



Santé
Canada Health
Canada

*Votre santé et votre
sécurité... notre priorité.*

*Your health and
safety... our priority.*

Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada



Déterminants de la santé, de 1999 à 2003



Canada 

Santé Canada est le ministère fédéral responsable d'aider la population canadienne à maintenir et à améliorer leur santé. Nous évaluons la sécurité des médicaments et de plusieurs produits de consommation, nous aidons à améliorer la salubrité des aliments, et nous fournissons des renseignements aux Canadiennes et aux Canadiens afin qu'ils puissent prendre de saines décisions. Nous offrons des services de santé aux peuples des Premières nations et aux collectivités inuites. Nous collaborons avec les provinces pour veiller à ce que le système de santé réponde aux besoins des Canadiennes et des Canadiens.

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

Le Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Déterminants de la santé, de 1999 à 2003 est disponible sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/index-fra.php>

Also available in English under the title:

A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada: Determinants of Health, 1999 to 2003

La présente publication est disponible sur demande sous forme de disquette, en gros caractères, cassette audio et en braille.

Pour plus de renseignements ou pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-954-5995
Télééc. : 613-941-5366
Courriel : info@hc-sc.gc.ca

© Sa majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé du Canada, 2009

La présente publication peut être reproduite sans permission pourvu que la source soit reconnue.

Pub. SC : 3555
Cat. : H34-193/1-2008

ISBN : 978-0-662-05795-6

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux et des figures	ii
Points saillants	v
Introduction	1
Sources des données.....	5
Méthodes et limites	9
Résultats et discussion	12
Éducation	12
Caractéristiques de la population active	15
Revenu	19
Hygiène de vie	21
Services de santé.....	29
Culture	32
Environnement physique.....	34
Indicateurs supplémentaires	42
Références bibliographiques	44
Glossaire	48
Acronymes utilisés dans le présent rapport	53
Remerciements	54
Ressources supplémentaires.....	55
Formulaire de rétroaction	57



LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableaux

Tableau 1.	Niveau de scolarisation des Indiens inscrits vivant dans les réserves, et au Canada, de 25 à 64 ans, 2001.....	13
Tableau 2.	État des études secondaires chez les jeunes, les Indiens inscrits vivant dans les réserves (2001), et au Canada (1999), selon le sexe, 20 ans	14
Tableau 3.	Caractéristiques de la population active des Indiens inscrits vivant dans les réserves, et au Canada, selon le sexe, 15 ans et plus, 2001	16
Tableau 4.	Caractéristiques de la population active chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves, et au Canada, selon le sexe, de 15 à 24 ans, 2001	18
Tableau 5.	État du tabagisme chez les Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada (2003), par groupe d'âge, 18 ans et plus.....	22
Tableau 6.	Utilisation déclarée d'un condom comme moyen de contrôle des naissances ou de protection, chez les Premières nations vivant dans les réserves, par âge et sexe, 2002-2003	28
Tableau 7.	Répartition des collectivités des Premières nations, selon le genre de collectivité et la région, 2003	40

Figures

Figure 1.	Répartition par âge des populations des Premières nations et canadienne, 2002	4
Figure 2.	Niveau de scolarisation des Indiens inscrits vivant dans les réserves, et au Canada, 2001, de 25 à 64 ans	12
Figure 3.	État des études secondaires chez les jeunes, les Indiens inscrits vivant dans les réserves (2001), et au Canada (1999), 20 ans.....	14
Figure 4.	Caractéristiques de la population active chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves, et au Canada, 15 ans et plus, 2001.....	16
Figure 5.	Caractéristiques de la population active chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves, et au Canada, de 15 à 24 ans, 2001	17
Figure 6.	Groupes de revenu annuel chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves, et au Canada, de 25 à 64 ans, 2000.....	19

Liste des tableaux et des figures

Figure 7.	Revenu annuel médian chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves, et au Canada, 15 ans et plus, 2000	20
Figure 8.	État du tabagisme chez les adultes des Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada (2003), 18 ans et plus	21
Figure 9.	Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois, chez les Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada (2003), 18 ans et plus	23
Figure 10.	Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois, chez les Premières nations de 18 ans et plus vivant dans les réserves, par groupe d'âge, 2002-2003	24
Figure 11.	Consommation abusive d'alcool des buveurs sur une base hebdomadaire chez les Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada (2003), 18 ans et plus.....	25
Figure 12.	Proportion des Premières nations de 18 ans et plus vivant dans les réserves déclarant une activité suffisante, selon le sexe, 2002-2003.....	26
Figure 13.	Répartition de l'indice de masse corporelle chez les adultes, des Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada (2003), 18 ans et plus	27
Figure 14.	Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois chez les adultes, des Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada (2003), 18 ans et plus.....	28
Figure 15.	Proportion des femmes ayant déclaré avoir eu une mammographie au cours de leur vie, chez les Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada (2003), 40 ans et plus.....	30
Figure 16.	Proportion des femmes ayant déclaré avoir eu un test de Papanicolaou, chez les Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada (2003), 18 ans et plus.....	31
Figure 17.	Langues apprises comme langue maternelle chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves, 2001.....	33
Figure 18.	Répartition des langues autochtones apprises comme langue maternelle chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves, 2001	34
Figure 19.	Pourcentage des foyers inférieurs aux normes de logement, chez les Autochtones vivant dans les réserves et chez les personnes non autochtones, 2001	35
Figure 20.	Quantité et qualité du service d'approvisionnement en eau, des unités de logement des Premières nations vivant dans les réserves, 2001-2002	37

Figure 21. Caractère adéquat de l'effluent d'eaux usées des unités de logement des Premières nations vivant dans les réserves, 2001-2002	38
Figure 22. Service de protection contre les incendies sur les sites des Premières nations gérés par l'AINC, 2001-2002	39
Figure 23. Nombre de collectivités des Premières nations, par degré d'isolement, 2003.....	40

POINTS SAILLANTS

- La proportion des Indiens inscrits vivant dans les réserves ayant obtenu une attestation, un diplôme ou un grade universitaire est inférieure à la proportion équivalente des autres Canadiens (22,7 % c. 5,1 %). La proportion des Indiens inscrits vivant dans les réserves n'ayant pas obtenu une attestation d'études secondaires est plus élevée que la proportion canadienne équivalente (48,6 % c. 22,5 %).
- La proportion des Indiens inscrits vivant dans les réserves ayant réussi leurs études secondaires à 20 ans est inférieure à la proportion équivalente des autres Canadiens (36,0 % c. 84,6 %).
- Le taux de rendement scolaire postsecondaire chez la population des Indiens inscrits a augmenté, passant de 20 % en 1996 à 23 % en 2001.
- Le taux de chômage chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves est presque quatre fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population canadienne (27,7 % c. 7,3 %).
- Le taux d'emploi chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves est inférieur à celui de l'ensemble de la population canadienne (37,4 % c. 61,7 %).
- La participation à la vie active des Indiens inscrits vivant dans les réserves est inférieure à celle de l'ensemble de la population canadienne (51,8 % c. 66,5 %).
- Par opposition à 1996, en 2001, les Indiens inscrits vivant dans les réserves affichaient une meilleure participation à la vie active (51,5 % en 1996 et 51,8 % en 2001), un taux d'emploi plus élevé (36,7 % en 1996 et 37,4 % en 2001), et un taux de chômage inférieur (28,7 % en 1996 et 27,7 % en 2001).
- Le revenu annuel médian chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves est inférieur à celui de l'ensemble de la population canadienne (10 631 \$ c. 22 274 \$).
- Le taux de tabagisme global chez les adultes des Premières nations (58,8 %) est plus élevé que celui de la population canadienne (24,2 %).
- Le taux global de consommation d'alcool déclarée chez les Premières nations est inférieur à celui de l'ensemble de la population canadienne. Cependant, la proportion des Premières nations ayant déclaré une consommation d'alcool abusive sur une base hebdomadaire (16,0 %) est deux fois celle de l'ensemble de la population canadienne (7,9 %).
- En règle générale, l'indice de masse corporelle (IMC) des adultes chez les Premières nations est plus élevé que celui de l'ensemble de la population canadienne. En effet, 73,0 % ont une surcharge pondérale, par opposition à 48,0 % chez les autres Canadiens, un écart de 25,0 points de pourcentage.

- Le taux d'utilisation de condoms chez les adultes des Premières nations vivant dans les réserves est de 44,1 %.
- Chez les Premières nations, les femmes de 40 ans et plus sont moins susceptibles que leurs contreparties dans l'ensemble de la population canadienne d'avoir eu une mammographie au cours de leur vie, le plus grand écart étant chez les femmes de 50 à 59 ans (73,3 % pour les Premières nations, contre 88,3 % pour l'ensemble de la population canadienne).
- Plus de la moitié des Indiens inscrits vivant dans les réserves ont uniquement appris l'anglais comme langue maternelle. Quarante-quatre pour cent des Indiens inscrits vivant dans les réserves ont appris une langue autochtone comme langue maternelle, soit seule ou parallèlement au français ou à l'anglais.
- La proportion des domiciles autochtones dans les réserves étant sous les normes de vie adéquate de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) est plus de 10 fois celle des domiciles de l'ensemble de la population vivant hors des réserves (22,4 % c. 2,0 %).
- En 1996, davantage de domiciles autochtones dans les réserves ne répondaient pas à au moins une norme fondamentale de maison par opposition à 2001 (50 % c. 28 %). De plus, le nombre de domiciles dans les réserves étant sous les normes de vie adéquate et sous les normes de convenance en 2001 (5 %) a diminué par opposition à 1996 (12 %).
- Près de un quart des unités de logement des Premières nations sont munies d'un approvisionnement inadéquat en eau eu égard au volume et/ou aux conditions sanitaires.

INTRODUCTION

Le présent rapport offre une description nationale des déterminants à caractère non médical de la santé de la population des Premières nations vivant dans des réserves au Canada, y compris l'éducation, les caractéristiques de vie active, l'hygiène de vie, la culture et l'environnement physique. Ces déterminants de la santé sont en harmonie avec le modèle des déterminants de la santé qui est parallèle à la vision de bien-être des Autochtones – une vision qui englobe les aspects physique, social, émotionnel et spirituel.

Le présent rapport diffère des éditions antérieures du *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*, puisque chaque chapitre est maintenant publié comme un rapport indépendant.

La publication du présent rapport serait impossible sans la contribution de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) et de la Direction générale des régions et des programmes (DGRP) de Santé Canada, du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC), de l'Assemblée des Premières nations (APN), de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), et du groupe de travail technique des données sur la santé. Leur travail ardu et leur dévouement sont grandement appréciés et soulignés davantage à la section **Remerciements** du présent rapport.

Contexte

À chaque étape de la vie, la santé est déterminée par l'interaction complexe des facteurs sociaux et économiques, l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont souvent qualifiés comme des « déterminants de la santé », et n'existent pas en isolement l'un de

l'autre. C'est l'influence conjuguée des déterminants de la santé qui permet de mieux déterminer l'état de santé global¹.

L'ASPC résume les déterminants de la santé en fonction de 12 catégories générales :

1. L'éducation
2. Les caractéristiques de la population active
3. Le revenu
4. L'hygiène de vie
5. Les services de santé
6. La culture
7. L'environnement physique
8. Les réseaux de soutien social
9. L'environnement social
10. Le développement de l'enfant
11. La qualité biologique et génétique
12. Le sexe

Des données appropriées aux Premières nations n'étant pas disponibles pour chacune des 12 catégories, le présent rapport est axé sur les sept premières catégories. Bien que le présent rapport n'ait pas de section spécifique au sexe, les écarts entre les hommes et les femmes font l'objet d'un examen tout au long du rapport.



Activités de Santé Canada

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada appuie la prestation des services de santé publique et de promotion de la santé dans les réserves et dans les collectivités inuites, et offre certains services hors des réserves et dans les centres urbains. Elle fournit des soins pharmaceutiques et dentaires ainsi que des services de santé auxiliaires, sans égard à la résidence. La DGSPNI fournit également des services de soins de première ligne dans les réserves des régions éloignées et isolées, où des services provinciaux ne sont pas facilement disponibles. À compter de mai 2008, la DGSPNI a financé plus de 500 installations sanitaires partout au pays, y compris 74 postes de soins infirmiers, 222 centres de santé, 41 centres de traitement en matière d'alcoolisme et de toxicomanie, et 9 centres de traitement de l'abus de solvants. Des soins à domicile et communautaires ont été offerts dans 600 collectivités, et des soins de santé de première ligne ont été offerts dans environ 200 collectivités éloignées.

La prestation des programmes de santé des Premières nations et des Inuits est offerte partout au pays en raison des efforts concertés des employés de l'administration centrale et des employés à l'échelle régionale en collaboration avec les collectivités des Premières nations et des Inuits. Des bureaux régionaux sont situés dans chaque province, à l'exception des provinces de l'Atlantique, qui sont représentées par la Région Atlantique située à Halifax, en Nouvelle-Écosse. La Région du Nord (anciennement le Secrétariat du Nord), – située à Ottawa et à Whitehorse – est responsable des programmes dans les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut. Chaque région a ses propres caractéristiques. Le personnel régional de la santé des Premières nations et des Inuits (membres de la Direction générale des régions et des programmes) doit

jouer un rôle essentiel pour veiller à ce que les programmes et les services répondent aux besoins des collectivités à l'intérieur de leur ressort.

Pour réaliser son rôle avec efficacité, la DGSPNI, tout comme les collectivités des Premières nations et des Inuits, doit être renseignée sur l'état de santé de la population, les déterminants de la santé et les facteurs de risque. À cette fin, les bureaux régionaux recueillent et transmettent des données auprès des sources diverses. Les territoires ne sont pas tenus de transmettre des statistiques démographiques puisqu'ils sont responsables des soins de santé de première ligne. Toutefois, des exigences de déclaration obligatoire sont en place pour les programmes financés par la DGSPNI, y compris la lutte contre les maladies transmissibles et les initiatives relatives à l'hygiène du milieu.

La lutte contre les maladies transmissibles comprend la déclaration des taux d'immunisation (par âge, sexe et antigène). Ces déclarations peuvent être exigées en fonction des règlements provinciaux. Dans le cas des maladies ayant une possibilité d'épidémie, les bureaux provinciaux, territoriaux et régionaux doivent être avisés à l'intérieur de 24 heures. Il importe de souligner que des lois en appui de la lutte contre les maladies transmissibles relèvent des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Dans le contexte des programmes de la DGSPNI, les données sur l'hygiène du milieu comprennent le total, en nombre et en pourcentage, des installations conformes aux normes provinciales, territoriales ou fédérales relatives à la santé et à l'environnement eu égard aux services d'alimentation, à l'approvisionnement en eau, aux eaux usées et aux déchets, à la pollution et aux substances dangereuses. À l'intérieur de 24 heures, les collectivités doivent aussi aviser Santé Canada de tout risque environnemental

ou de toute condition pouvant entraîner un impact environnemental important, y compris les démarches entreprises pour corriger la situation.

Des renseignements supplémentaires sur le rôle passé et présent que joue Santé Canada dans la prestation des services aux collectivités et à la population des Premières nations et des Inuits sont affichés dans le site Web de la DGSPNI à <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/services-fra.php>.

Activités provinciales et territoriales

Au Canada, les soins de santé relèvent en grande partie de la compétence provinciale ou territoriale. À ce titre, les Premières nations et les Inuits obtiennent plutôt leurs soins par le biais des systèmes de santé provinciaux et/ou territoriaux, y compris les hôpitaux ou les cabinets privés de médecins, et ces données sont sauvegardées dans des bases de données provinciales et/ou territoriales. En règle générale, les gouvernements provinciaux n'offrent pas aux Premières nations vivant dans les réserves d'autres services de santé (tels que les soins dentaires, les prescriptions et les fournitures médicales) ou des services paramédicaux à l'extérieur des hôpitaux (tels que les services de santé mentale, les programmes de prévention communautaire, et les soins à domicile). Le coût de ces services de santé supplémentaires relève de la compétence fédérale, en vertu de la politique de Santé Canada. Par exemple, le gouvernement fédéral rémunère les professionnels de la santé tels que les dentistes, les thérapeutes dentaires et les optométristes offrant des services aux collectivités éloignées et isolées sur une base itinérante, ou paye pour les Premières nations et les Inuits voyageant dans des centres d'envergure afin d'obtenir des soins spécialisés ou d'urgence.



Tendances démographiques par âge et sexe

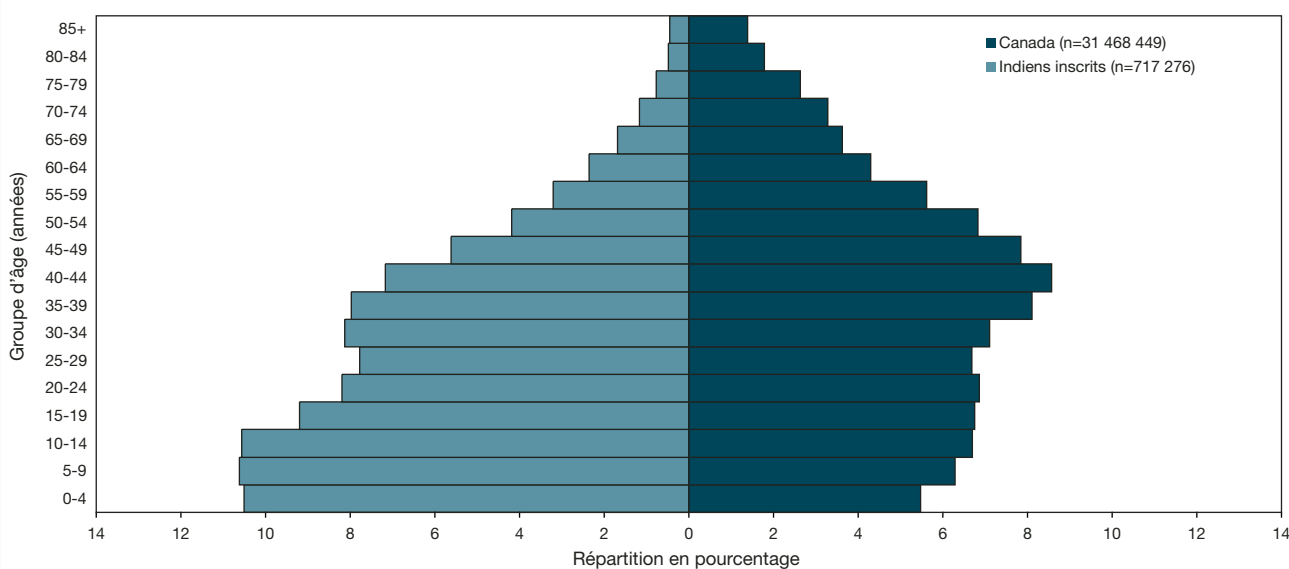
Pour surveiller la santé des Premières nations et la comparer à l'ensemble de la population canadienne, on doit tenir compte de la distribution différente de la population. À ce titre, la répartition des Premières nations et de l'ensemble de la population canadienne est présentée ci-dessous (figure 1).

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) fournit une estimation de la population indienne inscrite en fonction du Registre des Indiens. Le Registre des Indiens consiste en une liste de toutes les personnes inscrites en vertu de la *Loi sur les Indiens*. En 2002, la population estimative des Indiens inscrits tant dans les réserves que hors des réserves était de 717 276*. La proportion estimative des Indiens inscrits vivant dans les réserves (60,3 %) était supérieure à celles des Indiens vivant hors

des réserves (39,7 %). La répartition des sexes était pratiquement égale, notamment 50,8 % de femmes et 49,2 % d'hommes. Près de la moitié de la population (49,1 %) était âgée de moins de 25 ans. Les hommes étaient plus nombreux que les femmes dans tous les groupes de 29 ans et moins.

La population indienne inscrite était plus jeune que l'ensemble de la population canadienne. On a observé un point culminant dans la répartition par âge de la population indienne inscrite de 0 à 14 ans, soit 31,7 % de l'ensemble de la population, tandis que la répartition de l'ensemble de la population canadienne atteignait un point culminant entre 35 et 49 ans, représentant 24,5 % du total de la population. Le plus grand écart de répartition observé touchait le groupe d'âge le plus jeune (de 0 à 4 ans) alors que la proportion de la population indienne inscrite doublait presque celle de l'ensemble de la population canadienne (10,5 % c. 5,5 %).

Figure 1. Répartition par âge des populations des Premières nations et canadienne, 2002



Source : Projections de la population indienne inscrite, 2000-2021, AINC, 2002; Statistique Canada, CANSIM Tableau 051-0001.

*Affaires indiennes et du Nord Canada. 2004. Données ministérielles de base, 2003. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. No au catalogue R12-7/2003F.

SOURCES DES DONNÉES

Données d'enquête

Dans le présent rapport, la majorité des données proviennent d'une des deux sources : le Recensement du Canada de 2001 de Statistique Canada, et l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations, 2002-2003 (ERS), dirigée par le Comité de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN). L'APN conserve les données de l'ERS.

Outre le recensement de la population et l'ERS, d'autres sources de données, telles que l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA), l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et l'Enquête auprès des jeunes en transition (EJET) ont été utilisées dans le présent rapport.

Recensement de la population

Le Recensement de la population de 2006 est le dernier recensement pour lequel nous avons de l'information. Toutefois, le présent rapport utilise des données tirées du Recensement de la population de 2001. Puisque les données tirées de l'ESCC sont basées sur 2003 et que celles de l'ERS sont basées sur 2002-2003, il est plus approprié d'utiliser les données du recensement pour la même période. Les éditions futures du *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada* exposeront des données du recensement aptes à être comparées à d'autres données équivalentes de la même époque. Le recensement fournit des chiffres sur la population et le logement tous les cinq ans, mais il offre également une gamme de données démographiques, sociales et économiques sur la population canadienne, y compris des données sur la population autochtone. Bien que le recensement vise à couvrir chaque résident du Canada, en règle générale, un

foyer sur cinq au Canada reçoit le formulaire de recensement « détaillé », qui comprend la plupart du contenu socioéconomique. Dans certaines régions, y compris les réserves des Premières nations, chaque foyer reçoit le formulaire détaillé afin d'obtenir un échantillon assez large pour couvrir les sous-populations de plus petite taille.

Le recensement comprend bon nombre de questions pouvant servir à identifier les diverses populations de Premières nations. Le présent rapport examine la population indienne inscrite vivant dans les réserves. Les chiffres sur la population indienne inscrite sont basés sur le nombre de particuliers ayant répondu « oui » à la question « Cette personne est-elle un Indien visé par un traité ou un Indien inscrit tel qu'il est défini dans la *Loi sur les Indiens* du Canada? » Le compte de 623 870² pour 2006, et de 558 175³ pour 2001, est inférieur au compte du Registre indien prévu de 703 800⁴ qui a été produit par l'AINC pour 2001. Certains facteurs peuvent contribuer à l'écart entre ces chiffres. Ils comprennent entre autres, une sous-estimation en raison de la non-participation de certaines réserves, des réserves non recensées et du dénombrement incomplet de l'enquête. Selon la tradition, un certain nombre de réserves des Premières nations ne participent pas au recensement. Le Recensement de 2006 comprend le dénombrement incomplet de 22 collectivités, par opposition à 30 en 2001 et à 77 en 1996⁵. L'exclusion des Indiens inscrits vivant à l'extérieur du Canada et dans des institutions le jour du recensement, et d'autres écarts méthodologiques entre le recensement et le Registre des Indiens représentent aussi des facteurs attribuables⁶.

Lorsqu'il calcule la population vivant dans les réserves, Statistique Canada tient compte de toutes les personnes vivant dans l'une ou l'autre des huit subdivisions du recensement légalement affiliées aux Premières nations ou aux bandes



indiennes⁷. La population « indienne vivant dans les réserves » présentée dans le présent rapport vise la population vivant dans les réserves qui, selon Statistique Canada, s'est identifiée comme Indien visé par un traité ou Indien inscrit.

Les données du recensement sont basées sur le statut déclaré d'Indien visé par un traité ou d'Indien inscrit chez les Premières nations vivant dans les réserves. Par conséquent, des erreurs des répondants et d'autres facteurs peuvent influencer sur le compte des Indiens inscrits vivant dans les réserves. Cependant, l'utilisation des données du recensement s'avère fort utile puisque des données comparables sur la population canadienne sont facilement disponibles de la même source. Tous les tableaux et les graphiques utilisant le Recensement de 2001 prennent en compte le total de la population canadienne comme population comparative.

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations

Des données sur l'hygiène de vie, l'activité physique, la nutrition, l'indice de masse corporelle (IMC) et l'accès aux services de santé ont été adaptées à partir de l'ERS de 2002-2003, la seule enquête nationale sur la santé gérée par les Premières nations au Canada. Cette enquête recueille des données détaillées sur la santé et le mieux-être des Premières nations du Canada. À ce titre, le questionnaire de l'ERS vise les conditions chroniques, l'hygiène de vie, les blessures, la santé mentale, l'accès aux soins de santé et les déterminants socioéconomiques de la santé. L'ERS est une enquête longitudinale lancée comme projet pilote en 1997, son premier cycle ayant été mené en 2002-2003. Tout l'échantillonnage était basé sur le compte du Registre des Indiens de l'AINC relatif aux Indiens vivant dans les réserves et les terres de la Couronne. On a ciblé des échantillons afin d'assurer une estimation fiable des groupes d'âge

et de sexe spécifiques pour une couverture longitudinale à l'échelle régionale et une couverture transversale à l'échelle intrarégionale.

Dans l'ensemble, l'enquête a utilisé une méthode d'échantillonnage stratifié à deux étapes : 1) le choix d'un échantillon de collectivités à probabilité égale à l'intérieur de chaque tranche de taille à même chaque sous-région, puis 2) la stratification de chaque collectivité par groupe d'âge et de sexe⁸. Des estimations transversales ont été effectuées pour chaque groupe d'âge et de sexe. Un suréchantillonnage des adultes de 55 ans et plus a été intégré afin d'accroître la représentation du groupe de population à l'intérieur du groupe de plus de 18 ans, passant de 5 % à 10 %. Cette méthode d'échantillonnage a assuré la représentation des tailles variées des collectivités – grandes (1 500 personnes et plus), moyennes (de 300 à 1 499 personnes) et petites (<300 personnes). Les collectivités de moins de 75 personnes ont été exclues. Un questionnaire national composé de trois volets – Adultes (18 ans et plus), Jeunes (de 12 à 17 ans) et Enfants (de 0 à 11 ans) - a été administré comme élément commun fondamental. Des modules régionaux ont été élaborés à l'intention de 7 des 10 provinces. Ces modules ont été administrés immédiatement après le questionnaire national. Les réponses individuelles ont été pondérées de façon à refléter, avec davantage de précision, la représentation de la population selon l'échantillon.

Dans l'ensemble, 238 collectivités des Premières nations ont participé à l'ERS⁸. Au total, 22 602 enquêtes ont été remplies, comprenant 10 962 adultes, 4 983 jeunes et 6 657 enfants. La combinaison des trois enquêtes représentait 5,9 % des collectivités des Premières nations au Canada, le taux de couverture allant de 2,1 % en Ontario à 53,8 % à Terre-Neuve. L'échantillon final (N = 22 602) représentait 80 % de l'échantillonnage cible prévu (N = 28 178). L'échantillonnage final

de 22 602 couvrait les Premières nations vivant dans des maisons privées situées dans 10 provinces et 2 territoires, mais ne comprenait pas le Nunavut et les résidents des logements collectifs. L'échantillonnage comprenait aussi un échantillon hors des réserves évalué à moins de 1 % du total. Cet échantillon examinait les Premières nations vivant temporairement hors des réserves et à proximité des limites des réserves, qui avaient accès aux services dans les réserves. Deux sous-régions n'y ont pas participé, notamment les Cris de la Baie-James dans le Nord québécois et les Innus du Labrador. Ensemble, ces sous-régions représentent 10 des 607 collectivités ciblées.

Seuls les résultats de l'enquête destinée aux adultes (18 ans et plus) ont été utilisés dans le présent rapport. Les résultats de l'ERS sont tirés du rapport de l'*Enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations*⁹.

Enquête auprès des peuples autochtones

L'EAPA est une enquête post-censitaire de Statistique Canada ciblant les particuliers de 15 ans et plus ayant déclaré être Autochtones selon leurs réponses lors du recensement¹⁰. Cette enquête est plus détaillée que le recensement, examinant une gamme d'enjeux liés à la vie des peuples autochtones. Semblable au recensement, l'EAPA demande aux répondants s'ils sont des Indiens protégés par un traité ou s'ils sont des Indiens inscrits. Le présent rapport utilise les données visant la population ayant déclaré être des Indiens protégés par un traité ou des Indiens inscrits. Fondée sur les données du Recensement de 2001, la population indienne inscrite était estimée à 274 215¹¹.

Comme l'EAPA est une enquête post-censitaire, les réserves recensées de façon incomplète dans le Recensement de 2001 ne font pas partie de l'EAPA¹⁰. De plus, la stratégie d'échantillonnage de l'EAPA de 2001 s'est concentrée sur les

grandes réserves (assez pour couvrir de 50 à 55 % de la population vivant dans les réserves) dans chacune des provinces. Dans les cas où les grandes réserves refusaient de participer, il a été nécessaire de choisir des réserves moins grandes. Toutefois, plusieurs réserves n'ont pas participé à l'EAPA, surtout au Québec, où seules les réserves des Cris de la Baie-James du Nord québécois y ont participé. Plus particulièrement, des 145 collectivités des Premières nations choisies à l'échelle nationale pour participer à l'EAPA, 123 y ont participé. Des 31 484 particuliers vivant dans les réserves faisant partie de l'échantillon total, 28 001 (88,9 %) ont participé à l'enquête¹¹. Au total, l'EAPA a couvert 14,9 % des réserves ayant participé au Recensement de 2001, ce qui représente 44 % de la population vivant dans les réserves visée par le recensement.

En raison des réserves non participantes, les statistiques de l'EAPA représentent uniquement les collectivités ayant participé à l'enquête. À ce titre, les données tirées de l'EAPA devraient être interprétées avec prudence.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

L'ESCC est une enquête transversale de Statistique Canada qui recueille des données liées à l'état de santé (p. ex. la prévalence des maladies), à l'utilisation des soins de santé et aux déterminants de la santé (p. ex. l'état du tabagisme, la consommation abusive d'alcool, les pratiques de santé en matière de sexualité)¹². Le présent rapport utilise des données tirées du Cycle 2.1, effectué en 2003.

L'ESCC recueille des données sur les personnes de 12 ans et plus, vivant dans des maisons privées, couvrant toutes les provinces et territoires. Le cadre d'échantillonnage exclut les particuliers vivant dans des réserves indiennes et des terres de la Couronne, les personnes vivant dans des institutions, les membres des Forces armées

canadiennes, et les résidents de certaines régions éloignées¹². À ce titre, les données tirées de l'ESCC ont été utilisées dans le présent rapport pour les comparer aux données de l'ERS de 2002-2003 sur l'ensemble de la population.

Comme il a été susmentionné, l'ESCC cible les personnes de 12 ans et plus. Le volet des adultes de l'ERS vise toutefois les personnes de 18 ans et plus. Par conséquent, pour comparer directement les données de l'ERS sur les adultes des Premières nations, les données de l'ESCC étaient limitées à la population de 18 ans et plus.

En règle générale, les questions de l'ESCC et de l'ERS visant les conditions de santé, l'état de santé et l'hygiène de vie sont assez semblables pour permettre une comparaison directe entre les deux enquêtes.

Toutefois, dans certains cas, il a été nécessaire de reprogrammer des catégories de réponses de l'ESCC afin de permettre une telle comparaison.

Des données tirées de l'ESCC sont utilisées tout au long du présent rapport. Conformément aux définitions établies sur la collecte des données, les données appropriées à « l'ensemble de la population canadienne » ne tiennent pas compte des Premières nations vivant dans les réserves.

Enquête auprès des jeunes en transition

L'EJET est une enquête longitudinale que Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada ont lancée en 2000. Cette enquête vise à examiner plus particulièrement les changements que vivent les jeunes, tels que la transition entre l'éducation, la formation et le travail. Le cycle de 2000 de l'EJET ciblait une cohorte de jeunes de 18 à 20 ans. Pour les besoins du présent rapport, les données sur les jeunes de 20 ans ont été utilisées. Le cadre d'échantillonnage de l'EJET était fondé sur le cadre d'échantillonnage des foyers de l'Enquête

sur la population active, et au total, 23 592 personnes ont participé au cycle initial de 2000.

Données administratives

Affaires indiennes et du Nord Canada

Les données sur les services communautaires sont tirées de l'inventaire sur le logement et l'infrastructure des biens. L'AINC fournit de l'aide aux divers services d'infrastructure communautaires, qui sont gérés par les collectivités des Premières nations elles-mêmes. L'AINC surveille le niveau de service et dresse des rapports sur le bien-fondé des services. Les facteurs appropriés à chacun des indicateurs particuliers sont présentés dans la section **Méthodes et limites** du présent rapport.

Santé Canada

La DGSPNI examine l'éloignement des collectivités dans le contexte du processus de financement des soins de santé. La DGSPNI définit l'éloignement des collectivités selon la distance des services médicaux et l'accessibilité à la collectivité.

MÉTHODES ET LIMITES

État socioéconomique

Tous les indicateurs socioéconomiques, sauf sur indication contraire, comprennent la population de 15 ans et plus, ce qui représente la population « adulte » type à qui les questions socioéconomiques du recensement ont été dirigées. Certains indicateurs de l'éducation, de la population active et du revenu, comprennent divers groupes d'âge de 25 à 64 ans, ciblant la population « d'âge actif », et de 15 à 24 ans, ciblant la population des « jeunes ».

Les calculs effectués à partir des données du recensement sont habituellement exprimés en proportions, calculées à la fois pour la population indienne vivant dans les réserves et l'ensemble de la population canadienne.

Statistiques sur la population active

Les statistiques sur la population active comprennent les indicateurs suivants :

- **Taux de chômage** : le pourcentage des personnes de 15 ans et plus qui sont actuellement en chômage et à la recherche d'un emploi.
- **Taux d'emploi** : le pourcentage des personnes de 15 ans et plus qui sont rémunérées ou travailleurs autonomes.
- **Taux de participation à la vie active** : le pourcentage des personnes de 15 ans et plus qui ont présentement un emploi ou sont à la recherche d'un emploi. Cela ne comprend pas les personnes qui ne cherchent pas un emploi, tels que les étudiants à temps plein, les personnes retraitées ou les travailleurs découragés.

Revenu

Le revenu comprend la rémunération de toute source. En plus de la proportion de la population selon la tranche de revenu, le présent rapport examine le revenu médian. Le revenu médian marque le point central où exactement la moitié de la population gagne moins et l'autre gagne davantage. La médiane, plutôt que la moyenne, est la statistique préférée dans la description du revenu d'une population puisque le revenu moyen est sensible aux valeurs extrêmes.

Langue

Les statistiques relatives à la langue comprennent toutes les langues autochtones, et ne sont pas restreintes aux langues des Premières nations.

Logement

Les statistiques relatives au logement sont fondées sur les données du recensement, mais sont calculées par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), qui classe les domiciles selon ses propres critères visant à déterminer les conditions de logement. La SCHL examine trois indicateurs de logement pour déterminer ce qu'elle qualifie de besoins fondamentaux en matière de logement : des domiciles convenables, appropriés et abordables. Les statistiques liées à ces indicateurs de logement sont calculées pour les domiciles autochtones dans les réserves, par opposition à tous les domiciles au Canada. Un domicile est estimé autochtone si au moins un parent du ménage familial, ou 50 % des résidents d'un ménage familial ou non familial est identifié comme étant autochtone. Bien que le présent rapport vise uniquement les Premières nations ou les Indiens inscrits, il importe de noter que la grande majorité de la population autochtone vivant dans les réserves se compose d'Indiens inscrits, et par conséquent, ces chiffres



ne comprennent pas un nombre important d'Autochtones ne faisant pas partie des Premières nations.

Hygiène de vie et services

Sauf sur avis contraire, les indicateurs d'hygiène de vie et de services visent la population de 18 ans et plus.

Hygiène de vie

Cela comprend les pratiques et les choix des particuliers ayant un effet sur leur santé. Le présent rapport examine le tabagisme, la consommation d'alcool, l'activité physique, la nutrition et le comportement sexuel. Il examine également les effets de l'activité physique et de la nutrition sur l'IMC.

Services de santé

Les services de santé comprennent toute une gamme de moyens dont dispose un particulier pour interagir avec le système de soins de santé. Les services de diagnostic, y compris les mammographies et le test de Papanicolaou (Pap) font l'objet d'un examen.

Infrastructure communautaire

Tous les indicateurs des services communautaires et de l'infrastructure sont fondés sur la proportion des sites définis de l'AINC ayant profité de systèmes particuliers, et/ou sur le bien-fondé de ces systèmes. Chaque système affiche des critères de classification différents pour chacune des catégories, ce qui est précisé davantage à la section des **Résultats et discussion**.

Ces données sur l'infrastructure communautaire sont appropriées soit aux foyers individuels ou aux sites des Premières nations. Le terme « site » désigne le peuplement des Premières nations.

Une Première nation ou bande peut comprendre plus d'un endroit ou site profitant de divers services communautaires. Chacun de ces sites serait compté distinctement.

Eau

L'AINC classe le caractère adéquat de l'approvisionnement en eau des Premières nations selon deux critères, notamment : la quantité et la qualité.

- **La quantité de l'approvisionnement en eau :** consiste à déterminer si l'approvisionnement en eau d'une unité de logement répond aux exigences relatives au volume selon les Normes sur les niveaux de service (NNS)¹³ à des fins d'hygiène et de sécurité appropriées.
- **La qualité de l'approvisionnement en eau :** consiste à déterminer si l'approvisionnement en eau d'une unité de logement répond aux exigences de santé des *Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada* (Comité FPT sur l'eau potable 2007). Bien que ces recommandations aient aussi établi des objectifs esthétiques, l'approvisionnement en eau d'un domicile n'est pas jugé inadéquat si les objectifs esthétiques ne sont pas atteints.

Eaux usées

L'AINC classe le service d'égouts des Premières nations en deux groupes fondés sur le caractère adéquat du service.

- **Service d'égouts adéquat :** l'effluent des eaux usées est rejeté dans un système de collecte et/ou de traitement conforme aux pratiques provinciales ou territoriales, notamment la *Qualité des effluents et traitement des eaux usées des installations fédérales*, et les NNS établies par l'AINC.

- **Service d'égouts inadéquat** : l'effluent des eaux usées est rejeté dans un système de collecte et/ou de traitement qui ne respecte pas les pratiques provinciales ou territoriales, notamment la *Qualité des effluents et traitement des eaux usées des installations fédérales*, et les NNS établies par l'AINC, et qui menace la santé ou l'environnement.

Cette classification vise uniquement l'infrastructure, puisque le service ne peut être jugé inadéquat en raison d'une piètre technique d'opération, de négligence ou d'une piètre exploitation. Ce n'est pas un indicateur de la prestation du service d'égouts.

Incendie

L'AINC classe le service de protection contre l'incendie en deux groupes selon le caractère adéquat du service.

- **Service adéquat de protection contre l'incendie** : le service a fait l'objet d'une inspection et répond aux NNS établies par l'AINC, ou le site jouit d'une entente d'aide mutuelle ou d'une autre entente municipale relative à la prestation des services.
- **Service inadéquat de protection contre l'incendie** : le service a fait l'objet d'une inspection et ne répond pas aux NNS, ou n'a pas fait l'objet d'une inspection.

Éloignement des collectivités

La DGSPNI classe les collectivités des Premières nations en quatre groupes :

- **Non isolées** : collectivités jouissant d'un accès routier, et situées à moins de 90 kilomètres des services médicaux.
- **Semi-isolées** : collectivités jouissant d'un accès routier, mais dont les services médicaux sont situés à plus de 90 kilomètres.
- **Isolées** : collectivités jouissant d'un service aérien régulier et d'un service téléphonique approprié, mais d'aucun accès routier.
- **Éloignées et isolées** : collectivités ne jouissant d'aucun service aérien régulier, ni d'accès routier et jouissant d'un service téléphonique et radiophonique minimal.

Comparaisons

En règle générale, nous comparons la prévalence des divers comportements liés à la santé chez les Premières nations à la prévalence chez l'ensemble de la population canadienne. De telles comparaisons peuvent se faire à l'aide d'écarts ou de ratios. Dans le présent rapport, les écarts sont préférés, puisqu'ils évaluent l'écart absolu entre les populations. Les écarts intègrent la prévalence *absolue* du déterminant ou du comportement lié à la santé, tandis que les ratios présentent uniquement la prévalence *relative*. Présumons que la prévalence d'un comportement malsain « A » était de 4 % chez les Premières nations et de 1 % chez l'ensemble de la population. Le ratio de prévalence de 4 apparaît notable, mais la différence de la prévalence nous montre que l'écart (la prévalence excédentaire chez les Premières nations) est seulement de 3 points de pourcentage. En revanche, la prévalence de comportement « B » est de 40 % chez les Premières nations, mais de 20 % chez l'ensemble de la population. Ici, le ratio de prévalence est seulement de 2, mais l'écart nous montre que 20 % de plus de la population des Premières nations, par opposition à l'ensemble de la population, adopte un comportement « B », et nous fournit une base pour évaluer l'ampleur de toute intervention indiquée.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Éducation

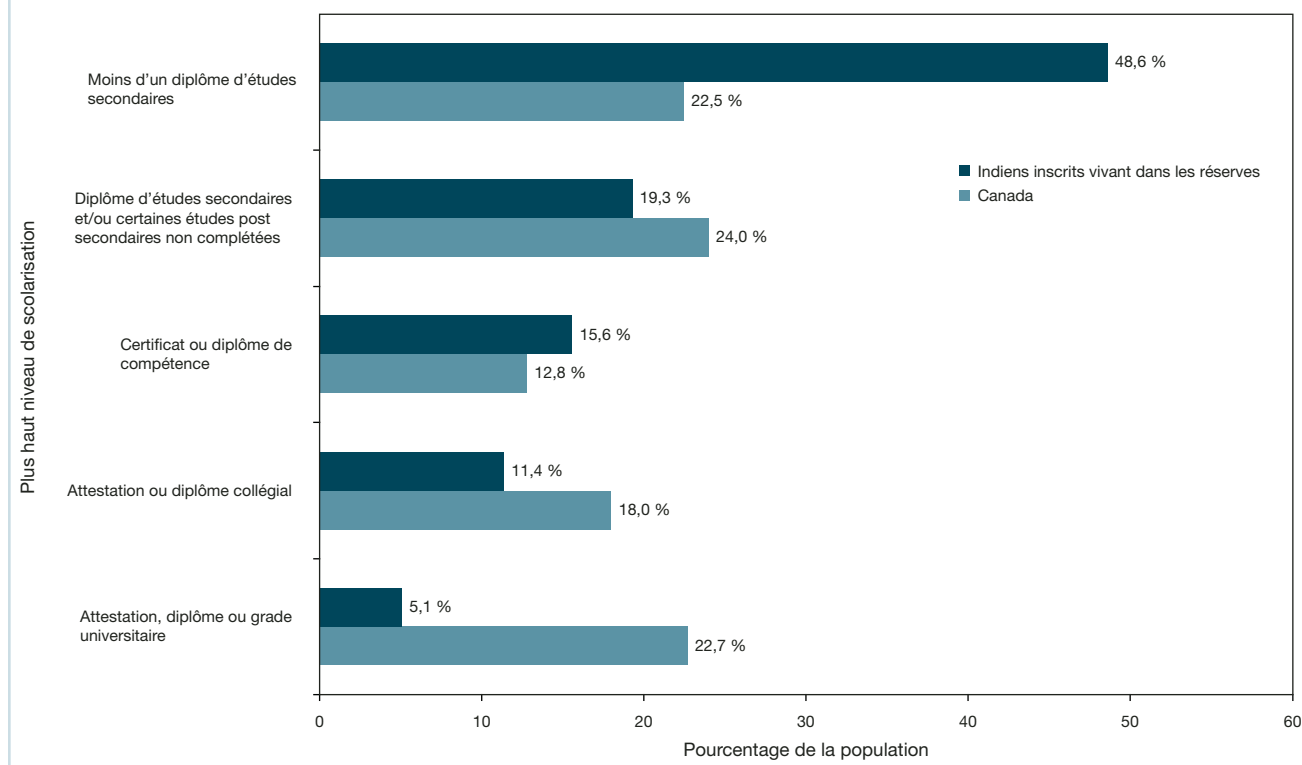
Les limites des sources de données utilisées eu égard aux indicateurs liés à l'éducation sont présentées dans les sections réservées aux **Sources de données** et aux **Méthodes et limites** du présent document.

L'éducation est un catalyseur de succès dans le marché de l'emploi et joue un rôle fondamental dans la capacité d'une personne à obtenir un emploi stable et bien rémunéré¹⁴. Bien que les Premières nations mettent l'accent sur

l'importance de l'enseignement traditionnel et du transfert des connaissances traditionnelles, la formation scolaire est encore jugée essentielle à la participation des Premières nations à l'économie canadienne. Une population cultivée peut aussi favoriser les possibilités économiques dans les collectivités des Premières nations. Le présent rapport comprend le plus élevé niveau d'éducation chez les personnes d'âge actif et le nombre de jeunes ayant réussi des études secondaires.

La **figure 2** montre le rendement scolaire des Indiens inscrits et de tous les Canadiens de 25 à 64 ans. Cette plage d'âge vise à refléter la population d'âge actif, et omet les plus jeunes, qui sont nombreux à fréquenter l'école, ainsi que les personnes âgées.

Figure 2. Niveau de scolarisation des Indiens inscrits¹ vivant dans les réserves, et du Canada², 2001, de 25 à 64 ans



¹Statut des Indiens inscrits fondé sur la déclaration volontaire du répondant.

²Ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population 2001. N° 97F0011XCB2001058 au catalogue.

À l'exception des certificats de compétence ou des diplômes, le rendement scolaire des Indiens inscrits vivant dans les réserves accuse un certain retard par rapport aux autres Canadiens. Le pourcentage des Indiens inscrits vivant dans les réserves ayant obtenu une attestation, un diplôme ou un grade universitaire est de 17,6 points inférieur à la proportion équivalente des autres Canadiens. Parallèlement, le pourcentage des Indiens inscrits ayant obtenu moins d'un diplôme d'études secondaires est de 26,1 points de pourcentage plus élevé que le pourcentage équivalent de leurs contreparties canadiennes.

Le **tableau 1** montre que les Indiennes inscrites vivant dans les réserves affichent un taux de rendement scolaire plus élevé que les Indiens inscrits dans la plupart des catégories supérieures au diplôme d'études secondaires.

Diplôme d'études secondaires

La **figure 3** montre l'état des études secondaires chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves et des jeunes Canadiens de 20 ans. La moitié (49,7 %) des jeunes Indiens inscrits de 20 ans vivant dans les réserves n'ont pas obtenu un diplôme d'études secondaires, par opposition à 12,0 % chez l'ensemble de la population. En outre, les Indiens inscrits vivant dans les réserves (13,1 %) sont plus susceptibles de fréquenter l'école secondaire à 20 ans que l'ensemble de la population (3,3 %).

Le pourcentage des Indiens inscrits vivant dans les réserves ayant obtenu un diplôme d'études secondaires à 20 ans est de 48,6 points inférieur au pourcentage équivalent des autres Canadiens. Comme le montre le **tableau 2**, chez les Indiens inscrits de 20 ans vivant dans les réserves, les

Tableau 1. Niveau de scolarisation des Indiens inscrits¹ vivant dans les réserves, et au Canada², de 25 à 64 ans, 2001

	Indiens inscrits vivant dans les réserves			Canada		
	Les deux sexes combinés	Hommes	Femmes	Les deux sexes combinés	Hommes	Femmes
Moins d'un diplôme d'études secondaires	48,6 %	51,3 %	45,9 %	22,5 %	23,2 %	21,8 %
Diplôme d'études secondaires seulement	6,6 %	6,6 %	6,5 %	14,5 %	13,1 %	15,8 %
Certaines études postsecondaires	12,7 %	11,5 %	14,0 %	9,5 %	9,4 %	9,6 %
Certificat ou diplôme de compétence	15,6 %	19,1 %	12,1 %	12,8 %	16,5 %	9,3 %
Attestation ou diplôme collégial	11,4 %	8,5 %	14,4 %	18,0 %	15,1 %	20,8 %
Attestation ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat	1,8 %	1,1 %	2,4 %	2,9 %	2,4 %	3,4 %
Diplôme universitaire (total)	3,3 %	2,0 %	4,7 %	19,8 %	20,3 %	19,3 %
Baccalauréat	2,6 %	1,5 %	3,8 %	13,5 %	13,3 %	13,6 %
Attestation universitaire supérieure au baccalauréat	0,4 %	0,2 %	0,5 %	2,0 %	1,9 %	2,2 %
Maîtrise	0,3 %	0,2 %	0,4 %	3,6 %	4,1 %	3,2 %
Doctorat acquis	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %	1,0 %	0,4 %

¹Statut des Indiens inscrits fondé sur la déclaration volontaire du répondant.

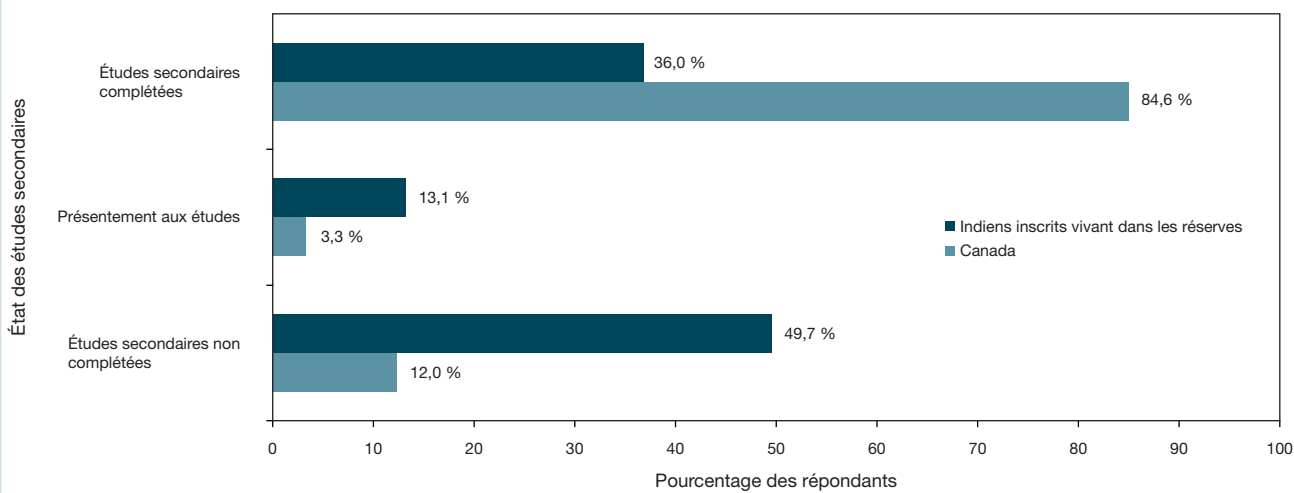
²Ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Nota :

Le total du pourcentage des colonnes n'est peut-être pas de 100 % en raison de l'arrondissement.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population 2001. N° 97F0011XCB2001058 au catalogue.

Figure 3. État des études secondaires chez les jeunes, les Indiens inscrits¹ vivant dans les réserves (2001), et au Canada² (1999), 20 ans



¹Statut des Indiens inscrits fondé sur la déclaration volontaire du répondant.

²Ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, tabulations spéciales de 2001; Bowlby et McMullen, 2002, À la croisée des chemins : premiers résultats de la cohorte de 18 à 20 ans de l'Enquête auprès des jeunes en transition. Ressources humaines et Développement social Canada et Statistique Canada.

Nota :

On doit être prudent et ne pas conférer à l'ensemble de la population vivant dans les réserves au Canada les caractéristiques des réserves ayant participé à l'EAPA. Toute synthèse des données de l'EAPA dans les réserves est seulement représentative des réserves ayant participé à l'EAPA et ne peut être jugée représentative de l'ensemble de la population vivant dans les réserves.

Tableau 2. État des études secondaires chez les jeunes, les Indiens inscrits¹ vivant dans les réserves (2001), et au Canada² (1999), selon le sexe, 20 ans

	Indiens inscrits vivant dans les réserves			Canada		
	Les deux sexes combinés	Hommes	Femmes	Les deux sexes combinés	Hommes	Femmes
Diplôme d'études secondaires	36,0 %	32,9 %	38,9 %	84,6 %	81,4 %	88,1 %
Présentement aux études	13,1 %	14,1 %*	13,3 %*	3,3 %	3,9 %	2,7 %
Secondaire non terminé	49,7 %	52,9 %	46,7 %	12,0 %	14,7 %	9,2 %

¹Statut des Indiens inscrits fondé sur la déclaration volontaire du répondant.

²Ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

* À utiliser avec prudence.

Nota :

- Le total du pourcentage des colonnes n'est peut-être pas de 100 % en raison de l'arrondissement.
- On doit être prudent et ne pas conférer à l'ensemble de la population vivant dans les réserves au Canada les caractéristiques des réserves ayant participé à l'EAPA. Toute synthèse des données de l'EAPA dans les réserves représente uniquement les réserves ayant participé à l'EAPA et ne peut être jugée représentative de l'ensemble de la population vivant dans les réserves.

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, tabulations spéciales de 2001; Bowlby et McMullen, 2002, À la croisée des chemins : premiers résultats de la cohorte de 18 à 20 ans de l'Enquête auprès des jeunes en transition. Ressources humaines et Développement social Canada et Statistique Canada.

femmes sont plus susceptibles que les garçons d'obtenir un diplôme d'études secondaires, et moins susceptibles d'abandonner. Cela reflète les résultats de l'ensemble de la population canadienne¹⁵.

Le niveau de scolarité d'une personne est lié positivement à l'état de santé et aux comportements favorables à la santé. Le rendement scolaire est largement reconnu comme un important déterminant de l'état socioéconomique et du revenu, qui sont des déterminants clés de la santé¹. Des hauts niveaux de scolarité sont nécessaires pour participer à plusieurs secteurs de la population active spécialisés et fondés sur le savoir. Cela peut entraîner davantage d'emplois, des postes plus sécurisés, comportant un traitement plus élevé, et à la limite, un revenu supérieur. Ces facteurs combinés ont un effet positif sur d'autres déterminants de la santé.

Les Premières nations affichent des niveaux de rendement inférieurs par rapport à l'ensemble de la population dans presque tous les genres d'éducation, particulièrement au niveau universitaire. Les jeunes des Premières nations sont moins susceptibles de réussir leurs études secondaires, et ceux qui réussissent ont tendance à prendre plus de temps pour obtenir leur diplôme d'études secondaires. Par opposition à l'ensemble de la population, une proportion plus élevée des Premières nations jouit d'une formation professionnelle. Une proportion élevée d'individus formés dans une profession ne compense pas pour l'insuffisance à d'autres niveaux plus avancés : seulement 32,1 % des Premières nations ont un certificat de compétence, un certificat ou un diplôme collégial ou une attestation, un diplôme ou un grade universitaire, par opposition à 53,5 % de l'ensemble de la population. Toutefois, de 1996 à 2001, les taux de rendement scolaire ont augmenté au niveau de l'éducation postsecondaire chez la population inscrite des Premières nations

(de 20 % à 23 % respectivement)⁴. En plus de cette hausse des taux de rendement scolaire, on a déclaré une hausse de la proportion des étudiants inscrits dans les écoles primaires et secondaires fédérales gérées par les Premières nations⁴.

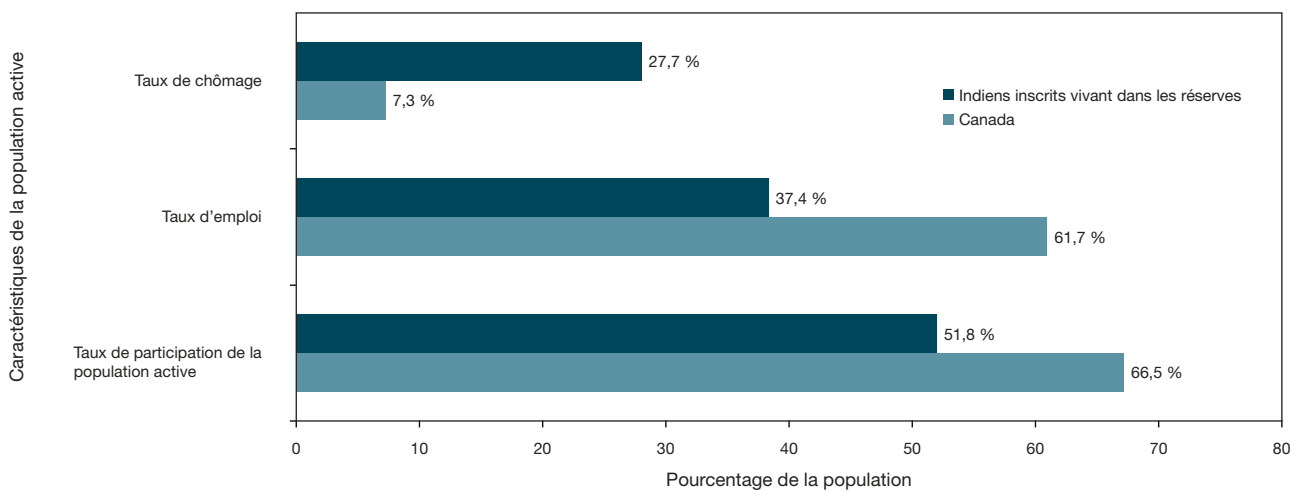
Caractéristiques de la population active

Les limites des sources de données utilisées eu égard aux indicateurs des caractéristiques de la population active sont présentées dans les sections **Sources de données et Méthodes et limites** du présent rapport. Ces sections définissent également les taux relatifs à l'emploi, au chômage et à la participation active.

L'état concernant l'emploi et le type d'emploi peuvent influencer sur la santé globale d'une personne. Un emploi mieux rémunéré peut avoir un effet positif sur la qualité de vie d'une personne, bien que certains emplois peuvent aussi entraîner des risques pour la santé (p. ex. un taux de blessures plus élevé, l'exposition à des toxines). L'état d'emploi et de chômage d'une population a un impact direct sur la santé globale d'une population.

Le taux de chômage est un indicateur clé de la santé de l'économie et de la société dans un sens plus large. Comme le montre la **figure 4**, le taux de chômage des Indiens inscrits vivant dans les réserves est de 20,4 points de pourcentage plus élevé que le taux canadien (27,7 % par opposition à 7,3 %). Chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves (**tableau 3**), les hommes (32,7 %) sont plus susceptibles d'être en chômage que les femmes (21,7 %). L'ensemble de la population canadienne présente le même profil, mais l'écart est beaucoup plus marqué chez la population indienne inscrite vivant dans les réserves : les Indiens inscrits présentent un écart de 10 points de pourcentage par rapport aux Indiennes inscrites.

Figure 4. Caractéristiques de la population active chez les Indiens inscrits¹ vivant dans les réserves, et au Canada², 15 ans et plus, 2001



¹Statut des Indiens inscrits fondé sur la déclaration volontaire du répondant.

²Ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population 2001. No 97F0011XCB2001062 au catalogue.

Le taux d'emploi chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves est de 24,3 points de pourcentage de moins que le taux canadien. Il existe une lacune de moins de un pour cent entre les Indiennes et les Indiens inscrits, par opposition aux chiffres canadiens, où le taux d'emploi est plus de 10 points de pourcentage plus élevé chez les hommes.

Le taux de participation à la vie active des Indiens inscrits vivant dans les réserves est de 14,7 points de pourcentage de moins que celui de la population canadienne. Bien que l'écart chez les hommes et les femmes eu égard à la participation à la vie active soit moindre chez la population indienne inscrite vivant dans les réserves que celui du Canada, le taux de partici-

Tableau 3. Caractéristiques de la population active des Indiens inscrits¹ vivant dans les réserves, et au Canada², selon le sexe, 15 ans et plus, 2001

	Indiens inscrits vivant dans les réserves			Canada		
	Les deux sexes combinés	Hommes	Femmes	Les deux sexes combinés	Hommes	Femmes
Participation active totale	89 900	49 020	40 880	15 758 870	8 390 285	7 368 590
Actifs	64 995	32 995	32 000	14 609 885	7 766 430	6 843 450
Sans emploi	24 900	16 025	8 875	1 148 985	623 850	525 140
Exclus de la participation active	83 755	38 445	45 320	7 930 020	3 129 380	4 800 640
Taux de chômage	27,7 %	32,7 %	21,7 %	7,3 %	7,4 %	7,1 %
Taux d'emploi	37,4 %	37,7 %	37,1 %	61,7 %	67,4 %	56,2 %
Taux de participation à la vie active	51,8 %	56,0 %	47,4 %	66,5 %	72,8 %	60,6 %

¹Statut des Indiens inscrits fondé sur la déclaration volontaire du répondant.

²Ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population 2001. N° 97F0011XCB2001062 au catalogue.

pation des Indiens inscrits est presque 10 points de pourcentage plus élevé que celui des Indiennes inscrites.

Les jeunes

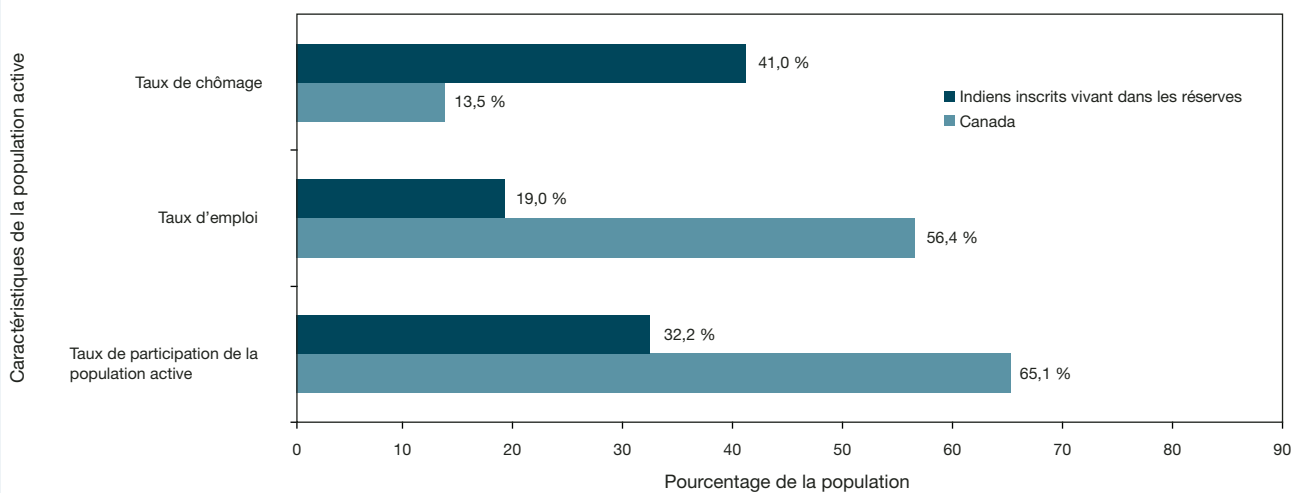
La **figure 5** examine des indicateurs de population active choisis relatifs aux jeunes Indiens inscrits de 15 à 24 ans vivant dans les réserves, de même que leurs contreparties dans l'ensemble de la population canadienne. Comme le montre la figure, le taux de chômage des jeunes Indiens inscrits vivant dans les réserves est de 27,5 point de pourcentage plus élevé que le taux canadien comparable. Le taux d'emploi des jeunes Indiens inscrits vivant dans les réserves est de 37,4 points de pourcentage de moins que le taux canadien. Le taux de participation des jeunes Indiens inscrits vivant dans les réserves est de 32,9 points de pourcentage de moins que le taux canadien.

Chez les jeunes Indiens inscrits vivant dans les réserves (de 15 à 24 ans), l'écart entre eux et l'ensemble de la population par rapport au chômage est moyennement plus élevé que celui

de l'ensemble de la population de 15 ans et plus (20,4 % c. 27,5 %), mais les écarts relatifs aux taux d'emploi et aux taux de participation sont beaucoup plus importants. Comme pour les adultes, les jeunes Indiens inscrits vivant dans les réserves affichent des taux de participation à la vie active plus élevés et des taux d'emploi un peu plus élevés que ceux des jeunes Indiennes inscrites vivant dans les réserves, bien qu'ils affichent aussi des taux de chômage plus élevés (**tableau 4**).

Les Premières nations du Canada, dont la population est relativement plus jeune par rapport à l'ensemble de la population canadienne, représentent un bassin éventuel de main-d'œuvre compétente pouvant contribuer grandement à réduire la pénurie de travailleurs prévue en raison de la population vieillissante¹⁶. Santé Canada, par le biais de son Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA), favorise un bassin éventuel de travailleurs compétents en bâtissant les fondations de ressources humaines en santé des populations des Premières nations, des Inuits

Figure 5. Caractéristiques de la population active chez les Indiens inscrits¹ vivant dans les réserves, et au Canada², de 15 à 24 ans, 2001



¹Statut des Indiens inscrits fondé sur la déclaration volontaire du répondant.

²Ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population 2001. N° 97F0011XCB2001062 au catalogue.

Tableau 4. Caractéristiques de la population active chez les Indiens inscrits¹ vivant dans les réserves, et au Canada², selon le sexe, de 15 ans à 24 ans, 2001

	Indiens inscrits vivant dans les réserves			Canada		
	Les deux sexes combinés	Hommes	Femmes	Les deux sexes combinés	Hommes	Femmes
Participation active totale	15 285	8 460	6 825	2 563 215	1 323 035	1 240 175
Actifs	9 020	4 700	4 325	2 217 815	1 136 370	1 081 445
Sans emploi	6 260	3 760	2 495	345 395	186 665	158 735
Exclus de la participation active	32 135	15 755	16 380	1 372 420	684 495	687 925
Taux de chômage	41,0%	44,4%	36,6%	13,5%	14,1%	12,8%
Taux d'emploi	19,0%	19,4%	18,6%	56,4%	56,6%	56,1%
Taux de participation à la vie active	32,2%	34,9%	29,4%	65,1%	65,9%	64,3%

¹Statut des Indiens inscrits fondé sur la déclaration volontaire du répondant.

²Ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population 2001. N° 97F0011XCB2001062 au catalogue.

et des Métis. L'IRHSA vise à accroître la capacité de soins de santé des populations des Premières nations, des Inuits et des Métis en augmentant le nombre d'étudiants autochtones inscrits à des programmes dans le domaine de la santé, en augmentant le nombre d'institutions postsecondaires qui appuient les étudiants poursuivant de telles études, et en appuyant la rétention des travailleurs de la santé qui œuvrent dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

On doit tenir compte du rendement scolaire chez les Premières nations, particulièrement à la lumière des besoins éducatifs de la population active. L'écart plus marqué dans les taux d'emploi et de participation à la vie active chez les jeunes par opposition à la population d'âge actif laisse croire que davantage de renseignements sont nécessaires pour expliquer ces écarts.

Comme il a été susmentionné, les Indiens inscrits d'âge actif vivant dans les réserves (de 25 à 64 ans), sont plus susceptibles que les Indiennes d'être en chômage. Cette différence est possiblement attribuable au pourcentage plus élevé des Indiens inscrits participant à la vie active.

Malgré les inégalités des caractéristiques de la population active chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves par opposition à l'ensemble de la population canadienne, les caractéristiques chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves en 2001 se sont améliorées depuis 1996. Par opposition à 1996, en 2001, les Indiens inscrits vivant dans les réserves affichaient un meilleur taux de participation à la vie active (51,5 % en 1996 et 51,8 % en 2001), un taux d'emploi plus élevé 36,7 % en 1996 et 37,4 % en 2001) et un taux de chômage plus faible (28,7 % en 1996 et 27,7 % en 2001)¹⁷.

La proportion des personnes qui chassent, qui pêchent et qui se nourrissent d'aliments traditionnels est une caractéristique possiblement importante de la participation à la vie active chez la population des Premières nations; cet aspect n'est pas saisi dans le présent rapport. Ces activités productives ne génèrent aucun revenu et ne sont pas reflétées dans la participation à la vie active. Par conséquent, les statistiques correspondantes peuvent exagérer l'écart entre les Premières nations et l'ensemble de la population canadienne.

Revenu

Les limites des sources de données utilisées eu égard aux indicateurs de revenu sont présentées dans les sections **Sources de données** et **Méthodes et limites** du présent rapport.

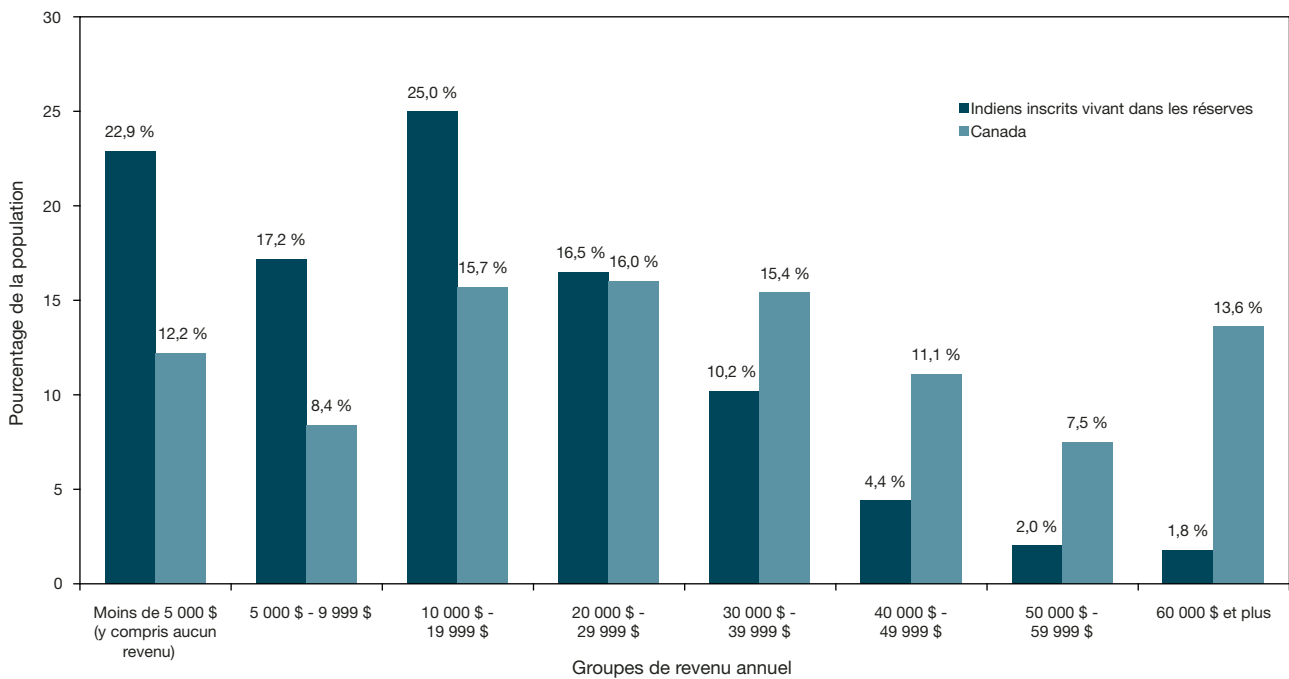
Un état social et économique plus élevé a été associé à une meilleure santé¹. Le revenu influence les conditions de vie, la qualité du logement et la capacité de se nourrir suffisamment, des éléments ayant tous un effet sur l'état de santé.

La **figure 6** montre des groupes de revenus annuels chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves et chez l'ensemble de la population canadienne de 25 à 64 ans. Une proportion plus élevée des Indiens inscrits vivant dans les réserves se classe dans les groupes de revenu inférieur

allant d'aucun revenu à 29,999 \$. Le groupe de revenu affichant l'écart le plus important est le groupe inférieur à 5 000 \$, alors que 22,9 % des Indiens inscrits, par opposition à 12,2 % de l'ensemble de la population canadienne sont classés dans cette catégorie. En revanche, une proportion plus élevée de l'ensemble de la population canadienne se classe dans les groupes de revenus plus élevés (de 30 000 \$ à plus de 60 000 \$). Le pourcentage des Indiens inscrits vivant dans les réserves dont le revenu est de 60 000 \$ et plus (1,8 %) est de 12 points de moins que le pourcentage équivalent de l'ensemble de la population canadienne (13,6 %).

Comme le montre la **figure 7**, le revenu médian annuel de la population indienne inscrite vivant dans les réserves (10 631 \$), est 11 643 \$ de

Figure 6. Groupes de revenu annuel chez les Indiens inscrits¹ vivant dans les réserves, et au Canada², de 25 à 64 ans, 2000



¹Statut des Indiens inscrits fondé sur la déclaration volontaire du répondant.

²Ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population 2001. N° 97F0011XCB2001062 au catalogue.

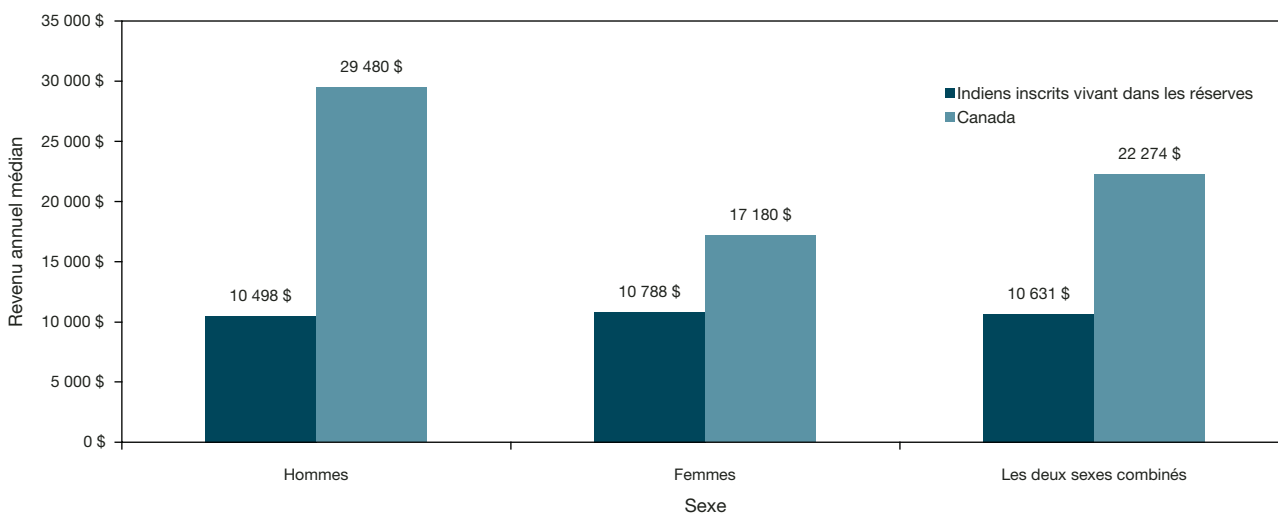
moins que celui de l'ensemble de la population canadienne (22 274 \$). Le revenu médian annuel de la population masculine des Indiens inscrits vivant dans les réserves est presque 19 000 \$ de moins que celui des autres Canadiens. L'écart entre les femmes est moins prononcé, se situant à un peu plus de 6 000 \$. Néanmoins, les Canadiennes gagnent presque 60 % de plus que leurs contreparties chez les Indiennes inscrites vivant dans les réserves. Chez les populations masculine et féminine des Indiens inscrits vivant dans les réserves, l'écart entre les sexes apparaît moindre par opposition à celui des populations masculine et féminine canadiennes.

Comme il a été susmentionné, l'état de l'emploi d'un individu et le genre de travail qu'occupe un individu peut influencer sur la santé globale d'une personne. Un meilleur rendement scolaire peut entraîner de meilleures possibilités dans la participation à la vie active, et en retour, donner lieu

à un travail mieux rémunéré. L'influence réciproque de l'éducation, du revenu et de l'emploi contribue à la santé globale des individus.

Le revenu inférieur chez les Premières nations est l'une des conséquences des écarts en éducation. En plus des implications économiques directes, ces conditions laissent les Premières nations moins équipées pour profiter des occasions dans un marché du travail en évolution constante. Par opposition à l'ensemble de la population canadienne, le faible écart de revenu entre hommes et femmes chez les Premières nations relève probablement de leur participation plus équilibrée à la vie active. Chez les adultes des Premières nations, la source de revenu peut aussi être un facteur : les avantages sociaux (71,0 %) constituent une proportion plus élevée du revenu que le revenu d'emploi (56,6 %)⁹.

Figure 7. Revenu annuel médian chez les Indiens inscrits¹ vivant dans les réserves, et au Canada², 15 ans et plus, 2000



¹Statut des Indiens inscrits fondé sur la déclaration volontaire du répondant.

²Ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population 2001. N° 97F0011XCB2001062 au catalogue.

Hygiène de vie

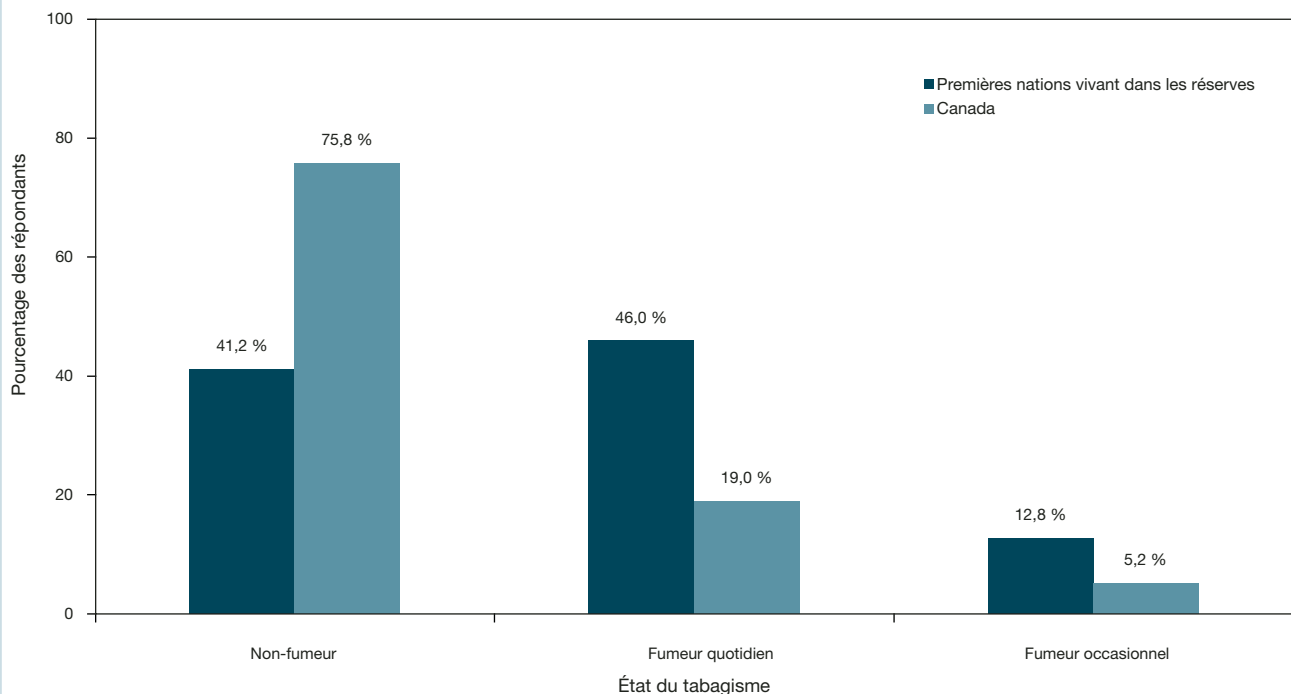
Les limites des sources de données utilisées eu égard aux indicateurs de l'hygiène de vie sont présentées dans les sections **Sources de données** et **Méthodes et limites** du présent rapport.

L'hygiène de vie, parfois connue comme un facteur de risque lié au comportement, comprend les nombreux choix que doit faire une personne au cours de sa vie tels que le tabagisme, la consommation d'alcool ou l'activité physique. Ces choix peuvent avoir un effet à la fois positif et négatif sur la santé d'une personne.

Le tabagisme

Dans l'ensemble, le taux de tabagisme (l'usage quotidien et occasionnel du tabac) chez les Premières nations vivant dans les réserves (58,8 %) est de 34,6 points de pourcentage plus élevé que le taux canadien de 24,2 %^{9,18}. Parmi les fumeurs, la plupart fument quotidiennement, à la fois chez la population des Premières nations et l'ensemble de la population canadienne. Comme le montre la **figure 8**, 46,0 % des Premières nations vivant dans les réserves déclarent fumer quotidiennement, par opposition à 19,0 % de l'ensemble de la population.

Figure 8. État du tabagisme chez les adultes des Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada¹ (2003), 18 ans et plus



¹Total de l'ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Source : Le Comité de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003; Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations. Assemblée des Premières nations; novembre 2005; Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003.



Selon l'ERS 2002-2003, le taux de tabagisme chez les hommes (59,3 %) et les femmes (58,3 %) des Premières nations vivant dans les réserves est presque le même⁹. Chez l'ensemble de la population, l'écart entre les sexes est plus grand, alors que 26,5 % des hommes fument par opposition à 22,0 % des femmes¹⁸.

Le **tableau 5** montre l'état du tabagisme chez les adultes des Premières nations vivant dans les réserves par groupe d'âge. La prévalence globale du tabagisme (usage quotidien ou occasionnel) chez les Premières nations diminue de façon constante avec l'âge, passant de 69,8 % chez les personnes de 18 à 29 ans à 24,2 % chez les personnes de 60 ans et plus. Le taux canadien est semblable, mais atteint un point culminant chez le groupe d'âge de 30 à 39 ans (26,7 %), puis commence à diminuer avec l'âge¹⁸. Les adultes des Premières nations de moins de 50 ans vivant dans les réserves déclarent les taux de tabagisme quotidiens les plus élevés (53,9 % chez les personnes de 18 à 29 ans, 49,1 % chez les personnes de 30 à 39 ans et 49,6 % chez les personnes de 40 à 49 ans). Les personnes de 60 ans et plus chez les Premières nations déclarent le taux antitabac le plus élevé

(71,9 %) et les taux d'usage du tabac quotidiens (23,5 %) et occasionnels (4,6 %) les plus faibles.

Consommation de l'alcool

L'abus d'alcool a plusieurs effets négatifs sur les personnes. L'abus d'alcool à long terme peut causer des dommages au foie, des problèmes d'estomac, des dommages au cerveau et des difficultés sexuelles^{19,20}. La consommation d'alcool pendant la grossesse peut causer toute une gamme de troubles de croissance, de comportement et de déficiences cognitives chez les enfants en gestation, aussi connus comme le syndrome de l'alcoolisme fœtale²¹.

Chez les hommes comme chez les femmes, la proportion déclarant une consommation d'alcool est plus faible chez la population des Premières nations vivant dans les réserves que chez l'ensemble de la population canadienne. Comme le montre la **figure 9**, 65,6 % des adultes chez les Premières nations vivant dans les réserves ont déclaré avoir consommé de l'alcool dans les 12 mois précédant l'enquête (69,3 % chez les hommes et 61,7 % chez les femmes). Ces proportions sont plus faibles que le 79,3 % chez

Tableau 5. État du tabagisme chez les Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada¹ (2003), par groupe d'âge, 18 ans et plus

	Premières nations vivant dans les réserves						Canada					
	Tous les âges (18 +)	de 18 à 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	60 ans et plus	Tous les âges (18 +)	de 18 à 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	60 ans et plus
Non-fumeur	41,2 %	30,3 %	36,3 %	39,2 %	55,2 %	71,9 %	75,8 %	68,5 %	73,4 %	72,1 %	76,9 %	87,7 %
Fumeur quotidien	46,0 %	53,9 %	49,1 %	49,6 %	33,6 %	23,5 %	19,0 %	21,6 %	20,8 %	22,9 %	19,9 %	10,6 %
Fumeur occasionnel	12,8 %	15,9 %	14,6 %	11,2 %	11,2 %	4,6 %	5,2 %	9,9 %	5,9 %	5,0 %	3,2 %	1,8 %

¹Total de l'ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Nota :

Le total du pourcentage des colonnes n'est peut-être pas de 100 % en raison de l'arrondissement.

Source : Le Comité de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003; Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations. Assemblée des Premières nations; novembre 2005; Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003.

l'ensemble de la population canadienne (82,0 % chez les hommes et 76,8 % chez les femmes).

Les adultes de 18 à 29 ans chez les Premières nations étaient plus susceptibles de déclarer la consommation d'alcool, comme le montre la **figure 10**. La proportion de consommation d'alcool déclarée décline de façon constante avec l'âge, passant à 36,3 % chez les personnes de 60 ans et plus.

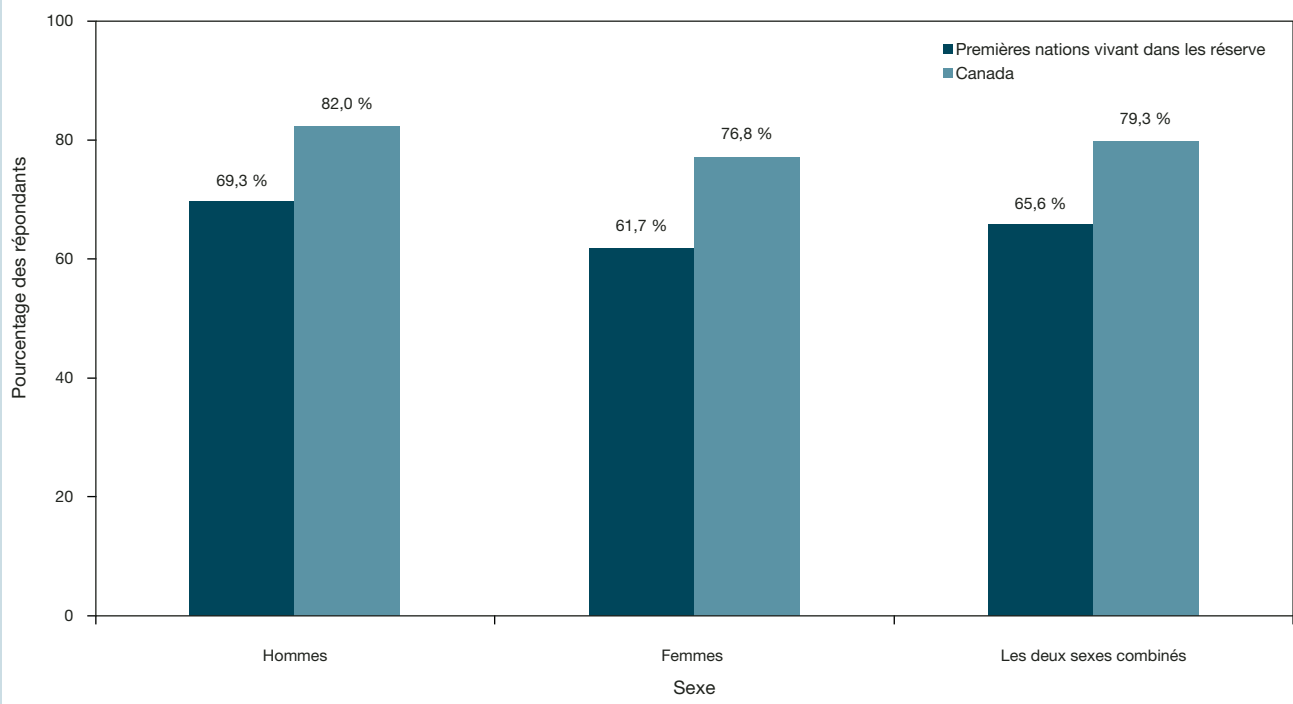
Bien que le taux de consommation d'alcool global chez les adultes des Premières nations (18 ans et plus) vivant dans les réserves soit inférieur, la proportion des personnes déclarant une consommation abusive d'alcool est plus élevée chez les Premières nations par rapport à l'ensemble de

la population. Comme le montre la **figure 11**, la proportion des Premières nations ayant déclaré une consommation abusive d'alcool (définie comme ayant bu cinq consommations ou plus en une occasion) sur une base hebdomadaire (16,0 %), est de deux fois celle de l'ensemble de la population canadienne (7,9 %). Le plus grand écart est chez les femmes alors que 10,2 % des femmes des Premières nations ont déclaré une consommation abusive d'alcool sur une base hebdomadaire par opposition à 3,3 % chez l'ensemble de la population.

Activité physique, nutrition et IMC

Le maintien d'un poids santé est étroitement lié à l'état de santé et à la survenue de certaines

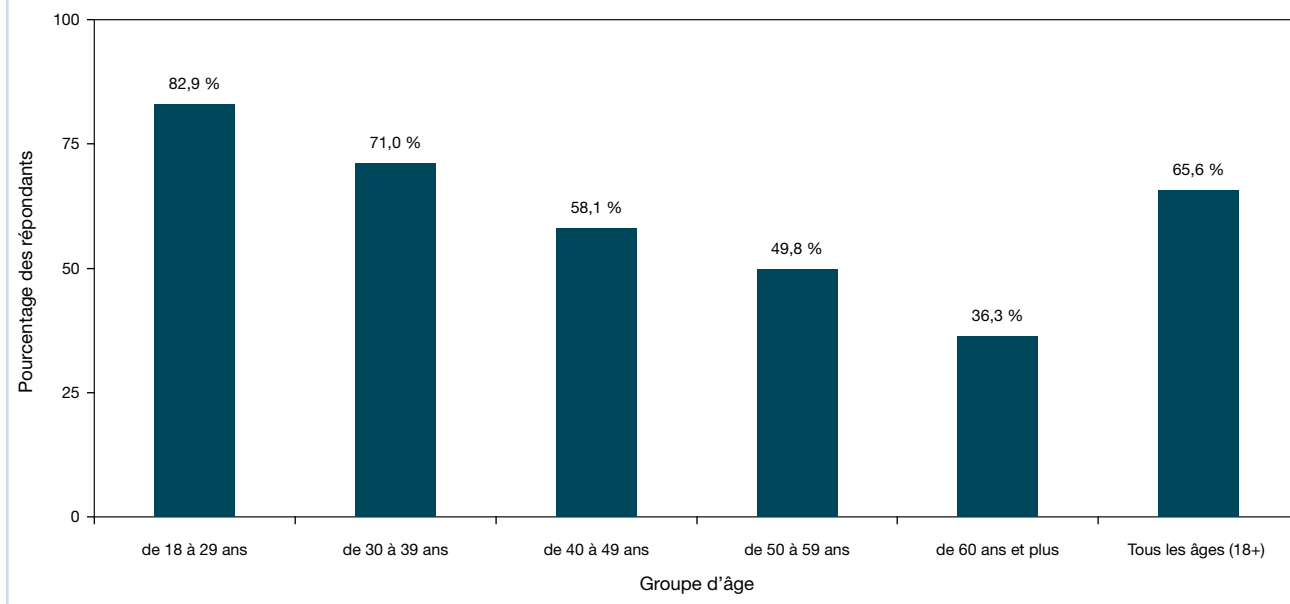
Figure 9. Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois, chez les Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada¹ (2003), 18 ans et plus



¹Total de l'ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Source : Le graphique a été adapté en fonction du Comité de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003; Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations. Assemblée des Premières nations; novembre 2005; Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003.

Figure 10. Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois, chez les Premières nations de 18 ans et plus vivant dans les réserves, par groupe d'âge, 2002-2003



Source : Le Comité de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003; Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations. Assemblée des Premières nations; novembre 2005.

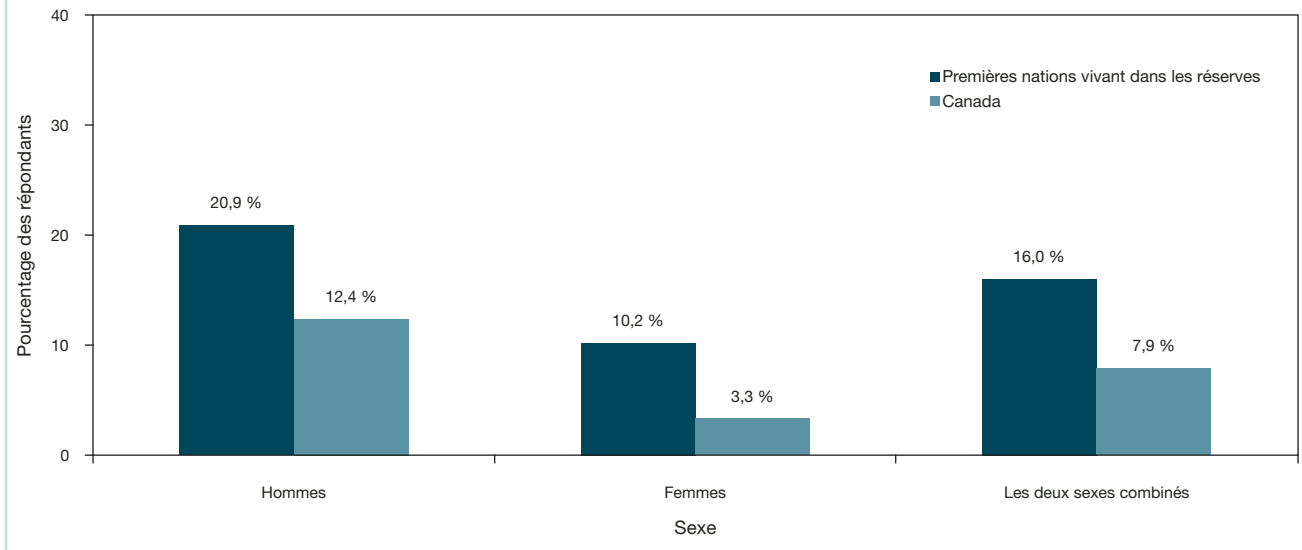
maladies chroniques. L'activité physique et l'alimentation saine peuvent aider une personne à maintenir un poids santé. L'ERS indique que dans l'ensemble, 21,3 % des adultes chez les Premières nations vivant dans les réserves ont déclaré une activité physique suffisante qui répond aux normes généralement reconnues^{22,23}. Comme le montre la **figure 12**, les hommes des Premières nations (26,7 %) étaient plus susceptibles que les femmes des Premières nations (15,2 %) à déclarer une activité physique suffisante. De plus, l'écart entre les sexes est davantage prononcé chez les adultes plus jeunes que chez les personnes de 60 ans et plus⁹.

Selon l'ERS, environ un tiers, ou 35,4 % des adultes des Premières nations vivant dans les réserves ont déclaré avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré en tout temps ou presque, tandis que 52,7 % déclarent un tel régime de temps à autre. Près de un dixième, ou 9,1 % ont

déclaré avoir rarement adopté un tel régime, et 2,8 % déclarent ne jamais avoir adopté un régime alimentaire nutritif et équilibré. La proportion des adultes déclarant avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré en tout temps ou presque augmente avec l'âge, allant de 25,0 % chez les personnes de 18 à 29 ans, à 53,9 % chez les personnes de 60 ans et plus.

Les données de l'ERS sur l'IMC sont classées en fonction des *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*²⁴. L'IMC est le ratio du poids et de la taille d'une personne. Bien que l'IMC ne soit pas une mesure directe de l'adiposité, il fait l'objet d'une étude étendue et à ce jour, s'avère un indicateur utile des risques pour la santé liés à l'insuffisance pondérale et à la surcharge pondérale. Les lignes directrices classent l'IMC en quatre groupes : l'insuffisance pondérale (IMC <18,5), le poids normal (IMC de 18,5 à 24,9), la surcharge pondérale (IMC de

Figure 11. Consommation abusive d'alcool¹ des buveurs sur une base hebdomadaire chez les Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada² (2003), 18 ans et plus



¹La consommation abusive d'alcool est définie comme ayant bu cinq consommations d'alcool ou plus en une occasion.

²Total de l'ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Nota :

Comprend uniquement les personnes ayant déclaré une consommation d'alcool pendant l'année qui précède l'enquête.

Source : Le Comité de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003; Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations. Assemblée des Premières nations; novembre 2005; Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003.

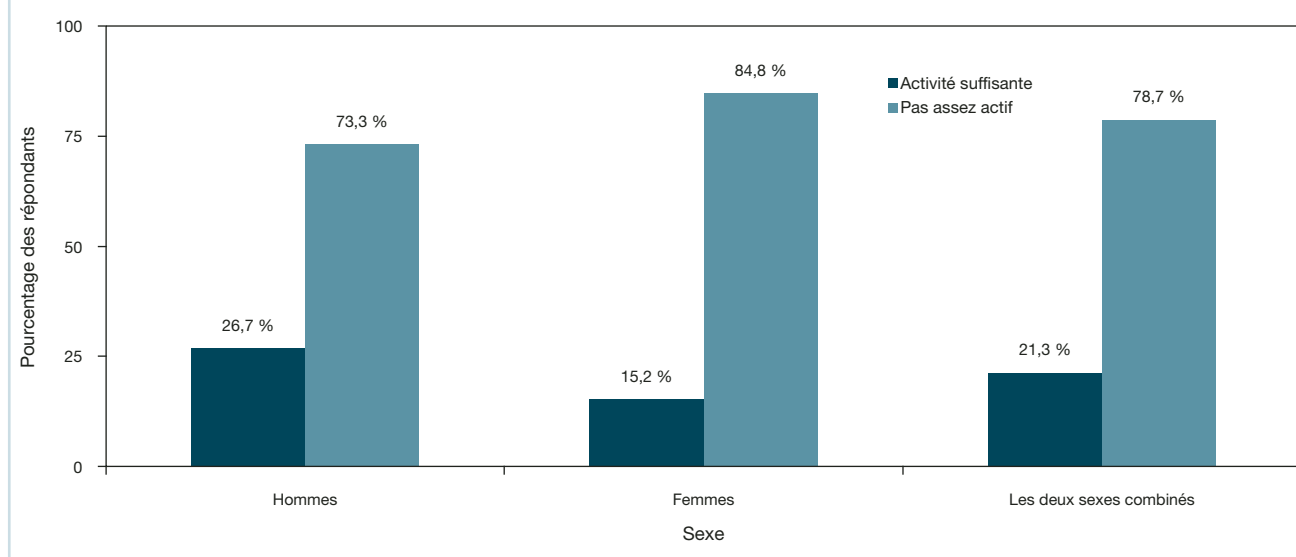
25,0 à 29,9) et l'obésité (IMC \geq 30,0). En fonction de ces lignes directrices, et comme le montre la **figure 13**, en règle générale, les adultes des Premières nations (18 ans et plus) vivant dans les réserves sont moins susceptibles que les adultes de l'ensemble de la population canadienne (de 20 à 64 ans) d'avoir un poids normal. En outre, plus d'adultes des Premières nations que leurs contreparties canadiennes sont jugés obèses. Par conséquent, 73,0 % des adultes des Premières nations ont un poids au-dessus du poids normal, par opposition au pourcentage déjà élevé de 48,0 % chez les autres Canadiens, une différence de 25,0 points de pourcentage. L'ERS a aussi déclaré que près de un tiers (31,2 %) sont dans des classes d'obésité I et II (IMC de 30,0 à 39,9), et que 4,8 % sont jugés massivement obèses (obèse de classe III, IMC de 40,0 et plus).

Dans l'ensemble, les hommes des Premières nations vivant dans les réserves (41,8 %) sont plus susceptibles que les femmes (31,1 %) d'afficher une surcharge pondérale, mais les femmes (34,3 %) sont plus susceptibles que les hommes (28,6 %) de souffrir d'obésité⁹. Par contre, les hommes dans l'ensemble de la population sont plus susceptibles que les femmes de faire partie tant des classes de surcharge pondérale que d'obésité²⁵.

Santé en matière de sexualité

Selon les résultats de l'ERS, près des trois quarts (73,7 %) des adultes de 18 ans et plus sont actifs sexuellement, tel qu'il a été défini par la déclaration des répondants sur l'activité sexuelle au cours des 12 mois précédant l'enquête. De plus, davantage d'hommes des Premières nations

Figure 12. Proportion des Premières nations de 18 ans et plus vivant dans les réserves déclarant une activité suffisante, selon le sexe, 2002-2003



Nota :

Dans l'ERS, le critère relatif à une activité suffisante était défini comme une déclaration d'au moins 30 minutes d'activité modérée à vigoureuse (c.-à-d. qui entraîne une hausse du rythme cardiaque et de la respiration) pendant quatre jours ou plus par semaine.

Source : Le graphique a été adapté en fonction du Comité de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003; Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations. Assemblée des Premières nations; novembre 2005.

(80,3 %) que de femmes (66,8 %) ont déclaré être actifs sexuellement.

La **figure 14** montre que la prévalence d'avoir trois partenaires différents ou plus sur une période de 12 mois est plus élevée chez les adultes des Premières nations actifs sexuellement (13,0 %) que chez l'ensemble des adultes canadiens (5,6 %).

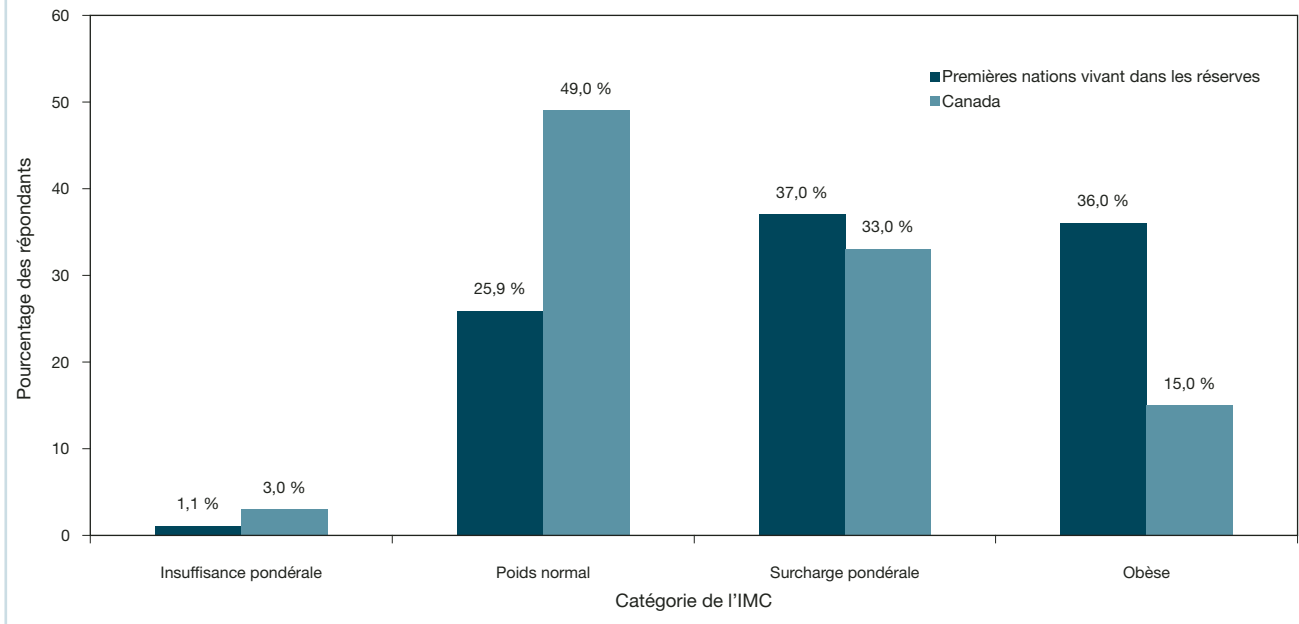
Chez les Premières nations, les hommes sont plus susceptibles d'avoir trois partenaires ou plus (18,4 %) que les femmes (6,9 %), un écart de 11,5 %. L'écart entre les sexes est semblable à celui de l'ensemble de la population, alors que 8,2 % des hommes et 3,1 % des femmes ont déclaré avoir trois partenaires ou plus (un écart de 5,1 %).

L'utilisation de condoms est appuyé depuis longtemps comme l'un des moyens les plus

efficaces d'éviter la transmission ou l'acquisition d'infections transmissibles sexuellement, y compris le VIH. Comme le montre le **tableau 6**, chez les Premières nations ayant déclaré avoir été actifs sexuellement au cours des 12 derniers mois, 44,1 % ont déclaré que leur partenaire avait utilisé un condom au moins une fois comme moyen de contrôle des naissances ou de protection.

Parmi les personnes ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles dans les 12 derniers mois, seulement 10,6 % ont affirmé avoir utilisé un condom la plupart du temps⁹. Chez les personnes ayant déclaré l'utilisation d'un condom de façon irrégulière, 9,9 % des répondants de 18 à 29 ans ont affirmé que cela était attribuable à la consommation d'alcool et de drogues. Parmi tous les groupes d'âge, 6,6 % ont déclaré ne pas vouloir utiliser un condom; 4,0 % ont déclaré que leur partenaire ne voulait pas en utiliser un; 3,6 %

Figure 13. Répartition de l'indice de masse corporelle chez les adultes, des Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada¹ (2003), 18 ans et plus



¹Total de l'ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Nota :

Les données de l'ERS sont basées sur la déclaration de taille et de poids de tous les répondants de 18 ans et plus. Les données de l'ESCC sont basées sur la déclaration de taille et de poids des répondants de 20 à 64 ans.

Source : Le Comité de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003; Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations. Assemblée des Premières nations; novembre 2005; Craig, C.L. et Cameron, C. (2004) Increasing physical activity: Assessing trends from 1998-2003. Ottawa (Ontario) : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2004, fondé sur les recherches de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001.

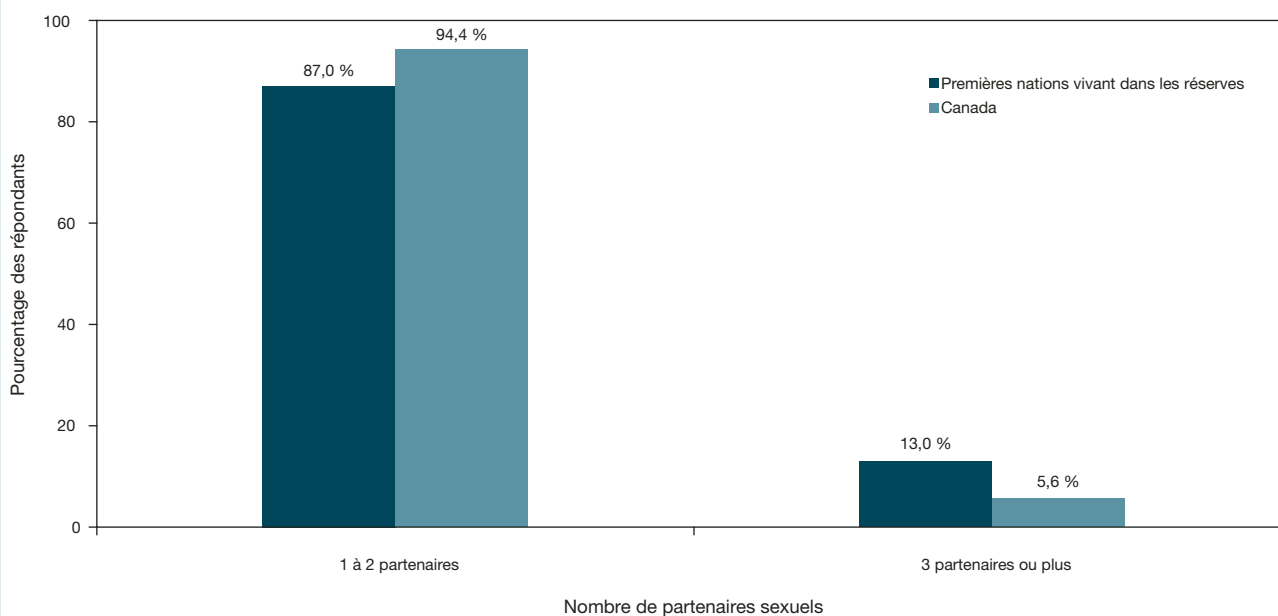
croyaient être protégés; et 3,4 % ont affirmé qu'ils et leur partenaire voulaient devenir enceinte.

L'on peut présumer que l'hygiène de vie peut être un choix de mode de vie, mais tout un éventail d'autres facteurs peuvent influencer le choix d'un individu (p. ex. le revenu disponible, le temps libre, l'accès à des installations récréatives, l'accès à l'information et aux ressources, les services aux enfants, les soins de santé, etc.). L'hygiène de vie relève autant de l'environnement que d'un individu.

Le tabac représente un contexte culturel positif solide, et une longue tradition de consommation chez les peuples des Premières nations²⁶. Mais la

consommation non cérémoniale de cigarettes et d'autres produits du tabac peut représenter un risque éventuel pour les Premières nations. La consommation de tabac a été identifiée comme un facteur de risque lié au cancer du poumon et à d'autres cancers, à l'insuffisance coronaire, à l'hypertension, à l'emphysème, à la bronchite chronique et à une variété d'autres troubles, et par conséquent, produit un effet important sur la santé et sur la demande de soins de santé quand les fumeurs développent ces maladies²⁷. La prévalence du tabagisme diminue avec l'âge chez les Premières nations, contrairement à l'ensemble de la population canadienne, qui atteint un point culminant chez le groupe des 30 à 39 ans. L'interprétation est limitée à la lumière des

Figure 14. Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois chez les adultes, des Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada¹ (2003), 18 ans et plus



¹Total de l'ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Nota :

L'ERS vise tous les répondants de 18 ans et plus ayant déclaré des rapports sexuels dans les 12 mois précédant l'enquête. L'ESCC vise uniquement les répondants de 18 à 49 ans.

Source : Le Comité de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003; Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations. Assemblée des Premières nations; novembre 2005; Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003.

Tableau 6. Utilisation déclarée d'un condom comme moyen de contrôle des naissances ou de protection, chez les Premières nations vivant dans les réserves, par âge et sexe, 2002-2003

	Sexe/âge										Les deux sexes combinés (18+)
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
	de 18 à 29 ans	de 18 à 29 ans	de 30 à 39 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 50 à 59 ans	60 ans et plus	60 ans et plus	
Oui	72,6 %	61,4 %	49,4 %	27,4 %	28,1 %	14,7 %	19,2 %	*	43,5 %	*	44,1 %
Non	27,4 %	38,6 %	50,6 %	72,6 %	71,9 %	85,3 %	80,8 %	89,6 %	56,5 %	87,9 %	55,9 %

*Chiffres trop faibles pour être comptabilisés.

Nota :

En fonction des réponses à la question : « Laquelle des méthodes de contrôle des naissances ou de protection suivantes vous et/ou votre ou vos partenaires utilisez-vous? » Cette question ne fait pas la différence entre l'utilisation habituelle et occasionnelle d'un condom.

Source : Le Comité de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003; Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations. Assemblée des Premières nations; novembre 2005.

données transversales d'une année; des données de plusieurs années seront nécessaires pour déterminer si la prévalence globale du tabagisme augmentera au fil du temps.

L'usage excessif d'alcool, comme il a été susmentionné, peut avoir de nombreux effets, tant en matière de santé physique que les effets sociaux et culturels de l'alcoolisme. Par opposition aux autres Canadiens, moins d'adultes des Premières nations déclarent consommer de l'alcool. Toutefois, une plus grande proportion des Premières nations ont déclaré une consommation abusive d'alcool, pouvant causer de nombreux problèmes de santé ainsi que de sérieux problèmes socioéconomiques²⁸.

L'obésité est davantage reconnue comme un problème majeur au Canada, et un niveau élevé de prévalence est aussi observé chez les Premières nations, où un tiers de la population est jugée obèse. Par conséquent, les Premières nations sont non seulement plus à risque de souffrir d'hypertension, d'insuffisance coronaire et de certains cancers²⁴, mais elles risquent également d'augmenter la prévalence déjà élevée du diabète⁹ parmi leur peuple, tout comme les complications liées à cette maladie chronique. L'activité physique accrue et un régime alimentaire nutritif et équilibré sont des façons de réduire la prévalence de ces états de santé.

Les Premières nations déclarent un plus grand nombre de partenaires sexuels que l'on observe chez l'ensemble de la population canadienne, ce qui risque de faciliter la dissémination d'infections transmises sexuellement, y compris le VIH. Cependant, l'utilisation accrue de condoms peut aider à prévenir de telles infections.

Services de santé

Les limites des sources de données utilisées eu égard aux indicateurs des services de santé sont

présentées dans les sections **Sources de données** et **Méthodes et limites** du présent rapport.

Les services de santé comprennent toute une gamme de services offerts aux particuliers. Ces services peuvent souvent être répartis comme suit, notamment les services préventifs (visant à maintenir la santé), les services diagnostiques (visant à cerner la maladie et la maladie éventuelle le plus tôt possible), et les services thérapeutiques (visant à corriger le mauvais état de santé). L'utilisation des services hospitaliers sera examinée dans un volume distinct du présent rapport. La présente section se concentre sur la mammographie, le test de Papanicolaou, et le toucher rectal, trois services diagnostiques utilisés pour cerner, respectivement, le cancer du sein, du col de l'utérus et de la prostate respectivement.

Mammographie

En 2001-2002, des programmes organisés de dépistage du cancer du sein, qui comprenaient une mammographie de dépistage bilatérale à deux vues, étaient en place dans toutes les provinces et dans deux territoires au Canada²⁹. À ce moment, le programme visait les femmes asymptomatiques de 50 à 69 ans n'ayant aucun diagnostic antérieur de cancer du sein. Pendant cette période, les pratiques de dépistage destinées aux femmes à l'extérieur de cette plage d'âge cible variaient selon la province ou le territoire. Dans la plupart des régions, les femmes encore admissibles étaient rappelées tous les deux ans pour un dépistage routinier.

La **figure 15** montre que parmi toutes les femmes de 40 ans et plus, celles de l'ensemble de la population canadienne sont plus susceptibles que leurs contreparties des Premières nations à avoir eu une mammographie au cours de leur vie. L'écart le plus important existe chez les femmes de 50 à 59 ans, alors que 73,3 % des femmes des Premières nations ont déclaré avoir eu une

mammographie au cours de leur vie, par opposition à 88,3 % des femmes dans l'ensemble de la population.

Test de Papanicolaou (Pap)

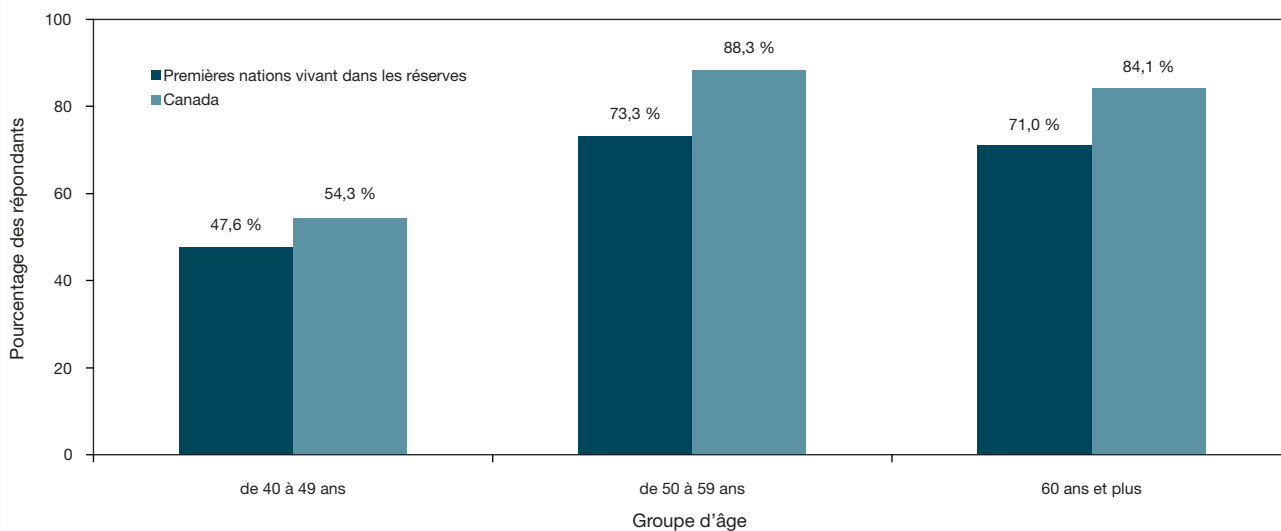
Dans l'ensemble, 89,4 % des femmes des Premières nations de 18 ans et plus ont déclaré avoir eu un test Pap par opposition à 87,7 % des femmes dans l'ensemble de la population canadienne (figure 16). Une proportion plus élevée de femmes des Premières nations de 18 à 29 ans (87,2 %) ont déclaré avoir eu un test Pap par rapport aux femmes de 18 à 29 ans dans l'ensemble de la population canadienne (74,2 %). Réciproquement, ce taux est plus élevé chez les femmes de 60 ans et plus dans l'ensemble de la population canadienne (86,1 %) que chez les femmes des Premières nations du même groupe d'âge (74,0 %).

En 2003, 17,1 % des femmes de 18 ans et plus dans l'ensemble de la population canadienne ayant déclaré ne pas avoir eu un test Pap au cours des trois dernières années ont aussi déclaré que cela était attribuable à une hystérectomie. Malheureusement, des données comparatives ne sont pas disponibles chez les femmes des Premières nations. Par conséquent, lors de l'interprétation des taux, on doit tenir compte des personnes ayant déclaré ne pas avoir eu un test Pap parce qu'elles n'en avaient pas besoin.

Toucher rectal (TR)

Le cancer de la prostate est le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les hommes canadiens, à l'exception du cancer de la peau avec mélanome bénin³⁰. Le taux de mortalité liée au cancer de la prostate chez les hommes des Premières nations est plus élevé que celui des hommes

Figure 15. Proportion des femmes ayant déclaré avoir eu une mammographie au cours de leur vie, chez les Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada¹ (2003), 40 ans et plus



¹Total de l'ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

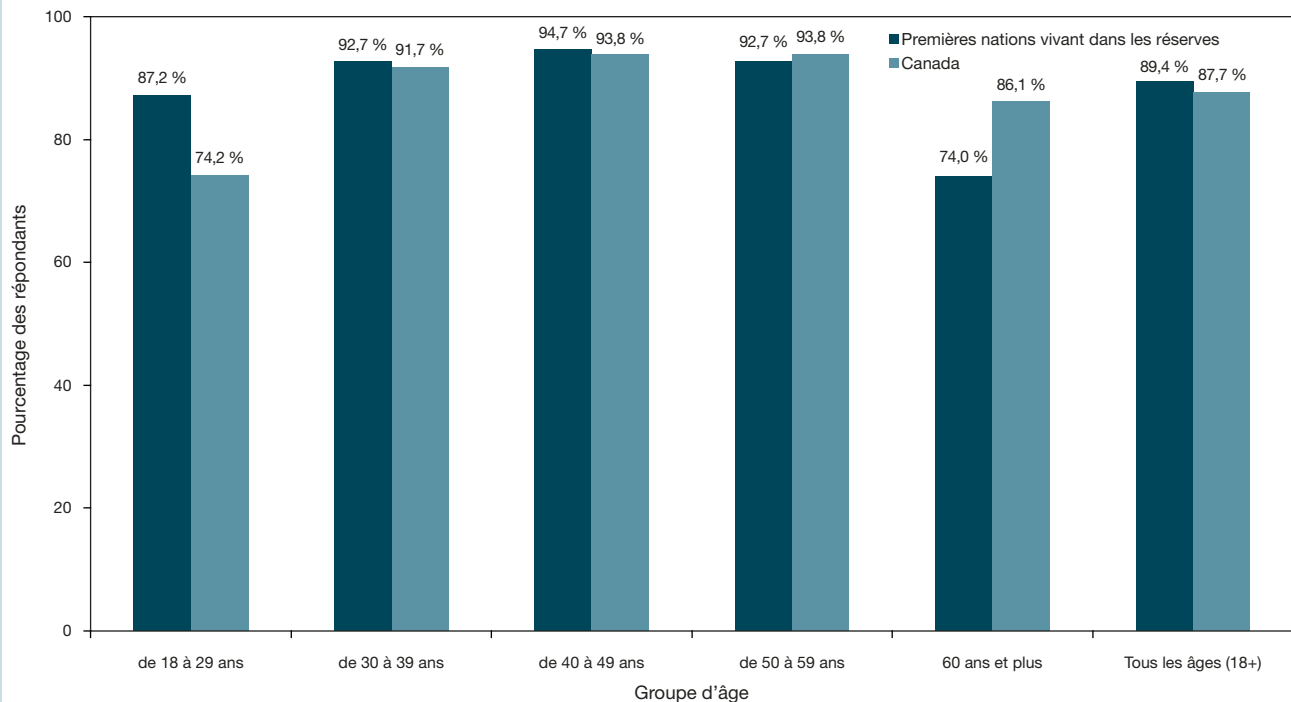
Source : Le Comité de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003; Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations. Assemblée des Premières nations; novembre 2005; Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003.

dans l'ensemble de la population canadienne³¹. Le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique jumelé au toucher rectal a été associé à la détection des cancers soignables à un stade précoce³⁰.

Selon les données de l'ERS, 13,8 % des hommes des Premières nations vivant dans les réserves ont déclaré avoir subi un TR dans les 12 mois qui précèdent l'enquête⁹. Bien que les proportions soient semblables chez les groupes d'âge, les adultes plus âgés sont davantage susceptibles d'avoir subi un TR que le sont les adultes plus jeunes (16,9 % chez les hommes de 60 ans et plus par opposition à 13,1 % chez les hommes de 40 à 49 ans).

Les Premières nations occupent une position unique en matière de santé au Canada. Comme il en est le cas pour tous les Canadiens, ils ont droit à des soins de santé universels gérés par le biais des systèmes de santé provinciaux. De plus, les Indiens inscrits jouissent également d'une protection en matière de santé provenant du gouvernement fédéral eu égard à certains services médicaux nécessaires habituellement non offerts par le système de santé universel, tels que les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires et de la vue ainsi que le transport d'urgence. Santé Canada fournit à environ 200 collectivités des Premières nations, des soins de santé primaires, de même que des soins à domicile et des soins

Figure 16. Proportion des femmes ayant déclaré avoir eu un test de Papanicolaou, chez les Premières nations vivant dans les réserves (2002-2003), et au Canada¹ (2003), 18 ans et plus



¹Total de l'ensemble de la population canadienne vivant hors des réserves.

Source: Le Comité de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003; Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations. Assemblée des Premières nations; novembre 2005; Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003.



communautaires dans plus de 600 collectivités. Plusieurs des Premières nations vivant dans des collectivités éloignées se préoccupent de l'accès aux services de santé. Dans plusieurs collectivités éloignées, des infirmières praticiennes fournissent la majorité des soins primaires, alors que les patients nécessitant des services d'urgence sont transportés dans des installations situées dans les grands centres.

Le dépistage des maladies est un aspect fondamental du système de soins de santé, car la détection précoce de l'état de santé peut avoir un effet important sur le traitement et le diagnostic des patients. Dans tous les groupes d'âge, moins de femmes chez les Premières nations déclarent avoir eu une mammographie que ne le déclarent les autres Canadiennes, reflétant peut-être le fait que le taux de mortalité attribuable au cancer du sein chez les femmes des Premières nations est moins de la moitié celui des autres Canadiennes³¹. La difficulté d'accès aux services de dépistage, y compris la disponibilité des services, les obstacles liés au transport, les ennuis économiques et la pertinence culturelle de ces services, représente un autre facteur qui contribue peut-être au fait que moins de femmes des Premières nations déclarent avoir eu une mammographie⁹. Par opposition, les femmes des Premières nations affichent des taux semblables ou plus élevés que les autres Canadiennes pour tous les groupes d'âge de moins de 60 ans. Le taux élevé de frottis cervical est rassurant, à la lumière du nombre plus élevé de partenaires sexuels. Un comportement sexuel à risque, tel que les partenaires multiples et l'utilisation limitée de condoms, peut faciliter la dissémination du papillomavirus, un agent entraînant des verrues génitales et d'autres conséquences comme le cancer du col de l'utérus³². L'augmentation du taux de TR réduira possiblement l'écart du taux de mortalité attribuable au cancer de la prostate entre les

hommes de Premières nations et leurs contreparties dans l'ensemble de la population canadienne.

Culture

Les limites des sources de données utilisées eu égard aux indicateurs de la culture sont présentées dans les sections **Sources de données et Méthodes et limites** du présent rapport.

La culture et la tradition sont des éléments intégraux de l'approche holistique des Premières nations eu égard à la santé et au mieux-être. Le manque de continuité culturelle est fréquemment cité comme étant la principale cause de plusieurs problèmes sociaux que doivent affronter les Premières nations. La préservation de la culture peut s'avérer difficile en raison des divers attributs d'une culture. L'utilisation de la langue autochtone est l'un des indicateurs les plus communs de la préservation de la culture des Premières nations.

La **figure 17** montre la prévalence de la langue maternelle de la population des Premières nations. Moins de la moitié des Indiens inscrits apprennent une langue autochtone comme langue maternelle. Selon Statistique Canada, la langue maternelle vise la première langue apprise à la maison pendant l'enfance, et encore comprise par la personne au moment de l'enquête.

Un nombre restreint de locuteurs connaissent la majorité des langues des Premières nations parlées au Canada. Seules quelques langues des Premières nations ont une population de locuteurs adéquate pour conserver le transfert de la langue.

Chez les Indiens inscrits vivant dans les réserves, les cinq langues autochtones les plus communes déclarées comme langues maternelles sont, notamment :

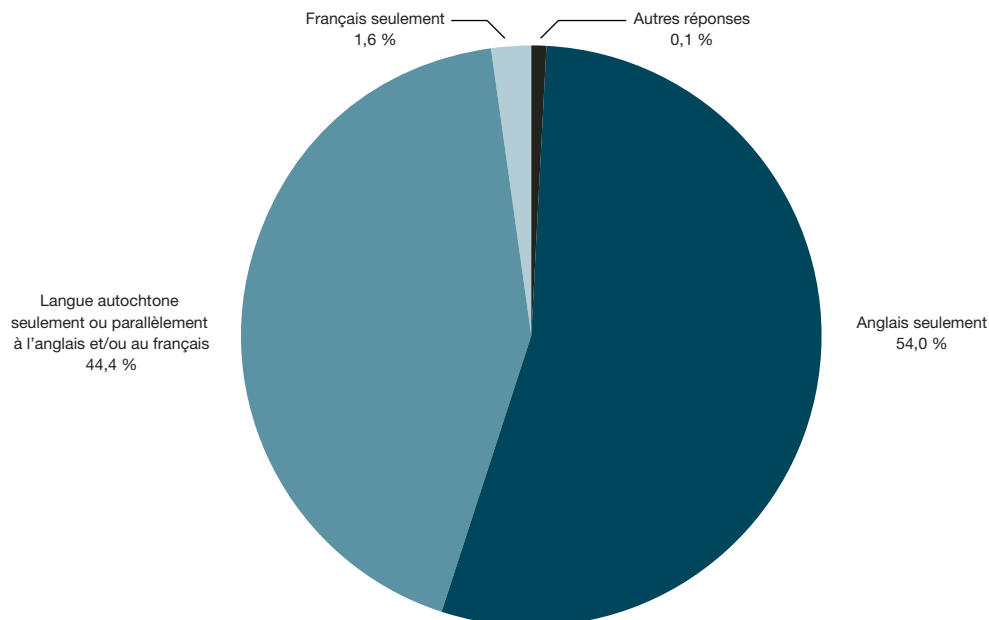
- le cri : 49 675 locuteurs
- l'ojobway : 13 680 locuteurs
- l'oji-cri : 9 000 locuteurs
- le montagnais-naskapi : 7 640 locuteurs
- le mi'kmaq : 6 620 locuteurs

Ces cinq langues couvrent les trois quarts de la population indienne inscrite vivant dans les réserves ayant appris une langue autochtone comme langue maternelle unique (**figure 18**). Le quart restant parle une grande variété de langues autochtones, dont plusieurs comptent moins de 1 000 locuteurs³³.

La langue autochtone, dans le contexte global de la culture, est perçue comme l'un des plus importants aspects visant à unifier et à définir une société. Elle fournit un lien vers le passé, et une vision traditionnelle du monde. La conservation des langues autochtones traditionnelles a été identifiée comme une partie essentielle du maintien de la culture et de son passage à la prochaine génération⁹.

Moins de la moitié des Indiens inscrits vivant dans les réserves déclarent une langue autochtone comme langue maternelle. Bien que les réserves comptaient près de 115 000 locuteurs autochtones en 2001, la répartition des langues montre que ce chiffre est réparti sur un très grand nombre de

Figure 17. Langues apprises comme langue maternelle chez les Indiens inscrits¹ vivant dans les réserves, 2001



N = 274 220 répondants

¹Statut des Indiens inscrits basé sur la déclaration volontaire des répondants.

Nota :

Puisque certaines personnes ont déclaré un statut d'Indien inscrit parallèlement à divers groupes d'identité autochtone, le présent graphique comprend toutes les langues autochtones (y compris les langues inuites et métis).

Source : Statistique Canada, Recensement de la population 2001. N° 97F0011XCB2001056 au catalogue.



langues distinctes, et que très peu comptent assez de locuteurs pour poursuivre le transfert de ces langues.

Environnement physique

Les limites des sources de données utilisées eu égard aux indicateurs de l'environnement physique sont présentées dans les sections **Sources de données** et **Méthodes et limites** du présent rapport.

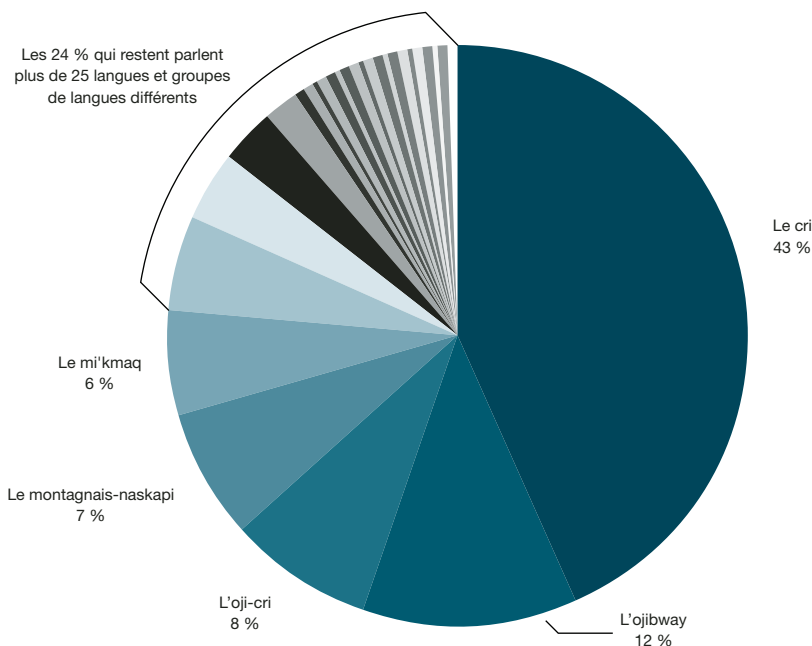
L'environnement physique englobe plusieurs choses, allant de la qualité de l'hébergement à l'air et à l'eau purs, aux services d'hygiène publique et à la sécurité des infrastructures commu-

nautaires. Les dangers liés à l'environnement physique peuvent aller d'un simple manque d'hygiène aux contaminants dans l'air, l'eau, les aliments ou le sol, entraînant une gamme d'effets néfastes, y compris des cancers, des déficiences de naissance, des maladies respiratoires et des troubles gastro-intestinaux³⁴⁻³⁷. En plus de ces risques physiques éventuels, l'environnement physique, comme la maison dans laquelle une personne vit, peut sensiblement influencer sur le mieux-être psychosocial.

Logement

Un bon logement est abordable, en bon état et assez grand pour héberger la famille qui y vit.

Figure 18. Répartition des langues autochtones apprises comme langue maternelle chez les Indiens inscrits¹ vivant dans les réserves, 2001



N = 114 475 répondants

¹Statut des Indiens inscrits basé sur la déclaration des répondants.

Nota :

1. Comprend uniquement les réponses individuelles; ne comprend pas les personnes ayant déclaré plus d'une langue maternelle.
2. Puisque certaines personnes ont déclaré un statut d'Indien inscrit parallèlement à divers groupes d'identité autochtone, le présent graphique comprend toutes les langues autochtones (y compris les langues inuites et métis).

Source : Statistique Canada, Recensement de la population 2001. N° 97F0011XCB2001056 au catalogue.

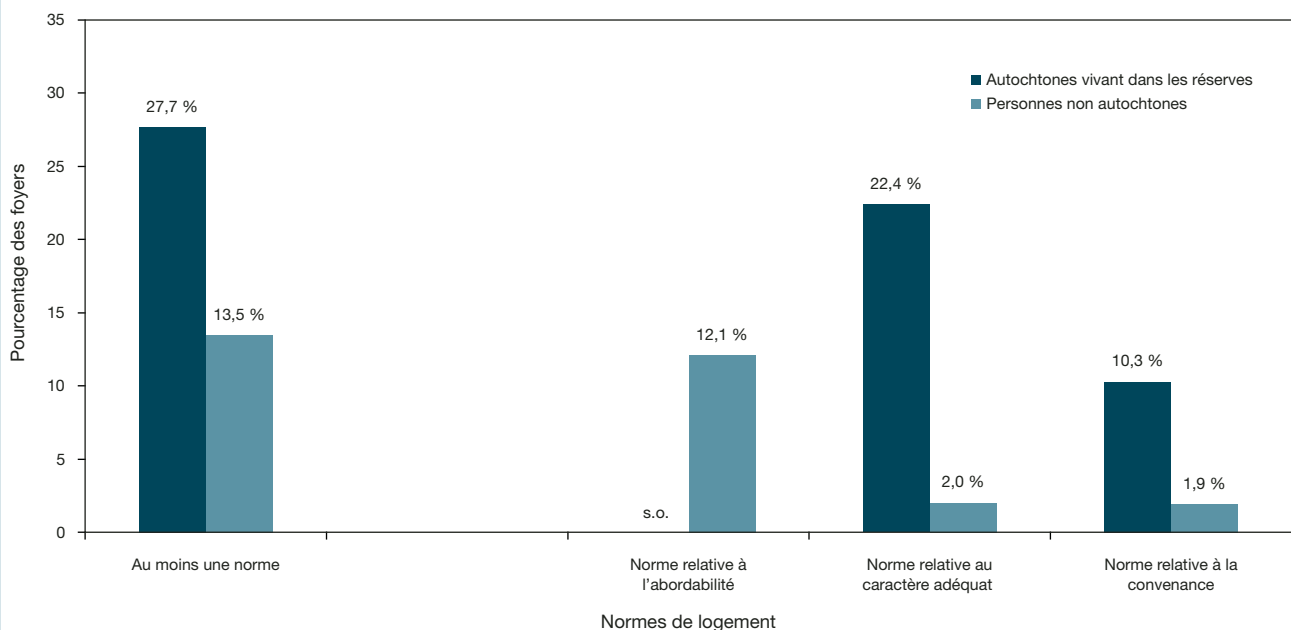
Une piètre qualité de logement peut avoir un effet néfaste sur l'air à l'intérieur, ou donner lieu à la moisissure ou à l'apparition d'autres agents dangereux. Le surpeuplement peut contribuer à toute une gamme de troubles physiques (tels que des maladies transmissibles comme la tuberculose), de même que des effets psychologiques, comme le stress entre les membres d'une famille. Un logement trop onéreux peut nuire à l'achat de nourriture ou d'autres produits nécessaires à la famille.

La SCHL examine trois indicateurs de logement afin de déterminer ce qu'elle qualifie de besoins de logement fondamentaux, notamment :

- *des logements adéquats* : des logements qui, selon les résidents, ne nécessitent aucune réparation importante;
- *des logements appropriés* : des logements qui comptent assez de chambres à coucher pour accommoder la taille et la composition de la famille qui y habite, conformément aux exigences de la Norme nationale d'occupation, déterminée par la SCHL;
- *des logements abordables* : des logements qui coûtent moins de 30 % du revenu familial avant déduction de l'impôt.

Comme le montre la **figure 19**, 13,5 % des foyers non autochtones ne répondent pas à au moins une

Figure 19. Pourcentage des foyers inférieurs aux normes de logement, chez les Autochtones vivant dans les réserves et chez les personnes non autochtones, 2001



Nota :

Il est impossible de calculer la norme relative à l'abordabilité des ménages autochtones dans les réserves, car plusieurs demeures dans les réserves sont payées par le biais d'ententes de bandes relatives au logement.

Source : La Société canadienne d'hypothèques et de logement. 2004. « Ménages autochtones ». Série sur le logement selon les données du Recensement de 2001 : numéro 6 révisé, Série socioéconomique 04-036 (révisée en 2005); Société canadienne d'hypothèques et de logement. 2004. « Qualité, taille et abordabilité du logement canadien » Série sur le logement selon les données du Recensement de 2001 : numéro 3 révisé, Série socioéconomique 04-007 (révisée en 2005).



norme de logement fondamentale. Parmi les foyers autochtones dans les réserves, près de un tiers (27,7 %) ne répondent pas à au moins une norme. Ces deux figures ne peuvent être comparées directement puisque la plupart des logements hors des réserves qui ne sont pas conformes aux normes ne répondent pas à la norme de l'abordabilité, un indicateur qui ne peut être évalué chez la population vivant dans les réserves.

Les ménages autochtones dans les réserves sont plus souvent en deçà de la norme relative au caractère adéquat ou à la convenance que ne l'est l'ensemble des ménages canadiens hors des réserves. La proportion des ménages autochtones hors des réserves qui sont en deçà de la norme relative au caractère adéquat est plus de 10 fois celle des ménages de l'ensemble de la population vivant hors des réserves. La proportion inférieure à la norme de convenance est plus de cinq fois supérieure à la proportion des ménages hors des réserves.

Les services communautaires comprennent plusieurs services d'hygiène, de sécurité et d'infrastructures communautaires de base. L'accès restreint à ces services peut contribuer à une flambée de maladies transmissibles, ou simplement donner lieu à un environnement physique dangereux au sein de la collectivité.

Eau

L'AINC classe le caractère adéquat de l'approvisionnement en eau des Premières nations en fonction de deux critères, notamment :

- **la quantité d'approvisionnement en eau :** consiste à déterminer si l'approvisionnement en eau d'une unité de logement répond aux exigences de volume des Normes sur les niveaux de service (NNS)¹³ à des fins d'hygiène et de sécurité appropriées;

- **la qualité de l'approvisionnement en eau :** consiste à déterminer si l'approvisionnement en eau d'une unité de logement répond aux exigences de santé des *Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada* (Comité FPT sur l'eau potable 2007). Bien que ces recommandations aient aussi établi des objectifs esthétiques, l'approvisionnement en eau d'un domicile n'est pas jugé inadéquat si les objectifs esthétiques ne sont pas atteints.

La **figure 20** montre que la quantité et la qualité de l'eau est déficitaire chez près de un quart des ménages des Premières nations vivant dans les réserves.

Eaux usées

L'AINC classe le caractère adéquat du service d'égouts des Premières nations en deux groupes, notamment :

- **le service d'égouts adéquat :** l'effluent des eaux usées est rejeté dans un système de collecte et/ou de traitement conforme aux pratiques provinciales ou territoriales, notamment la *Qualité des effluents et traitement des eaux usées des installations fédérales*, et les NNS établies par l'AINC;
- **le service d'égouts inadéquat :** l'effluent des eaux usées est rejeté dans un système de collecte et/ou de traitement qui ne respecte pas les pratiques provinciales ou territoriales, notamment la *Qualité des effluents et traitement des eaux usées des installations fédérales*, et les NNS établies par l'AINC, et qui menace la santé ou l'environnement.

Cette classification vise uniquement l'infrastructure, puisque le service ne peut être jugé inadéquat en raison d'une piètre technique d'opération, de négligence ou d'une piètre exploi-

tation. Ce n'est pas un indicateur de la prestation du service d'égouts.

Bien au-delà des trois quarts des ménages des Premières nations vivant dans les réserves jouissent de services adéquats relatifs à l'effluent des eaux usées (figure 21). Près de un cinquième des ménages ont un système d'effluent des eaux usées déficitaire.

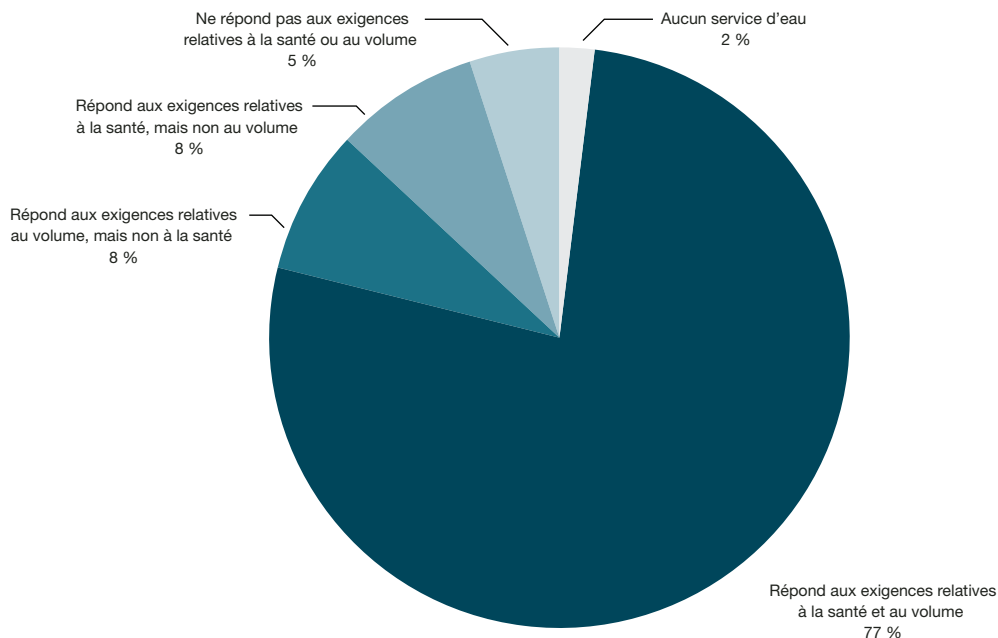
Services d'incendie

L'AINC classe le caractère adéquat des services de protection contre l'incendie en deux groupes, notamment :

- *le service adéquat de protection contre l'incendie* : le service a fait l'objet d'une inspection et répond aux NNS établies par l'AINC, ou le site jouit d'une entente d'aide mutuelle ou d'une autre entente municipale relative à la prestation des services;
- *le service inadéquat de protection contre l'incendie* : le service a fait l'objet d'une inspection et ne répond pas aux NNS, ou n'a pas fait l'objet d'une inspection.

La figure 22 montre que près de la moitié des sites sous le ressort de l'AINC offrent des services d'incendies inadéquats.

Figure 20. Quantité et qualité du service d'approvisionnement en eau, des unités de logement des Premières nations vivant dans les réserves, 2001-2002



N = 91 652 unités de logement

Nota :

Exclut les logements dans les Territoires du Nord-Ouest, les collectivités du Nunavut et des Inuits du Nord du Québec, ainsi que les logements des bandes en vertu de la Convention de la Baie James et du Nord québécois, les bandes à autonomie gouvernementale au Yukon et la bande Sechelt.

Source : Affaires indiennes et du Nord Canada, Inventaire du logement et de l'infrastructure.

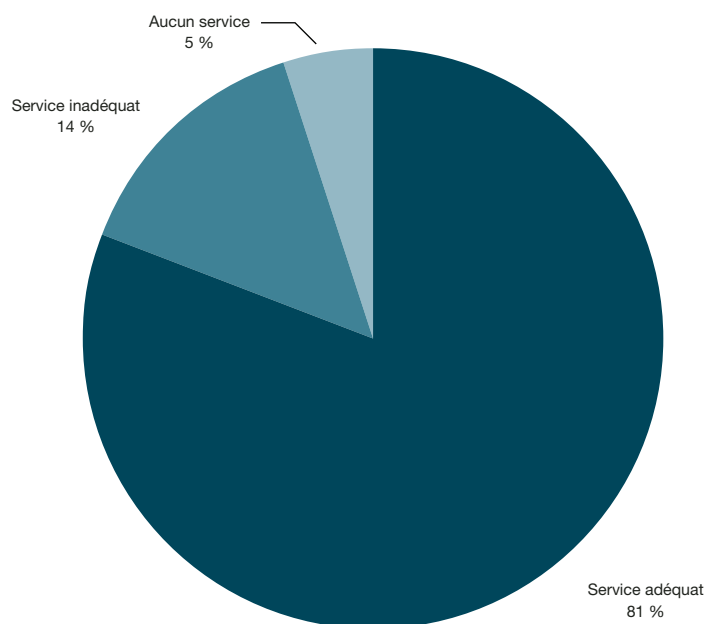
Isolement des collectivités

Comme il a été susmentionné, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits classe les collectivités des Premières nations selon quatre types, notamment :

- **les collectivités non isolées** : collectivités jouissant d'un accès routier, et situées à moins de 90 kilomètres des services médicaux;
- **les collectivités semi-isolées** : collectivités jouissant d'un accès routier, mais dont les services médicaux sont situés à plus de 90 kilomètres;
- **les collectivités isolées** : collectivités jouissant d'un service aérien régulier et d'un service téléphonique approprié, mais d'aucun accès routier;
- **les collectivités éloignées et isolées** : collectivités ne jouissant d'aucun service aérien régulier, ni d'accès routier et jouissant d'un service téléphonique et radiophonique minimal.

La majorité des collectivités, ou 64,7 %, sont non isolées (**figure 23**). Le nombre de collectivités semi-isolées et isolées est semblable, atteignant environ 16 % respectivement. Les collectivités éloignées isolées représentent moins de 4 % des collectivités.

Figure 21. Caractère adéquat de l'effluent d'eaux usées des unités de logements des Premières nations vivant dans les réserves, 2001-2002



N = 91 652 unités de logement

Nota :

Exclut les logements dans les Territoires du Nord-Ouest, les collectivités du Nunavut et des Inuits du Nord du Québec, ainsi que les logements des bandes en vertu de la Baie James et du Nord québécois, les bandes à autonomie gouvernementale au Yukon et la bande Sechelt.

Source : Affaires indiennes et du Nord Canada, Inventaire du logement et de l'infrastructure.

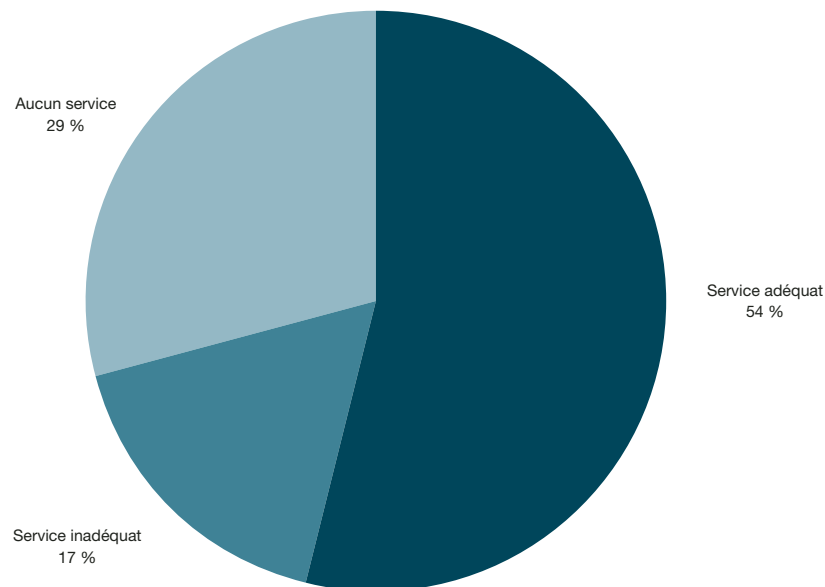
Le **tableau 7** fournit une ventilation des collectivités des Premières nations selon le type et la région. Comme le montre le tableau, la plupart des collectivités des Premières nations sont jugées non isolées. Les collectivités isolées sont réparties partout au pays, mais la plupart sont situées en Ontario (27,8 %) et au Manitoba (24,7 %).

L'effet de l'environnement physique sur la santé des particuliers et de la population est parfois difficile à quantifier, puisqu'une myriade de facteurs influent sur la santé globale de plusieurs façons. L'état du logement a été jugé l'un des aspects de l'environnement ayant des liens importants avec la santé³⁸. Le logement consiste en une surface physique et culturelle dans laquelle

vivent les particuliers et les familles. L'état d'une demeure, ainsi que sa pertinence en tant que surface habitable pour le ménage qui l'habite, peut influencer drôlement sur le mieux-être des personnes.

Comme il a été susmentionné dans le présent rapport, le surpeuplement facilite la transmission des maladies infectieuses³⁹, et cause du stress et des désaccords chez les membres du ménage. Les ménages dans les réserves sont plus souvent surpeuplés et en piètre état que le sont les maisons dans le reste du Canada⁴⁰. Bien que cela ne puisse être jugé déterminant, cette observation correspond à bon nombre de problèmes sociaux et de santé documentés dans les collectivités des

Figure 22. Service de protection contre les incendies sur les sites des Premières nations gérés par l'AINC¹, 2001-2002



N = 950 sites

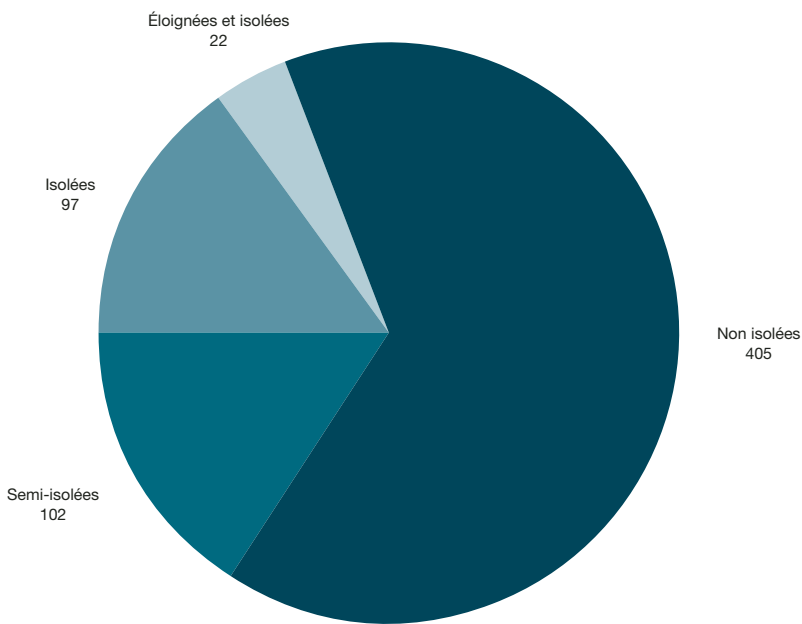
¹Le mot "site" désigne un établissement des Premières nations. Une Première nation ou bande peut comprendre plus d'un emplacement ou site jouissant de divers services communautaires. Chacun de ces sites serait comptabilisé distinctement.

Nota :

Exclut les collectivités dans les territoires, les collectivités des Inuits du Nunavik (Nord du Québec) et les collectivités en vertu de la Convention de la Baie James et du Nord québécois.

Source : Affaires indiennes et du Nord Canada, Inventaire du logement et de l'infrastructure.

Figure 23. Nombre de collectivités des Premières nations, par degré d'isolement, 2003



N = 626 collectivités

Nota :

Le nombre de collectivités au 31 décembre 2003.

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Système de gestion et de planification des communautés.

Tableau 7. Répartition des collectivités des Premières nations, selon le genre de collectivité et la région, 2003

	Nombre de collectivités				Total
	Non isolées	Semi-isolées	Isolées	Éloignées et isolées	
Yukon	3	9	3	0	15
Pacifique	156	31	15	8	210
Alberta	31	19	4	4	58
Saskatchewan	62	13	8	2	85
Manitoba	27	12	24	1	64
Ontario	78	12	27	7	124
Québec	16	6	15	0	37
Atlantique	32	0	1	0	33
Total	405	102	97	22	626

Nota :

Le nombre de collectivités au 31 décembre 2003.

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Système de gestion et de planification des communautés.

Premières nations. Toutefois, une comparaison des données sur le logement tirées des recensements de 1996 et de 2001 suggère l'amélioration de l'état des logements dans les réserves⁴¹. En effet, en 1996, davantage de ménages autochtones dans les réserves ne répondaient pas à au moins une des normes fondamentales de logement par opposition à 2001 (50 % c. 28 %). De plus, les ménages dans les réserves inférieurs à la norme liée au caractère adéquat et à la norme de convenance en 2001 (5 %), ont marqué une amélioration par rapport à 1996 (12 %).

Les services d'hygiène et d'eau sont jugés essentiels pour prévenir la naissance de maladies transmissibles, et l'absence de ces services de base représente un facteur de risque lié à une épidémie de maladies⁴². Près du quart des unités de logement des Premières nations gérées par l'AINC sont munies d'un service d'approvisionnement en eau inadéquat, ou n'ont aucun service à cet effet, et environ un cinquième sont munies d'un service d'égouts inadéquat ou n'ont aucun service à cet effet. Des services d'hygiène et d'approvisionnement en eau inadéquats menacent la santé humaine et l'environnement de ces collectivités⁴³. Bien qu'un peu plus de la moitié des sites sous le ressort de l'AINC aient des services d'incendie, il en reste près de la moitié qui n'ont aucun service d'incendie ou qui ont un service déficitaire. Ainsi, ces sites peuvent être considérés à risque de blessures ou de décès en raison d'un incendie.



INDICATEURS SUPPLÉMENTAIRES

Les déterminants de la santé énumérés ci-après ne sont pas évalués dans le présent rapport, mais sont mentionnés afin de fournir une image plus complète de l'éventail des facteurs pouvant avoir un effet sur la santé.

Réseaux de soutien social

La famille, les amis et d'autres ressources sociales dans la communauté aident les personnes à surmonter les problèmes qu'ils doivent affronter dans leur vie, et peuvent avoir un effet positif sur la santé mentale, spirituelle et même physique. Les Premières nations, plus particulièrement, mettent la famille et la collectivité au premier plan par opposition à l'individu.

Environnements sociaux

L'environnement social comprend l'environnement communautaire élargi, tel que les services communautaires, les niveaux de participation communautaire et l'intendance, la sécurité générale et la réponse de la collectivité par rapport aux crimes et à la victimisation. Dans les dernières années, les Premières nations tentent de contrôler davantage les divers services communautaires, y compris les services de santé, les centres culturels et l'autonomie gouvernementale⁴⁴.

Développement de l'enfant

Les chercheurs perçoivent de plus en plus le développement d'une personne à partir de son enfance comme essentiel à un développement sain dans le futur. Les soins néonataux et postnatals comme les centres de naissance et d'allaitement communautaires sont jugés essentiels au développement sain d'un enfant. Chez les enfants plus âgés, l'incitation à la socialisation et la préparation à l'école sont des éléments importants des programmes de développement des jeunes enfants.

Santé Canada joue un rôle dans le développement sain des enfants des Premières nations, des Inuits et des Métis par le biais du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves. Ce programme vise à préparer les jeunes enfants autochtones aux années d'étude en répondant aux besoins émotifs, sociaux, nutritionnels, psychologiques et de santé. Il favorise également le développement des compétences des parents, ce qui contribue au développement sain de leur enfant.

Potentiel biologique et génétique

Plusieurs des facteurs influant sur la santé prennent source dans les états biologiques pouvant avoir un effet sur le développement fondamental d'une personne *in utero*. La consommation du tabac pendant la grossesse peut entraîner un faible poids à la naissance^{45,46}, ce qui est lié à divers risques pour la santé plus tard dans la vie. La consommation d'alcool pendant la grossesse, même en modération, peut entraîner un ensemble des troubles causés par l'alcoolisme foétale, qui en retour, peut donner lieu à une myriade de troubles du développement²¹.

L'hypothèse du « phénotype foetal costaud » est un exemple de la prédisposition génétique à la maladie pouvant avoir des répercussions chez les Premières nations, et de sa relation au développement du diabète de type 2. Cette hypothèse tente d'expliquer comment un ancien mécanisme de survie, qui a pu évoluer pour produire des nourrissons bien alimentés, est devenu une responsabilité moderne entraînant un taux accru du diabète gestationnel et du diabète de type 2 chez les populations vulnérables. Elle présume que la piètre alimentation du fœtus et du nourrisson peut entraîner le changement permanent de divers systèmes internes de façon à laisser une

personne susceptible de développer le diabète de type 2, particulièrement si la personne souffre d'embonpoint ou d'obésité plus tard dans la vie⁴⁷⁻⁵⁰.

Sexe

Le sexe est un intervenant, sinon un déterminant fondamental de la santé. En plus des différences biologiques, d'ordinaire, les hommes et les femmes ont des expériences de vie différentes, chacune d'elles ayant un effet important sur la santé. Le présent rapport n'examine pas particulièrement les effets du sexe sur la santé; toutefois, une grande partie des données statistiques présentées comprennent des données classées selon le sexe. Par conséquent, les résultats soulignent l'influence du sexe sur les dénouements spécifiques, y compris, sans en exclure d'autres, l'éducation, l'emploi et l'hygiène de vie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les déterminants sociaux de la santé : un aperçu des répercussions sur les politiques et du rôle du secteur de la santé. Agence de la santé publique du Canada le 23 novembre 2005; disponible à : URL : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/01_aperçu-fra.php
- (2) Statistique Canada. Peuples autochtones, Recensement de 2006. Statistique Canada 2008, 15 janvier. N° 97-558-XWF2006010 au catalogue; disponible à : URL : <http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=97-558-X2006010>
- (3) Statistique Canada. Recensement de 2001 : série « Analyses ». Peuples autochtones du Canada : un profil démographique. 2003. N° 96F0030XIF2001007 au catalogue.
- (4) Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC). Données ministérielles de base, 2003. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2004. N° R12-7/2003F au catalogue.
- (5) Statistique Canada. Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006. 2008. N° 97-558-XIF au catalogue.
- (6) Statistique Canada. Fichier des microdonnées à grande diffusion du Recensement de 2001 sur les particuliers - Documentation de l'utilisateur. 2004. N° 95M0016XCB au catalogue.
- (7) Statistique Canada. Subdivision de recensement. Statistique Canada 2007; disponible à : URL : <http://www12.statcan.ca/francais/census06/reference/dictionary/geo012a.cfm>
- (8) Le Comité de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations 2002-2003; Rapport sur les méthodes et processus. Assemblée des Premières nations; juin 2006.
- (9) Le Comité de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations 2002-2003 (ERS); Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations. Assemblée des Premières nations; novembre 2005.
- (10) Statistique Canada. Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA), 2001 : guide de l'utilisateur du fichier de microdonnées à grande diffusion (adultes hors des réserves). 2006. N° 89M0020GPF au catalogue.
- (11) Statistique Canada. Peuples autochtones du Canada, Recensement de 2001. Statistique Canada le 21 janvier 2003. N° 97F0011XIF2001005 au catalogue; disponible à : URL : <http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=97F0011X2001005>

- (12) Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 : Guide du fichier de microdonnées à grande diffusion. 2005. N° 82M0013GPF au catalogue.
- (13) Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC). La norme sur les niveaux de service : Systèmes d'eau et d'égout. AINC le 6 décembre 2005; disponible à : URL : <http://www.ainc-inac.gc.ca/ih/ci/pubs/wat/wat-fra.asp>
- (14) Ciceri C. et Scott K. The Determinants of Employment Among Aboriginal Peoples. Dans : White JP, Wingert S, Beavon D, Maxim P, éditeurs. Aboriginal policy research: moving forward, making a difference. Toronto: Thompson Educational Publishing; 2006. p. 3-32.
- (15) Statistique Canada. Enquête auprès des jeunes en transition (EJET) cohorte de 18 à 20 ans Cycle 1 : Guide de l'utilisateur. 2003.
- (16) Assemblée des Premières nations (APN). Plan d'action des Premières nations sur l'éducation. Le 31 mai 2005.
- (17) Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC). Analyse des conditions socioéconomiques, 1996 et 2001. Indiens inscrits, Indiens inscrits vivant dans une réserve et ensemble de la population canadienne. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2005. N° R32-163/2001F-PDF au catalogue.
- (18) Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003.
- (19) Fahrner E-M. Sexual dysfunction in male alcohol addicts: Prevalence and treatment. Archives of Sexual Behaviour 1987;16(3):p247-57.
- (20) Harrington-Dobinson A, W. Blows. Nurses' guide to the impact of alcohol on health and wellbeing. Br J Nurs 2007;16(1):47-51.
- (21) Santé Canada. Votre santé et vous, Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foétale. Santé Canada, le 7 décembre 2006; disponible à : URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/fasd-etcaf-fra.php>
- (22) Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine. Agence de la santé publique du Canada, le 8 octobre 2003. N° H39-429/1998-1F au catalogue; disponible à : URL : <http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/index.html>
- (23) US Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. 1996.
- (24) Santé Canada. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes. 2003.

- (25) Craig, C. L. et C. Cameron. Increasing physical activity: Assessing trends from 1998-2003. Ottawa (Ontario) : Institut canadien de recherche sur la condition physique et le mode de vie; 2004.
- (26) Winter, Joseph C. Tobacco Use by Native North Americans: Sacred Smoke and Silent Killer. 2000.
- (27) Masironi R, K. Rothwell. Smoking trends and effects worldwide. *Annuaire des statistiques sanitaires mondiales* 1988;41: 228-41.
- (28) Santé Canada. Votre santé et vous, Boire avec modération dans le temps des Fêtes. Santé Canada, le 18 décembre 2007; disponible à : URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/life-vie/drink-boire-fra.php>
- (29) Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada - rapport sur la performance des programmes en 2001 et en 2002. 2005.
- (30) Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Sujets de santé : cancer de la prostate. Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques. Agence de la santé publique du Canada, le 20 avril 2007; disponible à : URL : http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/topics/cancer_prost_f.html
- (31) Santé Canada. Indicateurs de santé comparables des Premières nations (ISCPN). Santé Canada, le 16 mars 2007; disponible à : URL : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/2005-01_health-sante_indicat-fra.php
- (32) Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Ce qu'il faut savoir sur le virus du papillome humain (VPH) : questions et réponses. Agence de la santé publique du Canada, le 8 novembre 2007; disponible à : URL: http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/hpv-vph/hpv-vph-qaqr_f.html
- (33) Statistique Canada. Peuples autochtones du Canada, Recensement de 2001. Statistique Canada, le 25 mars 2004. N° 97F0011XIF2001056 au catalogue; disponible à : URL : <http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=97F0011X2001056>
- (34) Brunekreef B, D.W. Dockery, F.E. Speizer, J.H. Ware, J.D. Spengler, B.G. Ferris. Home dampness and respiratory morbidity in children. *American Review of Respiratory Disease* 1989; (140):1363-7.
- (35) Dales RE, R. Burnett, H. Zwanenburg. Adverse health effects among adults exposed to home dampness and molds. *American Review of Respiratory Disease* 1991;143:505-9.
- (36) Dolk H, M.Vrijheid. The impact of environmental pollution on congenital abnormalities. *British Medical Bulletin* 2003;68:25-45.
- (37) Lévesque B, P. Ayotte, R. Tardif, L. Ferron, S.Gingras, E. Schlouch et coll. Cancer risk associated with household exposure to chloroform. *J Toxicol Env Health A* 2002;65(7):489-502.

- (38) Rauh V.A., P.J.Landrigan, L.Claudio. Housing and health: intersection of poverty and environmental exposures. *Ann N Y Acad Sci* 2008;1136:276-88.
- (39) Acevedo-Garcia D. Residential segregation and the epidemiology of infectious diseases. *Social Science and Medicine* 2000;51(8):1143-61.
- (40) Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC). Le logement chez les Premières nations. AINC, le 17 octobre 2005; disponible à : URL : <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/is/info104-fra.asp>
- (41) Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). Études spéciales sur les données du recensement de 1996 : Conditions de logement des ménages indiens de l'Amérique du Nord, des Métis et des Inuits au Canada. *Séries socioéconomiques* 55-10. 2002.
- (42) Rosenberg T, O. Kendall, J. Blanchard, S. Martel, C. Wakelin, M. Fast. Shigellosis on Indian reserves in Manitoba: Its relationship to crowded housing, lack of running water and inadequate sewage disposal. *American Journal of Public Health* 1997; 87:1547-51.
- (43) Howatt, S. Expert Panel on Safe Drinking Water for First Nations. 2006.
- (44) Chandler MJ, C.E. Lalonde. Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's first nations. *Transcultural Psychiatry* 2008;35(2):191-219.
- (45) Chiolero A, P. Bovet, F. Paccaud. Association between maternal smoking and low birth weight, in Switzerland: the EDEN study. *Swiss Med Weekly* 2005;135(35-36):525-30.
- (46) Hrubá D, P. Kachlík. Influence of maternal active and passive smoking during pregnancy on birthweight in newborns. *Cent Eur J Public Health* 2008; 8(4):249-52.
- (47) Dyck H, R.W. Turnell, H. Klomp, A.B. Makram, L.K. Tan. A Comparison of Rates, Risk Factors, and Outcomes of Gestational Diabetes Between Aboriginal and Non-Aboriginal Women in the Saskatoon Health District. *Diabetes Care* 2002;25(3):487-93.
- (48) Hales CN, D.J. Barker. The thrifty phenotype hypothesis. *Br Med Bull* 2001;60:5-20.
- (49) Reusens B, S.E. Ozanne, C. Remacle. Fetal determinants of type 2 diabetes. *Curr Drug Targets* 2007;8(8):935-41.
- (50) Wells JC. The thrifty phenotype as an adaptive maternal effect. *Biol Rev Camb Philos Soc* 2007;82(1):143-72.

GLOSSAIRE

Collectivités éloignées isolées : Les collectivités ne jouissant d'aucun service aérien régulier, ni d'accès routier, et jouissant d'un service téléphonique et radiophonique minimal.

Collectivités isolées : Les collectivités isolées jouissent d'un service aérien régulier et d'un service téléphonique approprié, mais d'aucun accès routier.

Collectivités non isolées : les collectivités jouissant d'un accès routier et qui sont situées à moins de 90 kilomètres des services médicaux.

Collectivités semi-isolées : collectivités jouissant d'un accès routier, mais dont les services médicaux les plus près sont situés à plus de 90 kilomètres.

Dans les réserves : un terme utilisé pour décrire les Premières nations vivant dans les réserves, notamment des terres que le gouvernement fédéral conserve à des fins d'utilisation et d'occupation par un groupe ou une bande indienne.

Dénombrement partiel : Le dénombrement partiel vise les réserves et les établissements indiens n'ayant pas participé au Recensement de la population puisque le recensement a été interdit, ou a été interrompu avant l'achèvement.

Déterminant : tout facteur, que ce soit une activité, une caractéristique ou une autre entité définissable, entraînant un changement de l'état de santé ou d'une autre caractéristique définie¹.

Écart : La valeur obtenue en soustrayant une quantité d'une autre.

Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : Un terme parapluie utilisé pour décrire toute une gamme de déficiences et de diagnostics découlant de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Facteur de risque : un facteur de risque est un facteur lié à une probabilité accrue de contracter une maladie; cela peut être une cause ou simplement un marqueur du risque. Les facteurs liés à un risque diminué sont connus comme des facteurs protecteurs.

Hors des réserves : un terme utilisé pour décrire les personnes, les services ou les objets qui ne font pas partie d'une réserve mais qui sont liés à une Première nation.

Hypothèse du phénotype fœtal costaud : la présente hypothèse tente d'expliquer comment un ancien mécanisme de survie, qui a pu évoluer pour produire des nourrissons bien alimentés, est devenu une responsabilité moderne entraînant un taux accru du diabète gestationnel et du diabète de type 2 chez les populations sensibles².

IMC : L'IMC permet d'estimer le rapport entre le poids et la taille. L'IMC (poids (kg)/taille (m)²) n'est pas une mesure directe de l'adiposité, mais il est l'indicateur le plus examiné et le plus utile, à ce jour, des risques pour la santé liés à l'insuffisance pondérale et à la surcharge pondérale.

Indien : Indien est un terme utilisé pour décrire tous les peuples autochtones au Canada qui sont ni des Inuits, ni des Métis. Les Indiens sont l'un de trois groupes reconnus comme Autochtones dans la *Loi constitutionnelle de 1982*. La *Loi* précise que les peuples autochtones du Canada

comprennent les Indiens, les Inuits et les Métis. De plus, trois définitions légales visent les Indiens du Canada : les Indiens inscrits, les Indiens non inscrits et les Indiens visés par un traité. Le recensement de la population canadienne utilise le terme « Indien de l'Amérique du Nord » pour identifier cette population.

Indien inscrit (statut d'Indien) : un Indien inscrit (jouissant d'un statut d'Indien) est une personne indienne qui est inscrite en vertu de la *Loi sur les Indiens*. La *Loi* établit des exigences visant à déterminer quelles personnes ont un statut d'Indien.

Indien non inscrit : la *Loi sur les Indiens* définit un Indien non inscrit comme une personne indienne qui n'est pas inscrite en vertu de la *Loi sur les Indiens*. Cela relève peut-être du fait que leurs ancêtres n'ont jamais été inscrits, ou parce qu'il ou elle a perdu son statut d'Indien en vertu des dispositions antérieures de la *Loi sur les Indiens*.

Indien visé par un traité : un Indien inscrit faisant partie d'une Première nation ayant signé un traité avec la Couronne.

Innus : les Innus comprennent les Naskapis et les Montagnais des Premières nations (Indiens) qui vivent dans l'Est du Québec et au Labrador, distincts des Inuits.

Inuits : Un peuple autochtone du Nord canadien qui vit au-delà de la limite forestière du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest, du Nord québécois et du Labrador. Le mot signifie « peuple » en inuktitut, la langue inuite. Le terme Inuk n'est plus en usage en français.

Langue maternelle : la langue maternelle signifie la première langue apprise à la maison pendant l'enfance, et qui est encore comprise.

Logements abordables : des logements qui coûtent moins de 30 % du revenu familial avant déduction de l'impôt, tels qu'ils sont définis par la SCHL.

Logements adéquats : les logements qui ne nécessitent aucune réparation majeure, tel que le déclare leurs résidents.

Logements appropriés : des logements qui comptent assez de chambres à coucher pour accommoder la taille et la composition de la famille qui y habite, tel que le définit la SCHL.

Loi sur les Indiens : la *Loi sur les Indiens* est une loi canadienne fédérale établissant certaines obligations du gouvernement fédéral envers les Premières nations. Elle régleme aussi la gestion des terres des réserves indiennes. La *Loi* a été modifiée à plusieurs reprises, la plus récente modification ayant été effectuée en 1985.

Médiane : la médiane est la plus simple division d'un ensemble de mesures en deux parties – la partie inférieure et la partie supérieure. Le point sur l'échelle qui divise le groupe de cette façon est connu comme la « médiane »¹.

Ménage autochtone : Un ménage est jugé autochtone si au moins un parent d'une famille du ménage, ou 50 % des résidents d'une famille ou d'un ménage non familial se distinguent comme étant des Autochtones.

Mortalité : la mortalité comprend le nombre de décès attribuables à une maladie ou condition particulière dans une population précise, à un moment choisi. Elle est souvent exprimée en fonction d'un taux par 100 000 habitants.

Peuples autochtones : les peuples autochtones sont les descendants des premiers habitants de l'Amérique du Nord. La Constitution du Canada reconnaît trois groupes de peuples autochtones — les Indiens, les Métis et les Inuits. Ces trois



peuples distincts affichent des patrimoines, des langues, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles uniques.

Premières nations : un terme qui est devenu commun dans les années 1970 pour remplacer le mot « Indien », que plusieurs jugeaient offensif. Bien que l'utilisation du terme « Premières nations » soit étendue, aucune définition légale n'existe. Plusieurs peuples indiens ont aussi adopté le terme « Premières nations » pour remplacer le mot « bande » dans le nom de leur collectivité. On qualifie de « Premières nations » tant les Indiens inscrits que les Indiens non inscrits. Le recensement de la population canadienne utilise le terme « Indien de l'Amérique du Nord » pour identifier cette population.

Prévalence : la prévalence comprend le nombre de cas liés à une maladie particulière ou à une autre condition chez une population donnée, à un moment choisi. Elle est souvent exprimée en fonction d'un taux par 100 000 habitants.

Projet de loi C-31 : le projet de loi C-31 est le nom avant loi de la modification de 1985 à la *Loi sur les Indiens*. La modification visait à éliminer plusieurs dispositions discriminatoires de la *Loi sur les Indiens* concernant le retrait injuste des Premières nations du Registre des Indiens, comme le retrait d'une femme indienne et de ses enfants si elle mariait un non-Indien. L'impact principal du projet de loi C-31 a été le rétablissement du statut d'Indien aux personnes qui l'avaient perdu en vertu des dispositions injustes de la *Loi*. Environ 105 000 personnes ont repris ou ont acquis le statut d'Indien depuis l'adoption du projet de loi en 1985. Pour plus de renseignements, veuillez visiter www.ainc-inac.gc.ca/pr/ra/sab/sab_f.pdf.

Qualité de l'approvisionnement en eau : la qualité de l'approvisionnement en eau consiste à déterminer si l'approvisionnement en eau d'une unité de logement répond aux exigences de santé des *Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada* (Comité FPT sur l'eau potable 2007).

Quantité d'approvisionnement en eau : la quantité de l'approvisionnement en eau consiste à déterminer si l'approvisionnement en eau d'une unité de logement répond aux exigences de santé des *Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada* (Comité FPT sur l'eau potable 2007).

Ratio : la valeur obtenue en divisant une quantité par une autre; un terme général dont les sous-ensembles sont entre autres, le taux, la proportion ou le pourcentage¹.

Recensement : le recensement d'une population était initialement prévu à des fins d'imposition et de service militaire. En règle générale, le recensement d'une population enregistre l'identité de toutes les personnes dans chaque résidence, avec l'âge, ou la date de naissance, le sexe, l'emploi, l'origine nationale, la langue, l'état matrimonial, le revenu et le lien avec le chef du ménage en plus des renseignements sur le logement¹. Le recensement national de la population fournit le compte des logements et de la population du Canada tous les cinq ans, mais il offre également une variété de données démographiques, sociales et économiques sur la population du Canada. Le recensement le plus récent a été effectué le 16 mai 2006.

Région : définie comme une zone administrative de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits qui, dans la plupart des cas, correspond à une province. On regroupe souvent

Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard pour former la région de l'Atlantique. Parallèlement, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut sont souvent regroupés pour former la région du Nord (anciennement le Secrétariat du Nord). À travers l'histoire, la Colombie-Britannique a été nommée la région du Pacifique.

Registre des Indiens : le Registre des Indiens est l'enregistrement officiel du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada de tous les Indiens inscrits au Canada.

Réserve : terres que conserve le gouvernement fédéral à des fins d'utilisation et d'occupation par un groupe ou une bande indienne.

Service adéquat de protection contre l'incendie : le service adéquat de protection contre l'incendie est un service qui a fait l'objet d'une inspection et qui répond aux Normes sur les niveaux de service de l'AINC, ou le site jouit d'une aide mutuelle ou d'une autre entente municipale relative à la prestation des services.

Service d'égouts adéquat : le service d'égouts est jugé adéquat lorsque l'effluent des eaux usées est rejeté dans un système de collecte et/ou de traitement conforme aux pratiques provinciales ou territoriales, notamment la Qualité des effluents et traitement des eaux usées des installations fédérales, et les Normes sur les niveaux de service établies par l'AINC.

Service d'égouts inadéquat : le service d'égouts est jugé inadéquat lorsque l'effluent des eaux usées est rejeté dans un système de collecte et/ou de traitement qui ne respecte pas les pratiques provinciales ou territoriales, notamment la Qualité des effluents et traitement des eaux usées des installations fédérales, et les normes établies par l'AINC, et qu'il menace la santé ou l'environnement.

Service inadéquat de protection contre les incendies : le service inadéquat de protection contre les incendies est un service qui a fait l'objet d'une inspection et ne répond pas aux Normes sur les niveaux de service, ou n'a pas fait l'objet d'une inspection.

Statistiques démographiques : les statistiques démographiques sont des données systématiquement calculées sur les naissances, les mariages, les divorces, les séparations et les décès en fonction de l'enregistrement de ces événements démographiques¹.

Taux : la proportion d'un groupe visé pendant une certaine période de temps, par exemple pendant un an. En règle générale, il est exprimé en fonction des cas (ou des décès, séparations, etc.) par 100 000 habitants (population) par année.

Taux de chômage : le pourcentage des personnes de 15 ans et plus présentement en chômage et à la recherche d'un emploi.

Taux d'emploi : Le pourcentage de personnes de 15 ans et plus qui ont un emploi rémunéré ou qui sont travailleurs autonomes.

Taux de participation à la vie active : Le pourcentage des personnes de 15 ans et plus qui ont présentement un emploi ou sont à la recherche d'un emploi. Cela ne comprend pas les personnes qui ne cherchent pas un emploi, telles que les étudiants à temps plein, les personnes retraitées ou les travailleurs découragés.

Terres de la Couronne : des terres qui sont la propriété de Sa majesté (la Couronne), mais qui ont été réservées officiellement à l'intention d'une bande ou pour le bienfait d'une bande (ou des bandes).

VIH/sida : Le VIH, le virus de l'immunodéficience humaine – est un virus qui attaque le système immunitaire, entraînant

progressivement une maladie chronique qui laisse les personnes susceptibles d'être victimes d'infections opportunistes et de cancers. Lorsque le corps ne peut plus combattre l'infection, la maladie est reconnue comme le sida, notamment le syndrome d'immunodéficience acquise. En moyenne, le VIH initial met 10 ans à progresser vers l'infection connue comme le sida³.

¹ Last, J.M. (2001). *A Dictionary of Epidemiology*. 4th edition. New York, USA: Oxford University Press.

² Dyck, R., R.W. Turnell, H. Klomp, A.B. Makram, et K. Tan. 2002. A Comparison of Rates, Risk Factors, and Outcomes of Gestational Diabetes Between Aboriginal and Non-Aboriginal Women in the Saskatoon Health District. *Diabetes Care* 25(3): 487-493.

³ Agence de la santé publique du Canada (ASPC) 2008. Qu'est-ce que le VIH/sida? <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/info/index-fra.php> (Consulté en mai 2008).

ACRONYMES UTILISÉS DANS LE PRÉSENT RAPPORT

AINC	Affaires indiennes et du Nord Canada
APN	Assemblée des Premières nations
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CANSIM	Système canadien d'information socioéconomique
CGIPN	Comité de gouvernance de l'information des Premières nations
DGRP	Direction générale des régions et des programmes
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
EAPA	Enquête auprès des peuples autochtones
EJET	Enquête auprès des jeunes en transition
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ERS	Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations
FPT	Fédéral/provincial/territorial
IMC	Indice de masse corporelle
IRHSA	Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone
ISCPN	Indicateurs de santé comparables des Premières nations
NNS	Normes sur les niveaux de service
Pap	Papanicolaou
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
TR	Toucher rectal
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

REMERCIEMENTS

Le présent rapport découle d'un travail ardu et du dévouement de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), de la Direction générale des régions et des programmes (DGRP), de l'Assemblée des Premières nations (APN), du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC), de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), et du Groupe de travail technique des données sur la santé, qui comprend les organismes cités ci-après.

Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Division de l'information, de l'analyse et de la recherche sur la santé

Diane Badger, Emily De Rubeis, René Dion, Karin Johnson, Cassandra Lei, Dan Lucas, Teresa Lukawiecki, Jennifer Pennock, Veeran-Anne Singh, Julie Stokes, Greg Stoodley et Susan Taylor-Clapp

Direction des programmes communautaires

Matthew Peake

Bureau de médecine communautaire

Marene Gatali

Direction des soins de santé primaires et de la santé publique

Ulrick Auguste et Sophie Chen

Santé Canada, Direction générale des régions et des programmes

Région de la Colombie-Britannique

John David Martin et personnel divers

Région de l'Alberta

Chandrani Wijayasinghe, Trincy Buwalda, Winkie Szeto, Shelly Vik et Donatus Mutasingwa

Région de la Saskatchewan

Sandi LeBoeuf, Carmen Bresch, Lynda Kushnir Pekrul et Erin Laing

Région du Manitoba

Cathy L. Menard, Suzanne Martel et Mark Sagan

Région de l'Ontario

Personnel divers

Région du Québec

Serge Desrosiers et Jean-Pierre Courteau

Région de l'Atlantique

Agatha Hopkins, Kelly Bower et Sarah Fleming

Assemblée des Premières nations

Leah Bartlett et Paula Arriagada

Affaires indiennes et du Nord Canada

Sacha Senécal, Chris Penney, Eric McGregor et Kathy Hoskins

Agence de la santé publique du Canada

Christina Bancej, Maureen Perrin et Karen C. Roberts

RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Gouvernement fédéral

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits : www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/index-fra.php

Programme des services de santé non assurés : www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/nihbd-dssna/index-fra.php

Santé de la population, Agence de la santé publique du Canada : www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/index-fra.php

Section sur la santé maternelle et infantile : www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/index-fra.php

Surveillance des maladies en direct : www.phac-aspc.gc.ca/surveillance-fra.php

Système de soins de santé (Rapports et publications) : www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/index-fra.php

Portail des Autochtones au Canada (Services de santé et services sociaux) : <http://www.autochtonesaucanada.gc.ca/acp/site.nsf/fr/ao20017.html>

Affaires indiennes et du Nord Canada (Publications) : <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/pubs/index-fra.asp>

Statistique Canada : www.statcan.ca

Recensement de 2001 (Tableaux autochtones) : www12.statcan.ca/francais/census01/Products/standard/themes/ListProducts.cfm?Temporal=2001&APATH=3&THEME=45&FREE=0

Indicateurs de santé (Canada) : www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/01002/toc_f.htm

Rapports provinciaux

Statistiques démographiques de la Colombie-Britannique : www.vs.gov.bc.ca/stats/indian/index.html (en anglais seulement)

Territoires du Nord-Ouest Santé et Services sociaux : www.hlthss.gov.nt.ca/

Manitoba Centre for Health Policy (Publications) : mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/deliverablesList.html (en anglais seulement)

Organismes autochtones

Organisation nationale de la santé autochtone : www.naho.ca/french/index.php

Assemblée des Premières nations : www.afn.ca/article.asp?id=104

Inuit Tapiriit Kanatami : www.itk.ca/index.html (en anglais seulement)

International

Indian Health Service Annual Report (United States—American Indian and Alaska Natives) : www.ihs.gov/NonMedicalPrograms/IHS_Stats/index.cfm?module=hqPub&option=index (en anglais seulement)

Australia Indigenous HealthInfoNet : www.healthinfonet.ecu.edu.au (en anglais seulement)

New Zealand Ministry of Health, Maori Health : www.maorihealth.govt.nz/ (en anglais seulement)

Santé Canada, Direction générale des régions et des programmes

Région de la Colombie-Britannique

Federal Building, bureau 540
Sinclair Centre
757, rue West Hastings
Vancouver, BC V6C 1A1
Tél. : 604-666-2083
Télé. : 604-666-2258
www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/pacrb-dgapcr/reg/bc-cb-fra.php

Région de l'Alberta

Place du Canada, bureau 710
9700, avenue Jasper
Edmonton, AB T5J 4C3
Tél. : 780-495-2651
Télé. : 780-495-3285
www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/pacrb-dgapcr/reg/al-fra.php

Région du Manitoba et de la Saskatchewan

Manitoba

391, avenue York, bureau 300
Winnipeg, MB R3C 4W1
Tél. : 204-983-2508
Télé. : 204-983-3972

Saskatchewan

2045, rue Broad, 1^{er} étage
South Broad Plaza
Regina, SK S4P 3T7
Tél. : 306-780-7661
Télé. : 306-780-7137

Région de l'Ontario

Emerald Plaza
1547, chemin Merivale
Nepean, ON K1A 0L3
Tél. : 613-952-0088
Télé. : 613-952-5748
www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/pacrb-dgapcr/reg/on-fra.php

Région du Québec

Complexe Guy-Favreau, tour Est
200, boulevard René-Lévesque Ouest, pièce 218
Montréal, QC H2Z 1X4
Tél. : 1-800-561-3350
Télé. : 514-283-7392
www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/pacrb-dgapcr/reg/qc-fra.php

Région de l'Atlantique

1505, rue Barrington, bureau 1525
Halifax, NS B3J 3Y6
Tél. : 902-426-2038
Télé. : 902-426-3758
www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/pacrb-dgapcr/reg/atlant-fra.php

Région du Nord

60, rue Queen, bureau 1400
Indice de l'adresse 3914A
Ottawa, ON K1A 0K9
Tél. : 613-946-8081
Télé. : 613-958-2428
www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/pacrb-dgapcr/reg/nr-fra.php

FORMULAIRE DE RÉTROACTION

Nous vous prions de nous aider à peaufiner la présente publication. Votre rétroaction sur le contenu du présent rapport servira à préparer les éditions futures.

Vous pouvez envoyer vos commentaires à :

Profil statistique sur la santé des Premières nations du Canada — Déterminants de la santé, de 1999 à 2003

Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Division de l'information, de l'analyse et de la recherche, IA 1919C

Ottawa, ON K1A 0K9

Télé. : 613-948-2110

Courriel : fnihb_stats@hc-sc.gc.ca

Nom (facultatif) : _____

Titre (facultatif) : _____

Organisme (facultatif) : _____

Adresse (facultatif) : _____

Ville (facultatif) : _____

Province/territoire (facultatif) : _____

Code postal (facultatif) : _____

1. Quelles sections ont-elles été plus utiles? _____

2. Quelles sections ont-elles été moins utiles? _____

3. Quels renseignements supplémentaires aimeriez-vous voir dans le texte, les figures ou les tableaux du prochain rapport? _____

4. Pouvez-vous suggérer des sujets spéciaux pour les éditions futures? _____

5. Avez-vous d'autres suggestions visant à rendre la présente publication plus utile pour vous? _____

6. Comment allez-vous utiliser la présente publication? _____

7. Avez-vous des commentaires à ajouter au sujet du présent rapport? _____

