L'ESPNI a constaté que 39 pour cent des répondants déclaraient avoir vécu dans

** Soc Obstet Gynaecol Can 2000;22(12):1074-6.

des pensionnats ; il s'agit probablement d'une sous-estimation puisqu'on avait suggéré aux participants d'omettre cette question si elle était perçue comme un point trop sensible pour être discuté. Soixante-cinq pour cent de ceux qui avaient été résidents

des pensionnats ont indiqué un état de santé passable ou mauvais.¹⁶ On doit tenir compte de l'impact puissant qu'a eu l'expérience des pensionnats sur les individus, les familles et les communautés lorsqu'on considère l'état de santé.

TABLEAU 3 PROBLÈMES DE SANTÉ IMPORTANTS PROPRES AUX NOURRISSONS ET AUX TRÈS JEUNES ENFANTS <i>« Les nourrissons sont vus par leurs aînés, leur famille et leur communauté comme des dons du Créateur. »⁶⁵</i>	
Infections des voies respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> • Une bronchite est signalée par la famille pour 9 % des enfants avant l'âge de 5 ans (ESPNI) contre 3 % pour tous les âges (ELNEJ)¹⁶ • Au Nunavik, un nourrisson sur trois était hospitalisé pour une bronchite ou une pneumonie au cours de la première année de vie (32 % d'incidence)¹⁴ • La pneumonie était la quatrième cause de décès depuis l'âge de 28 jours à un an chez les Autochtones des États-Unis⁶⁷
Asthme	<ul style="list-style-type: none"> • 15 % (ESPNI entre 0 et 5 ans) contre 11 % pour tous les âges (ELNEJ)¹⁶
Otite moyenne	<ul style="list-style-type: none"> • Respectivement, 58 et 60 % des enfants des « Natifs de l'Alaska » et ceux des Premières nations vivant dans le sud-ouest des É.-U. ont eu au moins une crise d'otite moyenne aiguë au cours de la première année de vie⁶⁸ • Également, augmentation (de 15 à 60 fois par rapport aux non-Autochtones) des taux de complications comme la perforation chronique et la perte d'audition⁶⁸ • « On a observé une forte tendance à l'augmentation des taux de problèmes d'oreille dans le groupe d'âge des plus jeunes »¹⁶ • La plupart des nourrissons du Nunavik souffrent d'au moins une crise d'otite moyenne avant l'âge de six mois¹⁴
Gastro-entérite et colite	<ul style="list-style-type: none"> • Troisième cause d'hospitalisation chez les nourrissons indiens et « natifs de l'Alaska » (données américaines, 1994)⁶⁹
Syndrome de la MSN	<ul style="list-style-type: none"> • De 3 à 4 fois le taux canadien^{6,48,69}
Blessures accidentelles	<ul style="list-style-type: none"> • Taux quatre fois supérieur de décès dus à une blessure^{6,16}
Poids de naissance élevé	<ul style="list-style-type: none"> • 17 % des nourrissons autochtones > 4000 g contre 12 % pour l'ensemble des nourrissons canadiens¹⁶
Caries dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Incidence de la carie du biberon : moyennes > 50 %^{52,55}
Syndrome d'alcoolisme fœtal / effets de l'alcool sur le fœtus	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'incidence de 2,2 à 17,9 pour 1000 naissances vivantes aux États-Unis⁶⁹ • augmentation non probante de la prévalence au Canada⁶
Dysplasie ou anomalie congénitale de la hanche	<ul style="list-style-type: none"> • de 35 à 600 pour 1000 à Island Lake (Manitoba) contre 2 à 19 pour 1000 en Amérique du Nord⁷⁰
Méningite bactérienne	<ul style="list-style-type: none"> • Un nourrisson sur trente a souffert d'une méningite bactérienne au cours de la première année le long de la côte de l'Hudson au Nunavik, de 1980 à 1990 avec un taux de prévalence de 543/100 000 chez les enfants de moins de 5 ans¹⁴ • > 400 cas pour 100 000 dans le sud-ouest de l'Alaska, dans les années 1970⁷¹ Il y a eu une diminution subséquente de la prévalence après vaccination contre l'HIB⁷¹
Anémie sidéropénique	<ul style="list-style-type: none"> • Dans deux études régionales, 31,9 % et 43 % des nourrissons autochtones, respectivement, avaient des niveaux d'hémoglobine < 110 g/l^{72,73} • au Nunavik, 60 % des enfants de neuf à quatorze mois avaient des niveaux d'hémoglobine < 110 g/l¹⁴
Affections cutanées⁷⁷	
Rachitisme par déficience en Vitamine D	<ul style="list-style-type: none"> • 40 cas de rachitisme chez les enfants des Premières nations et des Inuits d'un à 49 mois ont été observés au Manitoba de 1972 à 1984⁷⁴

TABLEAU 4 PROBLÈMES DE SANTÉ IMPORTANTS PROPRES AUX ENFANTS ET AUX JEUNES <i>« Les enfants apportent l'amour, le respect, l'affection et le partage à leur famille ... la jeunesse amène l'activité et du piquant à la vie. »⁶⁵</i>	
Infections des voies respiratoires^{16,77}	
Asthme¹⁶	
Complications de l'otite moyenne	<ul style="list-style-type: none"> • À cinq ans, un quart des enfants du Nunavut ont une perte importante de l'audition dans au moins une oreille
Affections cutanées⁷⁷	
Blessures accidentelles	<ul style="list-style-type: none"> • Le taux de décès par blessure chez les adolescents autochtones de 15 à 19 ans est trois fois plus élevé que la moyenne canadienne (176 contre 48 pour 100 000)⁶
Diabète	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la prévalence dans la région de Sioux Lookout chez les enfants des Premières nations de 7 à 15 ans : jusqu'à 2,5 pour 1000, en 1994⁷⁸
Tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> • Dans une enquête auprès des enfants Cris du nord du Québec, 51,4 % des enfants de 11 à 18 ans ont été classés comme fumeurs¹⁶ • 72 % des autochtones de 20 à 24 ans sont des fumeurs¹⁶
Abus de substances	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude dans une ville du centre des Prairies canadiennes a révélé que plus de jeunes Autochtones ont admis l'usage de LSD, de marijuana, de solvants et d'autres hallucinogènes que chez les jeunes non-Autochtones. Les taux de consommation d'alcool étaient semblables⁶ • Une étude auprès des jeunes dans 25 réserves du Manitoba a révélé une prévalence de 20 % de l'abus de solvants. L'âge moyen de la consommation était de 12 ans, mais on a signalé des inhalations dès l'âge de 4 ans⁶
Suicide	<ul style="list-style-type: none"> • Le taux de suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans est 6 fois celui de la moyenne nationale²³
Caries dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • 89 % des enfants autochtones de 12 ans et 95 % de ceux de 6 ans avaient des caries dentaires d'après une enquête nationale de 1996⁵¹

Cueller résume certains des problèmes importants auxquels les aînés autochtones doivent faire face dans leurs contacts avec les services de santé :

« Les systèmes de services de santé et humanitaires ont échoué dans leur façon de répondre aux besoins des Indiens les plus âgés parce qu'ils ne savent pas y intégrer les générations familiales, qu'ils ne s'appuient pas sur une information adéquate sur les Indiens plus âgés et qu'ils ne tiennent pas compte de leur mode de vie familial, de leurs institutions, des facteurs culturels et des langues autochtones dans leur planification des services. »⁷⁵

La violence envers les aînés est en train de devenir un problème de plus en plus préoccupant dans les communautés des Premières nations et des Inuits.

SOMMAIRE

La première section de ce document^{***} a traité du concept de transition épidémiologique appliquée aux peuples autochtones du Canada. Parmi les trois étapes graduelles de la santé et de la

maladie qui ont été notées au niveau international chez les peuples indigènes qui vivent sous l'effet de la colonisation européenne, les peuples autochtones du Canada semblent se situer entre les seconde et troisième étapes.⁷⁶ Parallèlement à la diminution des taux de maladies infectieuses et à l'augmentation rapide de la population, les maladies chroniques dégénératives se multiplient : ces schémas varient en fonction de la communauté. Dans son examen de la santé des Navajos américains et de leurs services de santé, Haraldson souligne que, même si les interventions occidentales en matière de santé publique, comme les vaccins, le génie sanitaire et les soins cliniques organisés, peuvent avoir un impact important sur les indicateurs de la santé au niveau de la seconde étape de transition, les schémas de morbidité et de mortalité, qui sont soumis à une influence comportementale plus marquée et qui sont liés aux maladies chroniques dégénératives posent un défi plus grand pour la santé : « Des changements profonds du mode de vie et des comportements sont nécessaires pour que ces schémas soient corrigés, et cela dépend grandement de l'intérêt et des activités des communautés elles-mêmes. »⁷⁹

*** J Soc Obstet Gynaecol Can 2000;22(12):1070-81.

TABLEAU 5 PROBLÈMES DE SANTÉ IMPORTANTS PROPRES AUX JEUNES ADULTES ET AUX PARENTS <i>« Les jeunes adultes ... se déplacent en direction de l'ouest, c'est-à-dire vers la maturité et l'action ... »⁶⁵</i>	
Diabète	<ul style="list-style-type: none"> • Dans leur trentaine, 5 % des membres des Premières nations ont le diabète, par rapport à 1 % dans la population canadienne dans le même groupe d'âge²⁶
Blessures et empoisonnements	<ul style="list-style-type: none"> • Première cause de décès chez les « Indiens inscrits », chaque année, de 1984 à 1994⁹ • Les accidents de véhicules engendrent le type de blessures le plus courant, suivis du suicide²⁵ • La plupart des accidents en véhicule ont lieu après l'âge de 15 ans²⁵ • Les taux de suicide des Autochtones de 25 à 34 ans sont 4 fois ceux de la moyenne nationale²⁵ • La majorité des décès dus à un empoisonnement ou à une surdose de drogue interviennent chez les personnes de 24 à 64 ans²⁵
VIH / SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • > 10 % des cas canadiens connus de SIDA en 1998 touchaient des personnes d'ascendance autochtone³³ • Des données récentes provenant de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, et de la Saskatchewan montrent que les Autochtones fournissent 15 %, 26 %, et 30 %, respectivement, des infections au VIH récemment diagnostiquées³³ • 30 % des Autochtones souffrant du SIDA ont moins de 30 ans³³
Hépatites A, B et C	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de séroprévalence beaucoup plus élevé pour les trois infections³¹ • La séropositivité au VHA est le double de celle de l'ensemble de la population³¹ • Le taux de séropositivité à l'antigène de surface de l'hépatite B est de 6 à 10 fois celui de l'ensemble de la population³¹ • L'anti-VHC est de 10 à 20 fois celui de la population générale³¹
Maladies transmises sexuellement	<ul style="list-style-type: none"> • Au Manitoba, une étude a indiqué que les femmes autochtones étaient fortement à risque de contracter l'infection à chlamydia et la gonorrhée⁸⁰ • Les taux d'infection à chlamydia et de gonorrhée au Yukon et dans les TNO (régions surtout peuplées par des Autochtones) sont de 2 à 11 fois la moyenne nationale²⁵ • Des données américaines font apparaître des écarts régionaux. On y note des taux d'infection à chlamydia, de gonorrhée et de syphilis plus élevés que la moyenne³²
Calculs biliaires	<ul style="list-style-type: none"> • On a observé des taux de troubles de la vésicule biliaire plus élevés que la moyenne chez les Premières nations du nord de l'Ontario et du Québec, de la Nouvelle-Écosse et chez plusieurs Premières nations des États-Unis⁸¹
Rhumatisme cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> • Le taux de prévalence du rhumatisme articulaire aigu parmi les peuples des Premières nations aux États-Unis est le double du taux américain général⁸²
Dyslipidémies	<ul style="list-style-type: none"> • Les données américaines indiquent en général des concentrations de cholestérol plus basses chez les Amérindiens que dans l'ensemble de la population américaine, mais il existe des écarts régionaux⁸³ • Les Autochtones diabétiques avaient de plus fortes prévalences de dyslipidémies⁸³
Diabète sucré gestationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Des études dans les régions du Nord de l'Ontario et du Québec ont révélé des taux de prévalence de 8,4 %, ⁶¹ 8,5 %, ⁶³ et 12,8 %.⁶² Ces études ne tenaient pas compte des femmes ayant déjà un diabète • Les taux augmentaient en fonction de l'âge maternel et atteignaient jusqu'à 46,9 % chez les femmes de plus de 35 ans⁶¹ • Le diabète gestationnel était lié à la macrosomie fœtale, à l'hypoglycémie et à l'hyperbilirubinémie fœtale et à l'augmentation des taux d'accouchement assisté⁶²
Cancer cervical	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes des Premières nations en C.-B. ont un taux de mortalité due au cancer cervical 6 fois plus élevé que celui des femmes non-Autochtones⁵⁶ • On a fait état de l'augmentation du risque de cancer cervical chez les femmes autochtones en Saskatchewan et aux États-Unis⁵⁷⁻⁵⁹ • Le cancer cervical est 6 fois plus fréquent chez les femmes inuites du Nunavik que dans l'ensemble de la population¹⁴
Polyarthrite rhumatoïde	<ul style="list-style-type: none"> • On a trouvé des taux de prévalence allant jusqu'à 4 % dans certaines communautés des Premières nations du nord-ouest de l'Ontario⁸⁴
Violence familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Dans une enquête nationale, 39 % des Autochtones ont fait état de la violence familiale comme un problème social dans leur communauté³⁹ • De plus, 24,5 % ont cité la violence sexuelle comme un problème social dans leur communauté³⁹
Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> • 75 % des cas de tuberculose notés au Canada en 1991 étaient parmi les Autochtones⁸⁵
Invalidité	<ul style="list-style-type: none"> • Chez les Autochtones de 15 à 34 ans, le taux d'invalidité est trois fois plus élevé que pour l'ensemble de la population canadienne⁸⁶ • 8 % des femmes inuites et 11 % des hommes inuits signalent des difficultés à entendre une conversation normale¹⁴

TABLEAU 6

PROBLÈMES DE SANTÉ IMPORTANTS PROPRES AUX GRANDS-PARENTS ET AUX AÎNÉS

« Par leur rôle de guérisseurs, de conseillers, de guides et de gardiens des enseignements et des cérémonies autochtones, les aînés apportent la sagesse et l'amour. Au niveau spirituel, ils nous aident à comprendre les choses et à leur donner un sens »⁶⁵

Diabète	<ul style="list-style-type: none"> • Environ une personne de plus de 50 ans sur trois a signalé un diabète¹⁶
Incapacités	<ul style="list-style-type: none"> • 48,9 % des Autochtones de 75 ans et plus sont restreints dans leurs activités quotidiennes à cause de leur santé ou de leur état physique¹⁸ • 49,6 % des individus de ce même groupe éprouvaient de la difficulté à suivre une conversation, en général à cause d'un problème d'audition¹⁸ • 50 % éprouvaient de la difficulté à quitter leur foyer ou à voyager plus qu'une courte distance¹⁸
Traumatisme des pensionnats	<ul style="list-style-type: none"> • 39 % des participants à l'ESPNI de plus de 65 ans ont précisé avoir résidé dans un pensionnat¹⁶ • 65 % de ceux qui avaient été résidents d'un pensionnat ont indiqué un état de santé passable ou mauvais¹⁶
Soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Trois aînés de plus de 65 ans sur quatre n'avaient pas reçu de soins dentaires au cours de l'année précédente • Environ 30 % des individus de ce même groupe ont mentionné leur besoin de soins dentaires au moment de l'enquête¹⁶

Il existe un besoin crucial de données précises et régionales sur la nature exacte des problèmes de santé de tous les peuples autochtones, y compris les membres « non inscrits » des Premières nations et des Inuits, les Métis et les Autochtones vivant en zones urbaines. Des fournisseurs de soins de santé engagés peuvent partager l'information sur la santé avec les Autochtones et leur communauté afin de contribuer à l'acquisition d'une compréhension plus exacte et culturellement appropriée de l'état de santé communautaire. Les individus et les communautés doivent se faire une idée claire des problèmes de santé auxquels ils font face avant de pouvoir procéder au changement.

J Soc Obstet Gynaecol Can 2001;23(1):69-85

RÉFÉRENCES

1. Malloch, L. Indian medicine, Indian health: study between red and white medicine. *Can Woman Stud* 1989;10(2,3):105-112.
2. Royal Commission on Aboriginal Peoples. Highlights from the Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples. Ottawa: Ministry of Supply and Services, 1996.
3. Ross R. *Dancing with a Ghost: Exploring Indian Reality*. Markham: Reed-Books, 1992.
4. Dufour R. Quoted in: Royal Commission on Aboriginal Peoples. Public Hearing Discussion Paper 2: Focusing the Dialogue. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada, 1993:52.
5. Kinoshemeg R. Cancers in the Aboriginal female population: a community perspective. Prepared for and circulated at the Canadian Medical Association Aboriginal Women's Health Workshop, Winnipeg, 1995.
6. MacMillan HL, MacMillan AB, Offord DR, Dingle JL. Aboriginal health. *Can Med Assoc J* 1996;155(11):1569-78.
7. Shah CP, Farkas CS. The health of Indians in Canadian cities: a challenge to the health care system. *Can Med Assoc J* 1985;133:859-863.
8. O'Neil JD. Issues in health policy for indigenous peoples in Canada. *Australian J Pub Health* 1995;19(6):559-66.
9. Department of Indian and Northern Affairs. Basic Departmental Data 1996. Departmental Statistics Section, Information Quality and Research Directorate, 1997.
10. Statistics Canada. 1996: Aboriginal Census Data. The Daily. Statistics Canada, 1998.
11. Hart-Wasekeesikaw F. Breast, cervical, and lung cancers in Aboriginal women. Prepared for and circulated at the Women's Health Workshop, Canadian Medical Association, Winnipeg, 1995.
12. Andrews MM, Krouse SA. Research on excess deaths among American Indians and Alaska Natives: a critical review. *J Cultur Diversity* 1995;2(1):8-15.
13. Nunavut Health Status Report, Draft. June 2000. Released with permission from Dr. Ann Roberts, Medical Officer of Health, Nunavut.
14. Hodgins S. Health and what affects it in Nunavik: how is the situation changing? Nunavik Regional Board of Health and Social Services. Kuujuaq QC, 1997.
15. Northwest Territories Health and Social Services. The NWT Health Status Report 1999. Northwest Territories Health and Social Services. Yellowknife NWT, 1999.
16. First Nations and Inuit Regional Health Survey, National Report, 1999. First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee. St Regis QC: Akwesasane Mohawk Territory, 1999.
16. Bridging the Gap: Promoting Health and Healing for Aboriginal Peoples in Canada. Ottawa: Canadian Medical Association, 1994.
17. Kinnon D. Health is the whole person: a background paper on health and the Metis people. Prepared for and submitted to the Royal Commission on Aboriginal Peoples, 1993, revised 1994.
18. Department of Indian Affairs and Northern Development. Basic Departmental Data: 1995. Departmental Statistics Section. Ottawa: Information Quality and Research Directorate, 1996.
19. Bobet E. Personal correspondence based on DIAND data.
20. Bobet E, Dardick S. Overview of 1992 Indian health data. Ottawa: Medical Services Branch, 1994.
21. Norris MJ, et al. Projections of the Aboriginal Identity Population in Canada, 1991-2016. Ottawa: Statistics Canada, 1995.
22. Health Canada. Indian Health Information Library. Health Programs Analysis. Ottawa: First Nations and Inuit Health Programs, 1997.
23. Statistics Canada. Health Statistics at a glance. Ottawa: Statistics Canada, 1999. Catalogue no. 82F0075XCB.
24. Assembly of First Nations. First Nations Health Bulletin 1996;1(5):12.
25. Lemchuk-Favel, L. Trends in First Nations mortality 1979-1993. Ottawa: Health Canada, 1996. Catalogue no. 34-79/1993E.
26. Bobet E, for Health Canada. Diabetes among First Nations People. Ottawa: Ministry of Public Works and Government Services Canada, 1998.
27. Young TK, Szathmary EJE, Evers S, Wheatley B. Geographical distribution

- of diabetes among the native population of Canada: a national survey. *Soc Sci Med* 1990;152:821-30.
28. Krakoff J, Wilson CA. Type 2 Diabetes Mellitus: Epidemiology, Pathogenesis, Management, and Complications. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). *Primary Care of Native American Patients*. Woburn USA: Butterworth Heinemann, 1999.
 29. Macauley AC, Montour LT, Adelson N. Prevalence of diabetic and atherosclerotic complications among Mohawk Indians of Kahnawake, PQ. *Can Med Assoc J* 1988;139:221-4.
 30. Meltzer S, et al. 1998 clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada. *Can Med Assoc J* 1998;159(8 Suppl):S1-29.
 31. Minuk GY. Viral hepatitis in the Canadian Aboriginal population: emerging mutants abstract from presentation to the Bureau of Infectious Diseases. Ottawa: Health Canada, 1999.
 32. Goldsmith DL. Sexually Transmitted Disease. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). *Primary Care of Native American Patients*. Woburn USA: Butterworth Heinemann, 1999.
 33. Laboratory Centre for Disease Control. HIV/AIDS Epi Update: HIV and AIDS among Aboriginal People in Canada. Bureau of HIV/AIDS, STD and TB Update Series. Ottawa: Health Canada, 1999.
 34. Pauktuutit. Inuit Women's Health: Overview and Policy Issues. Pauktuutit (Inuit Women's Association of Canada), 2000.
 35. Young TK, Sevenhuysen G, Ling N, Moffat M. Determinants of plasma glucose levels and diabetic status in a northern Canadian Indian population. *Can Med Assoc J* 1900;142:821-30.
 36. Broussard BA, et al. Toward comprehensive obesity prevention programs in Native American communities. *Obesity Res* 1995;3(2 Suppl):289s-97s.
 37. Daniel M, Gamble D. Diabetes and Canada's Aboriginal peoples: the need for primary prevention. *Internat J Nurs Stud* 1995;32(3):243-59.
 38. Teufel NI. Nutritional Problems. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). *Primary Care of Native American Patients*. Woburn USA: Butterworth Heinemann, 1999.
 39. Statistics Canada. Language, tradition, health, lifestyle and social issues: 1991 Aboriginal Peoples Survey. The Daily 1993; June 29:1-6. Catalogue no. 11-001E.
 40. Beauvais F. An integrated model for prevention and treatment of drug abuse among American Indian youth. *J Addictive Diseases* 1992;11(3):63-80.
 41. Anaquot K, Scott K. Canadian indigenous women and substance abuse. Prepared for and circulated at the Aboriginal Women's Health Workshop, Canadian Medical Association, Winnipeg, 1995.
 42. Levy JE. The effects of labeling on health behavior and treatment programs among North American Indians. *Am Indian Alaska Native Mental Health Res* 1988;1(Mono 1):244-83.
 43. Burd L, Moffat ME. Epidemiology of fetal alcohol syndrome in American Indians, Alaska Natives and Canadian Aboriginal Peoples: a review of the literature. *Pub Health Rep* 1994;109(5):688-93.
 44. Kessler D. Fetal Alcohol Syndrome. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). *Primary Care of Native American Patients*. Woburn USA: Butterworth Heinemann, 1999; pp.279-80.
 45. Streissguth AP, Barr HM, Kogan J, Bookstein FL. Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE). Washington: U of Washington P, 1996.
 46. Ontario Native Women's Association. Breaking free: a proposal for change to Aboriginal family violence. Thunder Bay ON: 1989.
 47. Chester et al. Grandmother dishonored: violence against women by male partners in American Indian communities. *Violence Victims* 1994;9(3):249-53.
 48. Postl B, Irvine J, MacDonald S, Moffat M. Background Paper on the Health of Aboriginal Peoples in Canada. In: Canadian Medical Association. *Bridging the Gap: Promoting Health and Healing for Aboriginal Peoples in Canada*. Ottawa: The Association, 1994; pp.9-17.
 49. Canadian Panel on Violence Against Women. *Changing the Landscape: Ending Violence — Achieving Equality*. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada, 1993. Catalogue no. SW45-1/1993E.
 50. Biernoff M. Depression and Suicide. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). *Primary Care of Native American Patients*. Woburn USA: Butterworth Heinemann, 1999.
 51. Leake JL. Report on the Oral Health Survey of Canada's Aboriginal Children Aged Six and Twelve. Toronto: U of Toronto P, 1992.
 52. Bjerregarrd P, Young T. The Circumpolar Inuit: Health of Population in Transition. Copenhagen, Denmark: Mundsgaard, 1998.
 53. Rea E, et al. Factors associated with Edentulousness in Keewatin Inuit. *Arct Med J* 53:757-60.
 54. Rousseau P. Native American elders health care status. *Clinic Geriatr Med* 1985;11(1):83-95.
 55. Neale JF. Dental Problems. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). *Primary Care of Native American Patients*. Woburn USA: Butterworth Heinemann, 1999.
 56. Calam BC, Norgrove L, Brown D, Wilson MA. Pap screening clinics with Native women in Skidgate, Haida Swaii. *Can Fam Physician* 1999;45:355-60.
 57. Gillis, et al. Cancer incidence and survival of Saskatchewan northerners and registered Indians, 1967-86. Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health, 1990.
 58. Hodge FS, Fredericks L, Rodriguez B. American Indian women's talking circle: a cervical cancer screening and prevention project. *Cancer* 1996;78(7 Suppl):1592-7.
 59. Botwinick O. Gynecologic Health Care. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). *Primary Care of Native American Patients*. Woburn USA: Butterworth Heinemann, 1999.
 60. LaBranche E. Survey on Inuit women 45 years & up on gynecological exams. Aboriginal health: building informed partnerships. SOGC 55th Annual Clinical Meeting International Symposium Syllabus, 1999.
 61. Harris, et al. The epidemiology of diabetes in pregnant native Canadians. *Diabetes Care* 1997;20(9):1422-5.
 62. Rodrigues S, Robinson E, Gray-Donald K. Prevalence of gestational diabetes mellitus among James Bay Cree women in norther Quebec. *Can Med Assoc J* 1999;160(9):1293-7.
 63. Godwin M, et al. Prevalence of gestational diabetes mellitus among Swampy Cree women in Moose Factory, James Bay. *Can Med Assoc J* 1999;160(9):1299-1306.
 64. Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). *Primary Care of Native American Patients*. Woburn USA: Butterworth Heinemann, 1999.
 65. Aboriginal Family Healing Joint Steering Committee. For generations to come: the time is now, a strategy for Aboriginal family healing. Aboriginal Family Healing Joint Steering Committee Final Report. Ontario: 1993.
 66. Health Canada. *Reaching Out: A Guide to Communicating with Aboriginal Seniors*. Ottawa: Health Canada, 1998. Catalogue no. H88-3/20-1998E.
 67. Rhoades ER. The major respiratory diseases of American Indians. *Am Rev Resp Diseases* 1990;141(3):595-600.
 68. Hu DC. Otitis Media. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). *Primary Care of Native American Patients*. Woburn USA: Butterworth Heinemann, 1999.
 69. May PA. The health status of Indian children: problems and prevention in early life. *Am Indian Alaska Native Mental Health Res* 1988;1(Mono 1):244-83.
 70. Henley E, Schwend RM. Developmental Dysplasia of the Hip. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). *Primary Care of Native American Patients*. Woburn USA: Butterworth Heinemann, 1999.
 71. Breneman G. Bacterial Meningitis. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). *Primary Care of Native American Patients*. Woburn USA: Butterworth Heinemann, 1999.
 72. Willows ND, Morel J, Gray-Donald K. Prevalence of anemia among James Bay Cree infants of northern Quebec. *Can Med Assoc J* 2000;162(3):323-6.
 73. Feightner JW. Prevention of iron deficiency anemia in infants. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa: Health Canada, 1994; pp.244-55.
 74. Haworth DC, Dilling LA. Vitamin-D-deficient rickets in Manitoba, 1972-84. *Can Med Assoc J* 1986;134(3):237-41.
 75. Cuellar J. Aging and health: American Indian/Alaska native. Stanford CA: Stanford UP, 1990.

-
76. Locust CS. Overview of Health Programs for Canadian Aboriginal Peoples. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). Primary Care of Native American Patients. Woburn USA: Butterworth Heinemann, 1999;pp.17-21.
 77. Harris SB, Glazier R, Eng K, McMurray L. Disease patterns among Canadian aboriginal children. *Can Fam Physician* 1998;44:1869-77.
 78. Harris SB, Perkins BA, Whalen-Brough E. Non-insulin-dependent diabetes mellitus among First Nations children. New entity among First Nations people of northwestern Ontario. *Can Fam Physician* 1996;42:869-76.
 79. Haraldson SSR. Health and health services among the Navajo Indians. *J Commun Health* 1988;13(3):129-42.
 80. Jolly AM, Orr PH, Hammond G, Young TK. Risk factors for infection in women undergoing testing for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoea in Manitoba, Canada. *Sexually Transm Diseas* 1995;22(5):289-95.
 81. Lunt VVV, Sampliner RE. Cholelithiasis. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). Primary Care of Native American Patients. Woburn USA: Butterworth Heinemann, 1999.
 82. Brody EA. Acute Rheumatic Fever, Rheumatic Heart Disease, and Valvular Heart Disease. In: Galloway JM, Goldberg BW, Alpert JS (eds). Woburn USA: Butterworth Heinemann, 1999.
 83. Robbins et al. Plasma lipids and lipoprotein concentrations among American Indians: comparison with the US population. *Curr Op Lipidol* 1996;7:188-95.
 84. Health Canada. Prevalence of rheumatoid arthritis: 1996 Sioux Lookout Zone, Ontario. HIS records. Ottawa: Health Canada, 1996.
 85. TB in Aboriginal People in Canada. Medical Services Branch, 1994. In: Laboratory for Disease Control. National Consultation on the Role of the Laboratory Centre for Disease Control in Tuberculosis Prevention and Control: Proceedings and Recommendations. Ottawa: Health Protection Branch, 1994.
 86. Statistics Canada. 1-Disability; 2-Housing: 1991 Aboriginal Peoples Survey. Ottawa: Statistics Canada, 1994.