

Table des matières



⊕ Introduction	1
⊕ Principales conclusions	3
⊕ Implications pour la planification des soins de santé	5
⊕ Prévalence et données démographiques	6
Répartition selon l'âge	
Répartition selon le sexe	
Répartition géographique	
Revenu et scolarité	
Résumé	
⊕ Effets du diabète sur l'individu	10
Autoévaluation de l'état de santé	
Présence d'une ou plusieurs affections associées au diabète	
Hypertension	
Maladies du coeur	
Vision	
⊕ Vivre avec le diabète	15
Habitudes de vie	15
Poids	
Activité physique	
Tabagisme	
Consommation d'alcool	
Indicateurs de mode de vie traditionnel	
Aliments sauvages	
Temps passé sur le territoire	
Langues autochtones	
Participation à des activités traditionnelles	
Indicateur composite de « traditionalité »	
Soutien externe et services de santé	19
Soutien social	
Recours aux soins de santé	
Besoins médicaux particuliers	
Résumé	
⊕ Effets sur la communauté	22
⊕ Conclusion	23
⊕ Annexe 1	25
⊕ Annexe 2	26



Introduction



Le diabète et les Premières Nations

À partir de données tirées de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 1991 de Statistique Canada, Le diabète et les Premières Nations fait état de la prévalence du diabète chez les citoyens des Premières Nations au Canada et de la fréquence des affections qui sont causés par le diabète ou y sont associées. On y voit aussi comment les répondants apprennent à vivre avec le diabète au quotidien, aussi bien du point de vue des habitudes de vie comme l'alimentation et l'exercice qu'en termes du soutien qu'elles reçoivent de leur famille, de leur communauté et du système de santé. Ce genre d'information est utile aux intervenants de la santé qui établissent des programmes de prévention et de gestion du diabète. Le diabète et les Premières Nations a été préparé à leur intention.

Plan du document

Ce document comporte quatre (4) parties.

- ⊕ La première fait état de la prévalence du diabète chez les citoyens des Premières Nations et de la répartition de cette maladie en termes démographiques.
- ⊕ La partie suivante est axée sur les effets du diabète sur les personnes qui en sont atteintes. On s'y penche sur la fréquence des problèmes de santé associés au diabète chez les personnes atteintes de cette maladie.
- ⊕ Les informations disponibles sur la manière dont les personnes atteintes vivent avec le diabète sont réunies dans la troisième partie. On y examine les habitudes de vie qui peuvent accroître le risque de complications et celles qui aident au maintien d'un état de santé satisfaisant. On y considère aussi certains des facteurs sociaux qui influent sur la manière dont les diabétiques vivent avec cette maladie, y compris le recours aux services de santé, la couverture des besoins médicaux particuliers par leurs régimes d'assurance-maladie et l'étendue de leur réseau de soutien social.
- ⊕ Dans la dernière partie du document, on considère brièvement les effets du diabète sur la communauté en se fondant sur les perceptions exprimées par les répondants relativement à l'ampleur du problème que représente le diabète dans leur communauté et ce qu'ils ont dit qu'on devrait faire à ce sujet.

L'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA)

L'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991 posait des questions sur divers sujets autres que celui de la santé ; elle contient donc des renseignements non seulement sur la prévalence du diabète, mais également sur la vie et les caractéristiques des diabétiques et sur la manière dont ils s'accommodaient de leur maladie à l'époque de l'enquête. Les chiffres dont nous disposons pour le diabète sont fondés sur les réponses à une question demandant aux répondants si un professionnel de la santé leur avait dit qu'ils avaient le diabète. Il est possible que parmi ceux qui ont



répondu par l'affirmative se trouvent certains cas de diabète insulino-dépendant (type 1), mais les résultats des travaux de recherche suggèrent que, chez les citoyens des Premières Nations, le diabète sucré non insulino-dépendant (DSNID) est de loin le plus répandu. En raison de la formulation de la question, il est possible aussi que les nombres obtenus comprennent aussi des cas de diabète gestationnel.

Qui a participé à l'enquête

L'information présentée dans *Le diabète et les Premières Nations* se rapporte aux personnes de quinze (15) ans et plus qui s'identifient comme Indiens de l'Amérique du Nord (ce qui inclut vraisemblablement un certain nombre d'« Indiens non-inscrits »). Les lecteurs doivent également savoir que l'EAPA a connu des problèmes de couverture, c'est-à-dire de champ d'observation, surtout en ce qui concerne les résidents des réserves. Deux cent soixante-treize (273) communautés ont refusé de participer à l'enquête; par conséquent, environ 55 000 répondants éventuels n'ont pas eu l'occasion d'être inclus dans l'échantillon. Ce nombre représente environ 18 % de la population inscrite dans le Registre des Indiens. Le nombre de personnes ainsi exclues variait de province en province, allant d'aucune en Nouvelle-Écosse à un maximum de 34 % en Ontario. En somme, l'EAPA représente environ 80 %, ou plus, de la population des « Indiens inscrits », mais les renseignements au sujet de provinces ou de groupes en particulier (comme les personnes résidant sur réserve) sont peut-être moins complets. (Voir l'annexe 1 pour la répartition par province). L'échantillon final de l'EAPA comptait 19 000 personnes s'identifiant comme « Indiens de l'Amérique du Nord », dont 1 235 ont déclaré qu'elles étaient diabétiques.

Lecture des statistiques

Les estimés dérivant d'un échantillon sont toujours entourés d'une certaine variabilité d'échantillonnage, ce qui veut dire qu'ils sont précis à quelques points de pourcentage près. Les chiffres qui figurent dans le présent document sont conformes aux lignes directrices de Statistique Canada pour la publication : si la variabilité d'échantillonnage dépasse un tiers ($\frac{1}{3}$) de la valeur du nombre, celui-ci n'est pas considéré comme fiable. À titre d'exemple, une enquête indique que 40 % des répondants d'un échantillon mangent de la viande d'original pour dîner, mais la variabilité d'échantillonnage est élevée, soit plus ou moins 50 %. Cela signifie que le pourcentage réel des mangeurs de viande d'original dans cet échantillon se situe entre 20 et 60 %. Cet estimé n'est donc pas très utile. Lorsque la variabilité se situe entre 16,5 et 33 % de la valeur du nombre, la note « Mise en garde : variabilité d'échantillonnage élevée » y est ajoutée. Lorsqu'une différence entre les taux est qualifiée de « significative » ou « non significative », il s'agit là de la signification statistique, c'est-à-dire que la différence observée entre les taux est plus grande que celle à laquelle on pourrait s'attendre par hasard.

Principales conclusions de l'EAPA

Prévalence et répartition du diabète

- ⊕ Les taux comparatifs de diabète chez les citoyens des Premières Nations sont trois fois plus élevés que chez les Canadiens en général : 6,5 % des citoyens des Premières Nations âgés de plus de 15 ans déclarent qu'ils ont fait l'objet d'un diagnostic de diabète. En se fondant sur les travaux de recherche passés, l'on croit que presque tous ces cas sont des instances de diabète sucré non insulino-dépendants (DSNID), plutôt que des cas de type insulino-dépendant.
- ⊕ Chez les citoyens des Premières Nations, le DSNID semble se manifester assez tôt : le taux de prévalence est de 5 % pour les personnes de 30 à 39 ans et ils augmentent par la suite avec l'âge.
- ⊕ C'est dans la région de l'Ontario, du Manitoba et de la Saskatchewan que la prévalence semble la plus élevée tandis qu'elle est à son niveau le plus bas en Colombie-Britannique et dans les territoires du Nord.
- ⊕ Les citoyens des Premières Nations qui sont atteints de diabète ont tendance à se situer dans le groupe des plus de 40 ans ; leur revenu et leur niveau de scolarité sont moins élevés que ceux des non diabétiques.
- ⊕ Plus de femmes que d'hommes déclarent qu'elles ont fait l'objet d'un diagnostic de diabète.

Problèmes de santé associés au diabète

- ⊕ Les diabétiques évaluent leur état de santé à un niveau beaucoup plus bas que les non diabétiques et il est plus probable qu'ils souffrent aussi d'hypertension, de maladies du cœur et de problèmes de vision.
- ⊕ Les citoyens des Premières Nations qui sont atteints de diabète sont plus susceptibles que leurs homologues non Autochtones de déclarer qu'ils souffrent d'hypertension ou de maladie du cœur. De fait, même les citoyens des Premières Nations qui ne sont pas diabétiques semblent encourir un risque plus élevé que la moyenne de souffrir éventuellement de ces affections. Le diabète, l'hypertension et les maladies du cœur ont en partage plusieurs des mêmes facteurs de risque et semblent répandus dans plusieurs communautés autochtones.

Vivre avec le diabète et ses complications

- ⊕ Bien des citoyens des Premières Nations qui sont atteints de diabète ont des habitudes de vie qui présentent des risques de complications. En tant que groupe, les diabétiques sont plus susceptibles que les autres personnes du même âge d'avoir un poids excessif, moins susceptibles de faire



de l'exercice et aussi susceptibles de fumer des cigarettes tous les jours. Cependant, ils sont légèrement moins susceptibles de consommer de l'alcool.

- ⊕ 97 % des diabétiques voient un prestataire de soins de santé au moins une fois par année. La plupart des gens consultent un médecin et environ la moitié une infirmière. Des proportions moindres déclarent qu'ils voient des représentants en santé communautaire (RSC) ou des guérisseurs traditionnels.
- ⊕ 92 % des diabétiques déclarent que leurs besoins médicaux particuliers sont couverts par leur régime d'assurance-maladie.
- ⊕ Presque tous les diabétiques ont quelqu'un à qui ils peuvent faire appel au besoin, en cas d'urgence, habituellement un conjoint, un membre de la famille ou un ami. La plupart d'entre eux pourraient faire appel à trois personnes ou plus.

Conscience du problème que représente le diabète dans la communauté

- ⊕ Lorsqu'on leur a demandé de parler des problèmes de santé de leur communauté, environ un tiers ($\frac{1}{3}$) des citoyens des Premières Nations ont mentionné le diabète, ce qui permet de croire que la conscience du problème est élevée. La plupart des personnes selon lesquelles le diabète est un problème croient qu'il faudrait, soit des programmes de nutrition et de sensibilisation à la nutrition, soit une amélioration des services de santé. À peu près personne n'a parlé de programmes d'exercices ou d'installations récréatives.

Implications pour la planification des soins de santé

- ⊕ Les gens sont conscients du rôle que joue l'alimentation et la médication dans le contrôle du diabète, mais ils sont moins conscients de l'avantage que présente l'exercice. Les intervenants pourraient insister sur l'importance de faire régulièrement de l'exercice comme moyen de prévention et de gestion du diabète dans les documents d'éducation sanitaire.
- ⊕ La sensibilisation au diabète semble élevée, la plupart des gens ont vu une infirmière ou un médecin au sujet de leur diabète et les diabétiques semblent avoir un réseau de soutien social solide. Cet état de fait devrait renforcer les tentatives d'établir des réseaux d'aide aux diabétiques. Les intervenants de la santé auraient intérêt à encourager cette forme de réseaux informels puisque les amis, les membres de la famille et les conjoints peuvent, eux aussi, dispenser de l'information et de l'aide aux diabétiques dans la gestion de leur maladie.
- ⊕ Les citoyens des Premières Nations atteints du diabète ont tendance à se situer dans le groupe d'âge de plus de 40 ans et leur revenu ainsi que leur niveau de scolarité sont inférieurs à ceux des non diabétiques. Il faut garder ces réalités à l'esprit lorsqu'on prépare des documents éducatifs et des programmes d'intervention, surtout en ce qui concerne la capacité de lecture de documents imprimés. Cela pourrait mener à une plus grande utilisation de documents audiovisuels et de contacts interpersonnels dans les activités d'éducation sanitaire.
- ⊕ Le diabète, l'hypertension et les maladies du cœur sont caractérisées par plusieurs des mêmes facteurs de risque et semblent répandus dans bien des communautés des Premières Nations. Les stratégies de prévention axées sur la population, constituent apparemment la meilleure approche pour traiter ces affections.

Les diabétiques

Le taux de prévalence déclarée du diabète chez les citoyens des Premières Nations de 15 ans et plus était de 6,5 %. Il faut considérer ce nombre à la lumière de trois facteurs.

- ⊕ Premièrement, les taux de prévalence du diabète varient beaucoup d'une région du pays à l'autre ; dans certains cas, dans le Nord surtout, les taux sont inférieurs à la moyenne, alors qu'ailleurs ils sont beaucoup plus élevés. La moyenne nationale est, bien sûr, un composé des régions à prévalence faible et élevée.
- ⊕ Deuxièmement, le chiffre se rapporte à toutes les personnes de 15 ans et plus. Dans la plupart des cas, le DSNID ne se manifeste pas avant l'âge de 30 ans et même plus tard encore. C'est pourquoi un taux, comme celui-ci, qui comprend tous les adultes sera toujours inférieur à un autre qui se rapporterait uniquement aux groupes d'âge plus élevé (pour les personnes de 25 ans et plus, par exemple).
- ⊕ Enfin, il faut souligner que ce chiffre est fondé sur des données autodéclarées, ce qui signifie qu'il se rapporte aux personnes chez qui on a diagnostiqué un diabète et qui étaient disposées à le déclarer dans le cadre d'une enquête. Les enquêtes produisent des estimations assez précises de la prévalence du diabète diagnostiqué,¹ mais les chiffres sont tout de même différents de ce qu'on obtiendrait au moyen du dépistage ou de l'examen de dossiers médicaux.



Prévalence et données démographiques

La comparaison avec d'autres études sur le diabète est compliquée du fait que chaque étude tend à utiliser sa propre plage d'âge – dans certains cas on s'intéresse à la prévalence chez les plus de 20 ans, dans d'autres les plus de 30 ans et ainsi de suite. La seule autre étude à l'échelle du Canada, menée en 1987, a conclu à des taux de diabète de 0,7 % chez les Indiens du Yukon à 6,2 % chez les Iroquoiens de l'Est du Canada. Cependant, ces nombres se rapportaient à tous les groupes d'âge plutôt qu'aux personnes de plus de 15 ans seulement.² Les études portant sur des groupes d'âge comparable suggèrent que les résultats de l'EAPA sont assez représentatifs. À titre d'exemple, une étude portant sur les personnes de 18 ans et plus, dans trois localités de la Colombie-Britannique, en 1994, révélait des taux de 2,8 % à 5,7 %, en utilisant des mesures physiques;³ un examen des registres d'observations se rapportant à des personnes de 20 ans et plus, en Ontario, a révélé un taux de prévalence de 6,2 %,⁴ alors qu'une autre étude fondée sur un registre d'observations révélait un taux de 5,2 % chez les Cris de la Baie James âgés de plus de 20 ans.⁵ Par contraste, l'étude de dépistage de Delisle portant sur deux communautés algonquines du Québec a révélé des taux beaucoup plus élevés, allant de 12 à 17 %, chez les personnes de plus de 15 ans,⁶ alors que les chiffres tirés des archives médicales du Manitoba suggèrent des taux plus élevés que ceux dont il est fait état dans l'EAPA.

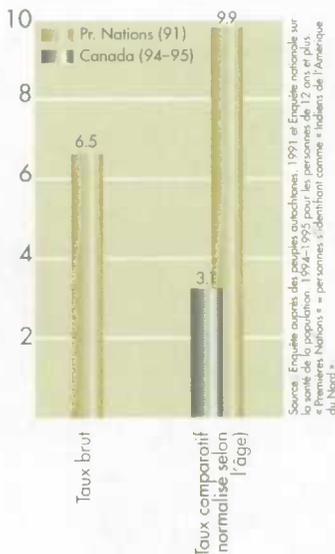
En utilisant des taux comparatifs (c'est-à-dire normalisés selon l'âge),⁷ on constate que les taux de diabète déclarés dans l'EAPA sont trois fois supérieurs à ceux de la population canadienne dans son ensemble. Les taux comparatifs chez les citoyens des Premières Nations sont approximativement de 8 % pour les hommes, 11 % pour les femmes et 10 % pour les deux sexes ensemble, par rapport à 3,1 % pour l'ensemble du Canada, tel que déclaré dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population, en 1994. (Voir figure 1.)

Ces résultats appuient un grand nombre d'études ayant révélé des taux de diabète supérieurs chez les citoyens des Premières Nations. Les taux de mortalité résultant du diabète chez les citoyens des Premières Nations se sont révélés au moins deux fois ceux de la moyenne nationale au Canada⁸ et aux Etats-Unis,⁹ alors que l'enquête nationale réalisée par Young et quelques autres estimait que les taux de prévalence chez les personnes résidant sur réserve étaient de deux (2) à cinq (5) fois supérieurs à la moyenne nationale dans la plupart des régions, à l'exception de la Colombie-Britannique et du Nord.¹⁰

FIGURE 1

Diabétiques

Personnes à qui un professionnel de la santé a dit qu'elles étaient diabétiques (données pouvant inclure des cas de diabète gestationnel).



*La normalisation selon l'âge est un ajustement statistique qui permet une comparaison plus précise des taux d'atteinte d'une maladie entre deux populations lorsque leurs structures d'âge sont très différentes. Dans cet exemple, la normalisation selon l'âge compense pour le fait que la population canadienne a une proportion beaucoup plus grande de personnes âgées que celle des Premières Nations et que, par conséquent, la proportion de personnes à risque pour le DSNID y est plus grande. Les chiffres se rapportant aux Premières Nations ont été normalisés par rapport à la population canadienne de 1994-1995, telle que déclarée dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population, en utilisant la méthode directe.



Répartition selon l'âge

Les taux relatifs aux citoyens des Premières Nations sont de 5 % pour le groupe d'âge de 30 à 39 ans ; ils augmentent ensuite régulièrement avec l'âge, jusqu'à 22,8 % pour les personnes de 65 ans et plus. On ne trouve aucune trace de l'« effet de survie » décrit dans certaines études, c'est-à-dire de taux de diabète inférieurs chez les personnes de plus de 65 ans. Comme on pouvait s'y attendre, les diabétiques en tant que groupe sont plus âgés que la moyenne : 70 % des adultes diabétiques avaient 40 ans ou plus, par rapport à 28 % des non diabétiques.

On a suggéré que le diabète se manifestait à un âge moins avancé chez les citoyens des Premières Nations que dans la population canadienne en général.¹¹ La comparaison avec les chiffres relatifs à l'ensemble de la population donne à penser que c'est peut-être le cas. Lorsqu'ils atteignent le groupe d'âge de 30 à 39 ans, 5 % des citoyens des Premières Nations sont diabétiques, alors que le chiffre correspondant pour les Canadiens de ce groupe d'âge est de moins de 1 %. C'est là une différence statistiquement significative. Malgré le fait que des déclarations récentes suggèrent que l'âge d'apparition diminue¹² et que le DSNID est diagnostiqué chez un nombre croissant d'enfants, la majorité des diabétiques ont encore plus de 40 ans. (Voir figure 2.)

Répartition selon le sexe

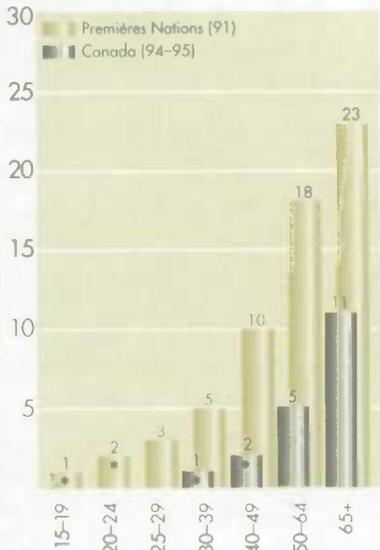
Environ deux tiers (⅔) des diabétiques sont des femmes. Le taux de prévalence chez les hommes est de 5,3 %, alors que chez les femmes il est de 7,6 %. Ce nombre plus élevé de femmes correspond aux résultats d'autres travaux de recherche, bien que la différence soit moins prononcée que dans les études portant sur des communautés individuelles. Certaines de celles-ci ont permis en effet de constater des taux de diabète chez les femmes atteignant le double de ce qu'ils sont chez les hommes. On observe cette tendance des taux supérieurs pour les femmes dans la plupart des groupes d'âge, bien que la différence, à des âges moins avancés, pourrait être attribuable au diabète gestationnel plutôt qu'au DSNID. Cette différence entre les sexes ne se retrouve pas dans la population canadienne en général, où les taux de diabète chez les hommes et les femmes sont semblables.¹³

Répartition géographique

Les données de l'EAPA suggèrent que les taux de diabète les plus bas se situent dans le Nord et dans l'Ouest et les taux les plus élevés dans la région Ontario-Manitoba-Saskatchewan. En raison de la taille réduite des échantillons, il a fallu regrouper les données relatives à certaines provinces pour pouvoir effectuer des tests valables sur le plan statistique. Le taux combiné pour la région Ontario-Manitoba-Saskatchewan

FIGURE 2
Le diabète par groupe d'âge

Pourcentage de diabétiques



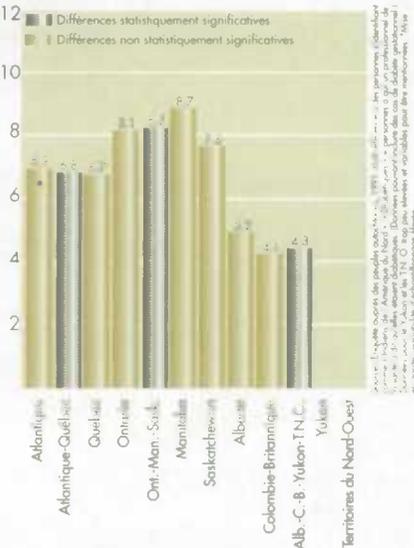
Source : Les données des Premières Nations (91) et Canada (94-95) sont tirées de la base de données de l'Enquête nationale sur le diabète de l'Amérique du Nord « Diabétiques » par groupes d'âge, par sexe et par région géographique, réalisée par un professionnel de la santé et qui inclut les diabétiques. (Données combinées des cas de diabète gestationnel.)
* Mise en garde : variabilité d'échantillonnage élevée.



FIGURE 3

Pourcentage de diabétiques par région

Pourcentage de citoyens des Premières Nations atteints de diabète, par région



Source: Enquête auprès des peuples autochtones, 1991. Les données sont présentées en pourcentage de l'ensemble des Indiens de l'Amérique du Nord. Les données sont présentées à titre indicatif et ne doivent pas être utilisées pour le diagnostic. Les données sont présentées à titre indicatif et ne doivent pas être utilisées pour le diagnostic.

était de 8,2 %, ce qui est sensiblement plus élevé que les 6,8 % déclarés pour le Québec et les provinces de l'Atlantique. Le taux le plus bas (4,3 %) a été observé pour une région réunissant l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest. Ces conclusions sont quelque peu différentes de celles qui ont résulté de l'étude nationale de Young et quelques autres, en 1990. Bien que les deux études aient établi que les taux sont inférieurs en Colombie-Britannique et dans le Nord, les taux les plus élevés, selon l'étude de 1990, se situaient dans l'Est du Canada plutôt qu'au Manitoba et dans les provinces voisines. (Voir figure 3.)

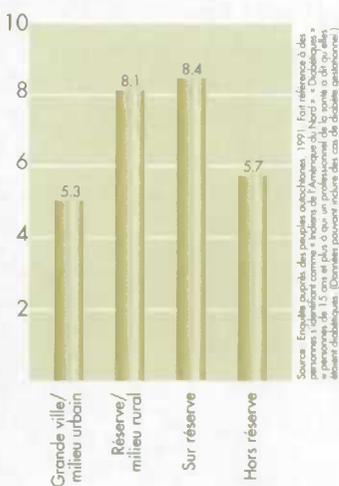
Différences entre milieux urbains / ruraux et sur / hors réserve

L'EAPA est la première enquête à produire des données sur le diabète et les personnes résidant sur et hors réserve pour l'ensemble du Canada. Une conclusion inattendue est que les taux de diabète sont sensiblement plus élevés chez les résidents des réserves que chez les personnes résidant hors réserve (8,4 % par rapport à 5,7 %). Cette situation n'est pas simplement due au fait que la proportion des personnes âgées est plus élevée dans les réserves ; on trouve la même différence lorsqu'on emploie des taux comparatifs (normalisés selon l'âge)*. On remarque une tendance semblable en comparant les régions rurales et urbaines : les taux de diabète sont sensiblement plus élevés chez les personnes résidant en région rurale et dans les réserves par comparaison avec celles qui résident en région urbaine et dans les grandes villes (régions rurales = 8,1 %, régions urbaines = 5,3 %). Ces résultats sont étonnants, compte tenu du fait que, selon la plupart des chercheurs, les taux de diabète les plus élevés sont associés à un mode de vie « occidental » et à une urbanisation croissante. Des études antérieures portant sur les réserves et les communautés suggéraient des taux supérieurs dans les communautés du Sud, bien que ceux-ci n'aient été dans aucun cas comparables aux taux relatifs à la population hors réserve.¹⁴ Les conclusions suggèrent un besoin de pousser plus loin la recherche sur les différences entre les communautés rurales et urbaines, en termes de facteurs de risque pour le diabète et de genres de programmes d'intervention visant à prévenir et gérer le diabète. (Voir figure 4.)

FIGURE 4

Diabète par région de résidence

Pourcentage de citoyens des Premières Nations atteints de diabète, 1991



Source: Enquête auprès des peuples autochtones, 1991. (Tous les chiffres de diabète sont normalisés en fonction de l'ensemble des Indiens de l'Amérique du Nord, tel que déclaré dans le cadre de l'EAPA.)

Revenu et scolarité

Des modèles de facteurs déterminants pour la santé suggèrent que le revenu et le statut social sont ceux qui ont le plus d'influence sur la santé d'une population. De plus, l'état de santé tend à s'améliorer avec le niveau de scolarité. On croit que c'est parce que la scolarisation contribue à accroître le revenu et la sécurité d'emploi et aussi parce qu'elle donne à l'individu le sentiment de maîtriser les circonstances de sa vie.¹⁵ Ces liens ont donné à

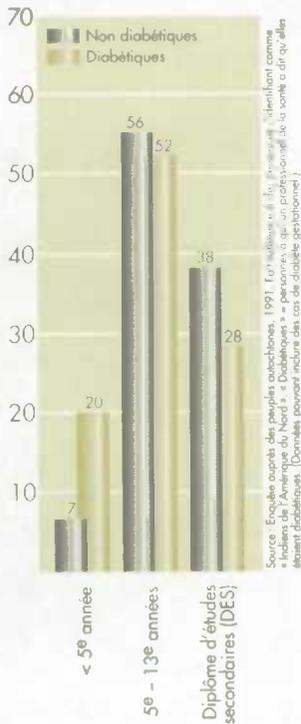
*Aux fins de la présente comparaison (normalisée selon l'âge) entre les citoyens des Premières Nations atteints ou non du diabète, les chiffres ont été normalisés en fonction de l'ensemble des Indiens de l'Amérique du Nord, telle que déclarée dans le cadre de l'EAPA.



FIGURE 5

Scolarité

Pourcentage de citoyens des Premières Nations selon qu'ils sont diabétiques ou non.



penser qu'il valait la peine d'approfondir la question de la scolarisation et des niveaux de revenu des diabétiques. En tant que groupe, les citoyens des Premières Nations atteints du diabète ont un niveau inférieur de scolarité proprement dite et des revenus moins élevés que les non diabétiques. Ils sont sensiblement plus susceptibles d'avoir moins qu'une cinquième (5^e) année et de se situer au-dessous de la limite du « seuil de faible revenu » de Statistique Canada. La différence entre les niveaux de scolarité est attribuable en grande partie au fait que le groupe de diabétiques est généralement plus âgé : 70 % d'entre eux ont plus de 40 ans. Or, les citoyens âgés des Premières Nations ont tendance à avoir un degré de scolarité moindre. Cependant, la différence entre les deux groupes persiste lorsqu'il s'agit du revenu, même lorsqu'on utilise des taux comparatifs.

Ces résultats ne concordent pas entièrement avec les modèles de déterminants de la santé parce que, même si le revenu semble avoir un rapport avec le diabète, ce n'est pas le cas pour le niveau de scolarité. Sans égard au fait que la scolarité influe ou non sur le risque d'être atteint de diabète, toutefois, le niveau de scolarité inférieur du groupe de diabétiques suggère que la documentation écrite n'est pas d'une grande utilité pour leur enseigner à gérer leur diabète. Les responsables de programmes de prévention et de contrôle devront peut-être considérer d'autres options, telles des messages ciblant toute la famille, et s'appuyer sur des méthodes autres que l'écriture ou veiller à ce que le matériel documentaire soit convenablement adapté à la clientèle cible. (Voir figure 5.)

Résumé :

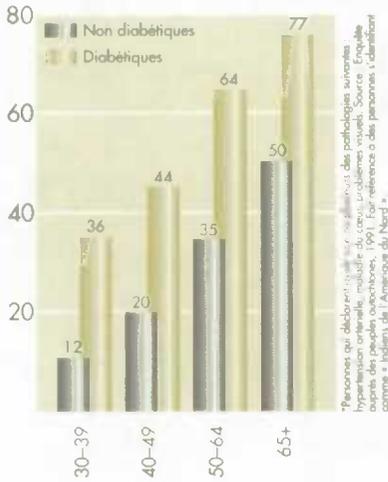
- ⊕ Les taux comparatifs de diabète (taux normalisés selon l'âge) chez les citoyens des Premières Nations sont trois fois supérieurs à la moyenne canadienne. Le taux de prévalence augmente perceptiblement après l'âge de 40 ans et continue d'augmenter avec l'âge.
- ⊕ Les taux sont supérieurs d'environ un tiers (1/3) chez les femmes par rapport aux hommes ; on ne sait pas exactement jusqu'à quel point cette différence est « réelle » ; elle peut être attribuable en effet au diabète gestationnel ou à un sous-diagnostic du diabète chez les hommes.¹⁶
- ⊕ Les taux de diabète les plus élevés, selon l'EAPA, se situent en Ontario, au Manitoba et en Saskatchewan tandis qu'on trouve les taux les plus bas en Colombie-Britannique et dans le Nord.
- ⊕ Le taux de prévalence du diabète semble plus élevé sur réserve et dans les régions rurales par rapport aux régions urbaines.
- ⊕ Les diabétiques ont tendance à avoir un revenu et un niveau de scolarité inférieurs à ceux des non diabétiques. Cette conclusion est partiellement liée au fait que la plupart des diabétiques sont plus âgés, mais elle est de la plus haute importance pour les responsables de la planification de la promotion de la santé lorsqu'ils ciblent des programmes éducatifs.



FIGURE 7

Présence d'une ou plusieurs complications, Premières Nations*

Pourcentage de l'ensemble de la population des Premières Nations éprouvant des complications, par groupe d'âge et selon que les personnes sont diabétiques ou non



un ou plusieurs de ces problèmes. Bien que peu de personnes de moins de 30 ans aient déclaré des complications, 36 % des diabétiques de 30 à 39 ans déclarent qu'ils ont au moins un de ces problèmes. Cette proportion augmente avec l'âge, jusqu'à 77 % chez les 65 ans et plus. (Voir figure 7.)

Des rapports isolés et certaines études suggèrent que chez les citoyens des Premières Nations des complications du diabète ont tendance à apparaître à un âge moins avancé que chez les Canadiens non-autochtones. C'est pourquoi on a considéré qu'il valait la peine de comparer la population des Premières Nations et la population générale du Canada en termes de l'âge auquel apparaissent des complications. Les questions de l'EAPA n'étaient pas identiques à celles qui ont servi dans l'enquête sur l'ensemble de la population, mais elles étaient semblables. On a donc pu établir une mesure approximativement comparable des « affections associées » en se fondant sur le fait que le répondant déclarait avoir une ou plusieurs des affections suivantes : maladie du cœur, hypertension ou troubles visuels.* La comparaison entre la population des Premières Nations et la population canadienne relativement à cette mesure suggère deux conclusions importantes.

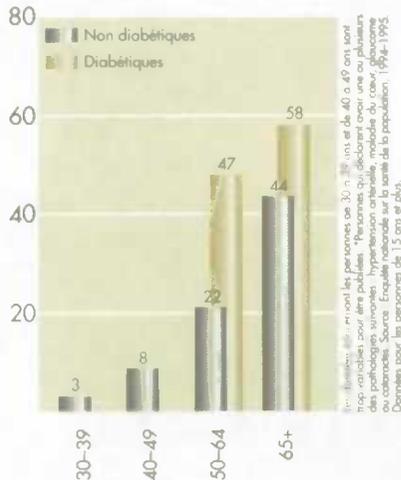
- ⊕ Parmi les diabétiques, les citoyens des Premières Nations sont beaucoup plus susceptibles que les autres Canadiens de déclarer qu'ils ont une ou plusieurs des affections associées au diabète.
- ⊕ Certains de ces problèmes de santé sont signalés beaucoup plus souvent par les citoyens des Premières Nations, même ceux qui n'ont pas le diabète.

Cet état de fait suggère que les facteurs de risque pour ces affections sont généralisés dans l'ensemble de la population des Premières Nations. (Voir figure 8.)

FIGURE 8

Présence d'une ou plusieurs complications, Canada*

Pourcentage de l'ensemble de la population canadienne éprouvant des complications, par groupe d'âge et selon que la personne est diabétique ou non



Hypertension

Le taux de prévalence de l'hypertension, ou hypertension artérielle, est beaucoup plus élevé chez les citoyens des Premières Nations qui sont diabétiques : 43 % par rapport à 10 % seulement pour les non diabétiques. Même en utilisant des nombres comparatifs, les diabétiques sont encore trois fois plus susceptibles que les autres de souffrir d'hypertension. Les travaux de recherche effectués par le passé ont démontré que l'hypertension et le diabète sont étroitement liés, bien qu'on ne sache pas exactement si l'un cause l'autre ou si le diabète et l'hypertension résultent d'un troisième facteur.¹⁷ Sans égard à la cause,

* Les citoyens des Premières Nations ont été inscrits comme ayant une « affection associée » s'ils indiquaient qu'ils souffraient d'hypertension, de maladie du cœur ou d'incapacité à bien discerner l'écriture et les visages, même en portant des verres. La mesure comparable pour les Canadiens en général tenait compte de toute personne qui déclarait souffrir d'hypertension, d'une maladie du cœur, du glaucome ou de cataractes.



FIGURE 9

Pourcentage d'adultes des Premières Nations souffrant d'hypertension

Pourcentage de l'ensemble des citoyens des Premières Nations, par groupe d'âge et selon qu'ils sont diabétiques ou non.

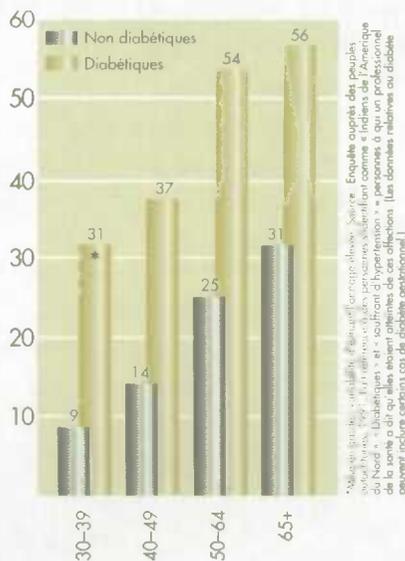
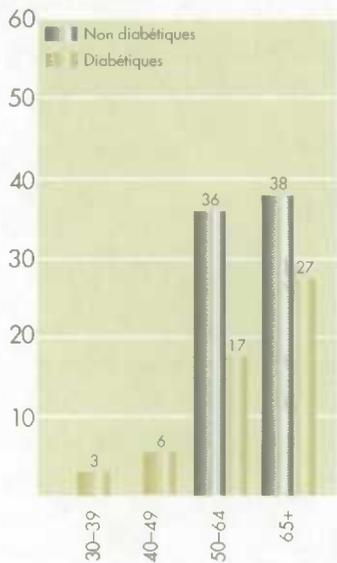


FIGURE 10

Pourcentage de Canadiens adultes souffrant d'hypertension

Par groupe d'âge et selon que les personnes sont diabétiques ou non



l'hypertension est un facteur de risque de plus pour l'insuffisance coronarienne, les maladies des reins et la rétinopathie associée au diabète. (Voir figure 9.)

Des hommes et des femmes en proportion presque égale, qu'ils soient diabétiques ou non, déclarent faire de l'hypertension. Cette conclusion est étonnante. Puisque les hommes ont généralement des taux de maladies du cœur plus élevés que les femmes, on s'attendait à ce qu'ils aient également des taux de prévalence supérieurs d'hypertension. Cependant, cette tendance a également été observée à maintes reprises dans des enquêtes sur la santé de la population non autochtone et pourrait être attribuable à une sous-déclaration ou un sous-diagnostic de l'hypertension chez les hommes.¹⁸

La différence entre les taux d'hypertension déclarés par les citoyens des Premières Nations et ceux qui sont déclarés par les Canadiens en général, dans l'Enquête nationale sur la santé de la population, est frappante : diabétiques ou non, les citoyens des Premières Nations sont plus susceptibles de déclarer qu'ils font de l'hypertension. Pour la population non-diabétique, cette différence devient moins prononcée avec l'âge, de telle sorte que passé 65 ans, des proportions à peu près semblables de citoyens des Premières Nations et d'autres Canadiens déclarent faire de l'hypertension. Parmi les diabétiques, toutefois, la différence entre la population des Premières Nations et la population canadienne persiste à tous les âges. (Voir figure 10.)

Maladies du cœur

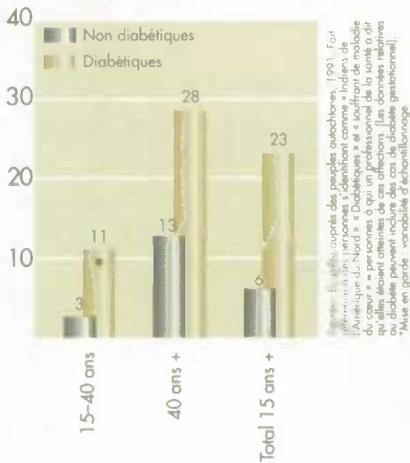
Comme on s'y attendait, les diabétiques sont aussi beaucoup plus susceptibles de déclarer qu'ils ont une maladie du cœur. Il en est ainsi même lorsqu'on utilise des taux comparatifs (normalisés selon l'âge) pour compenser pour le fait que le diabète et les maladies du cœur sont associés au vieillissement. Chez les personnes de plus de 40 ans, les diabétiques sont deux fois plus susceptibles que les non diabétiques (28% par rapport à 13%) de déclarer avoir une maladie du cœur. Les hommes diabétiques sont plus susceptibles que les femmes de déclarer une maladie du cœur, alors que les nombres se rapportant aux non diabétiques, hommes et femmes, sont semblables. Ces résultats diffèrent de ceux qui ressortent des études réalisées par Montour et ses collaborateurs, où la présence du diabète semble réduire la protection naturelle des femmes contre les maladies du cœur. (Voir figure 11.)

Les citoyens des Premières Nations qui sont atteints de diabète sont plus susceptibles que les diabétiques non autochtones de déclarer qu'ils ont une maladie du cœur. Il semble en être ainsi même à des âges moins avancés ; c'est là une conclusion préoccupante, qui appuie des déclarations isolées selon lesquelles des complications du diabète font leur apparition chez les citoyens des Premières Nations à un âge moins

FIGURE 11

Pourcentage d'adultes des Premières Nations souffrant de maladie du cœur

Par groupe d'âge et selon qu'ils sont diabétiques ou non



avancé que chez les autres. En outre, même les citoyens des Premières Nations qui ne sont pas diabétiques sont plus susceptibles que les autres Canadiens de déclarer qu'ils ont une maladie du cœur.

Cette tendance se distingue nettement de ce qu'on a pu observer par le passé : jusqu'à une époque récente, les études concluaient généralement à des taux de maladies du cœur peu élevés chez les Autochtones, même s'ils étaient diabétiques. Elle est toutefois conforme à des tendances observées récemment dans les taux de mortalité due à des maladies du système circulatoire dans les Premières Nations (taux qui dépassent maintenant la moyenne nationale). Cette tendance concorde aussi avec une étude menée à Kahnawake, qui a documenté des taux extrêmement élevés, chez les diabétiques, de cardiopathie ischémique, affection résultant d'une réduction de l'irrigation sanguine du cœur.¹⁹ (Voir figure 12.)

Vision

L'EAPA comprenait deux questions sur les problèmes de la vue : la première demandait aux répondants s'ils pouvaient voir clairement l'écriture sur une page, avec leurs verres s'ils en portaient habituellement. La deuxième leur demandait s'ils pouvaient distinguer un visage à l'autre bout d'une pièce (encore une fois avec des verres s'ils en portaient). Aux fins de la présente analyse, les personnes qui ne distinguaient ni l'écriture ni les visages étaient considérées comme ayant des problèmes visuels. C'était le cas de 8,9% des répondants. Dans une certaine mesure, ceci est attribuable au fait que la plupart des diabétiques sont plus âgés puisque les problèmes visuels sont aussi reliés à l'âge. Même avec des taux comparatifs, toutefois, les diabétiques sont un peu plus susceptibles que les autres de déclarer des problèmes visuels.

Résumé

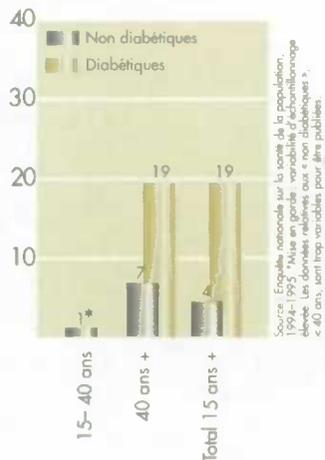
Cette partie est concentrée sur trois questions :

- ⊕ Au sein de la population des Premières Nations, dans quelle mesure le fait d'être diabétique augmente-t-il le risque pour certains, par rapport à des non diabétiques, d'affections associées au diabète telles que l'hypertension, les maladies du cœur et les problèmes visuels ?
- ⊕ Comment ce risque se compare-t-il à celui des diabétiques non autochtones ?
- ⊕ Comment la population des Premières Nations et la population canadienne se comparent-elles en termes de risque relatif à ces maladies, même en l'absence de diabète ?

FIGURE 12

Pourcentage de Canadiens adultes souffrant de maladie du cœur

Par groupe d'âge et selon qu'ils sont diabétiques ou non





Les résultats suggéraient que :

- ⊕ les citoyens des Premières Nations atteints de diabète sont à plus haut risque d'hypertension, de maladies du cœur et de problèmes visuels que leurs homologues non diabétiques, et ils évaluent leur état de santé à un niveau très inférieur ;
- ⊕ comparés aux non Autochtones, les citoyens des Premières Nations atteints de diabète sont plus susceptibles de déclarer avoir une ou des affections associées et celles-ci semblent se manifester à un plus jeune âge ;
- ⊕ ces affections semblent plus courantes chez les citoyens des Premières Nations que chez les Canadiens non autochtones, que la personne soit diabétique ou non.

Les différences importantes dans le niveau de risque qui existent entre les diabétiques et les non diabétiques ont des conséquences importantes en termes de besoins en matière de services de santé. Il est tentant d'interpréter les résultats comme une preuve que les diabétiques éprouvent de la difficulté à contrôler leur glycémie (présence de glucose dans le sang). Cependant, il faut exercer beaucoup de prudence dans de telles interprétations puisque, des trois affections étudiées ici, une seule, soit les problèmes visuels, est liée sans conteste au taux de glycémie.²⁰ De plus, le fait que même les citoyens des Premières Nations qui ne sont pas diabétiques déclarent des taux élevés d'hypertension et de maladies du cœur suggère le besoin de programmes de prévention à grande échelle qui tiennent compte des facteurs de risque dans la population en général.

Vivre avec le diabète

Habitudes de vie

Dans cette partie, nous nous penchons sur la manière dont les diabétiques s'accommodent de leur maladie. Nous considérons deux aspects.

- ⊗ Les habitudes de vie personnelles. Nous tentons ici de répondre à aux questions suivantes. Est-ce que les diabétiques modifient leurs habitudes de vie de manière à réduire le risque de complications ? Les personnes qui vivent en conformité avec un mode de vie plus traditionnel courent-elles moins de risque d'être atteintes du diabète ?
- ⊗ Le soutien externe. Ici, nous nous intéressons à l'aide qui est mise à la disposition des diabétiques, de la part de leur famille, de leur communauté et du système de santé.

Des facteurs relatifs au mode de vie, tels que le poids corporel, l'alimentation et l'exercice influent sur le contrôle de la glycémie. À son tour, celui-ci a un effet sur le risque de complications par la suite. Un contrôle serré du taux de la glycémie peut aider à prévenir bien des complications (telles que des infections plus fréquentes, des maladies du rein et des troubles de la vue) ou du moins à en retarder l'apparition et la gravité. Sans que celles-ci soient approfondies, quelques questions de l'EAPA portaient sur les habitudes de vie. En plus de connaître ces habitudes de vie, il est important de savoir si les diabétiques reçoivent régulièrement des soins, des conseils et du soutien et si leurs besoins particuliers en matière de santé sont satisfaits.

Poids

L'obésité contribue à l'apparition de complications parce qu'elle a tendance à réduire le nombre de récepteurs d'insuline dans les tissus cibles. Les résultats de l'EAPA démontrent que les diabétiques sont près de deux fois plus susceptibles que les non diabétiques d'avoir un poids excessif,²¹ même en tenant compte du fait que les diabétiques ont tendance à être plus âgés : la moitié ou plus a un excédent de poids sérieux par rapport à 27 % des non diabétiques. Il est impossible de déterminer, à partir d'une enquête transversale comme celle-ci, si l'obésité contribue à l'évolution du diabète, s'il s'agit d'une réaction à l'insuline qu'un grand nombre de diabétiques doivent prendre ou si l'obésité et le diabète sont tous deux le résultat d'une cause sous-jacente.²² Il est clair, toutefois, que bien des diabétiques font de l'embonpoint, ce qui peut augmenter leur risque de complications en rendant le contrôle de leur glycémie plus difficile. (Voir figure 13.)

Activité physique

L'activité physique joue un rôle important dans la prévention et le contrôle du diabète parce qu'elle influe sur le poids et qu'elle a aussi

FIGURE 13

Diabète et poids

Pourcentage de l'ensemble de la population des Premières Nations, groupe d'âge 40 ans + selon que les personnes sont diabétiques ou non

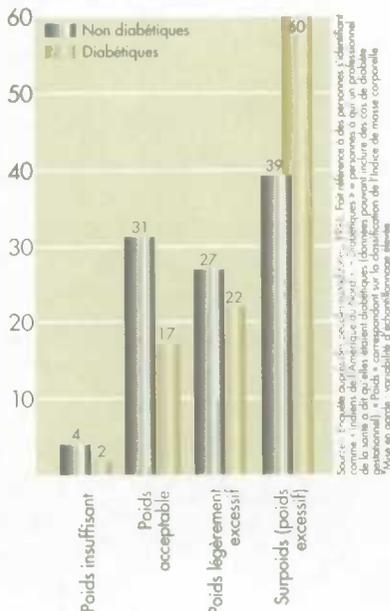
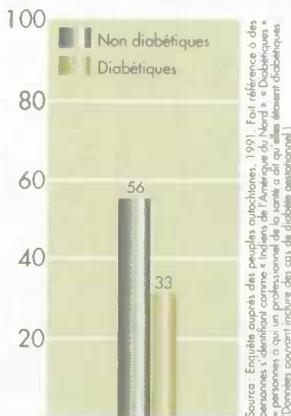




FIGURE 14

Personnes qui participent à des activités sportives, des jeux ou des activités récréatives

Pourcentage de citoyens des Premières Nations, selon qu'ils sont diabétiques ou non, qui participent à des activités sportives, des jeux ou des activités récréatives.



des effets indépendants sur le nombre de sites récepteurs d'insuline dans le tissu musculaire.²³ Les données de l'EAPA démontrent que 33,2 % des diabétiques font du sport, dansent et participent à des jeux et autres activités récréatives, en comparaison de 56 % des non diabétiques. Cette différence ne s'explique que partiellement par le nombre plus important de personnes âgées qui font partie du groupe des diabétiques ; elle persiste même lorsqu'on a recours aux taux comparatifs (normalisation selon l'âge). (Voir figure 14.)

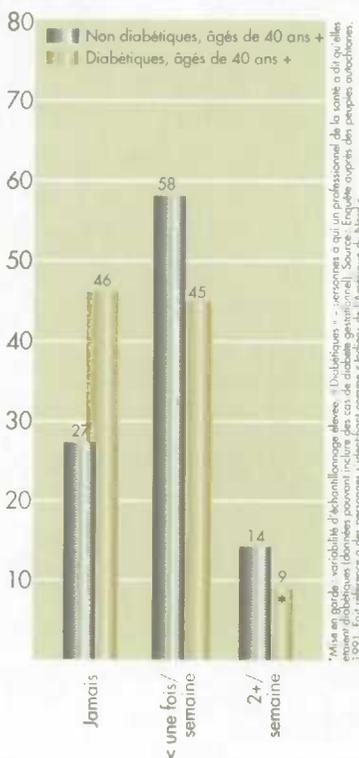
Tabagisme

Puisque le fait de fumer augmente le risque de maladies cardiovasculaires associées au diabète,²⁴ il est intéressant de voir, d'après les données de l'EAPA, si les diabétiques arrivent à cesser de fumer. En tant que groupe, les diabétiques sont moins susceptibles que les autres de fumer. Cependant, lorsqu'on y regarde de plus près, on constate que cette situation est due au fait que le groupe des diabétiques est généralement plus âgé plutôt qu'à une décision de ces personnes de cesser de fumer parce qu'elles avaient appris qu'elles étaient diabétiques. Chez les personnes d'âge comparable, les diabétiques sont à peu près aussi susceptibles que les autres de fumer tous les jours.

FIGURE 15

Consommation d'alcool au cours de la dernière année

Pourcentage de l'ensemble de la population des Premières Nations, groupe d'âge 40 ans + selon que les personnes sont diabétiques ou non



Consommation d'alcool

Malgré le fait qu'ils fument autant que les autres personnes, les diabétiques sont moins susceptibles de consommer de l'alcool. Cette tendance n'est pas simplement due aux changements qui surviennent dans les habitudes de vie en vieillissant puisqu'il en est de même lorsqu'on utilise des taux comparatifs. Cela suggère que, malgré le fait qu'ils ne parviennent peut-être pas à contrôler leur poids total maximum, les diabétiques peuvent apporter des changements positifs à leur habitudes alimentaires. (Voir figure 15.)

Indicateurs de mode de vie traditionnel

L'explication la plus courante du fait que les taux de diabète sont élevés chez les citoyens des Premières Nations est que le diabète résulte d'une combinaison de facteurs génétiques et des effets d'une alimentation et d'un mode de vie « à l'occidentale ». On croit que les modes de vie traditionnels des Premières Nations aidaient à prévenir le diabète, parce qu'ils impliquent beaucoup d'exercice dans les activités quotidiennes ainsi qu'une alimentation fondée sur des aliments sauvages contenant moins de gras et de sucre. Quelques études menées auprès d'Autochtones dans d'autres parties du monde ont démontré des améliorations spectaculaires du contrôle de la glycémie lorsque les gens reviennent à une alimentation et à des activités traditionnelles.²⁵ En



raison de ce lien, il semblait valoir la peine de chercher à savoir si la prévalence du diabète était le moins élevée chez les citoyens des Premières Nations du Canada qui semblent avoir un mode de vie plus « traditionnel ». L'EAPA comprenait des questions au sujet de différents aspects reliés à des pratiques traditionnelles, notamment :

- ⊗ si les répondants pouvaient soutenir une conversation dans une langue autochtone,
- ⊗ s'ils passaient du temps sur le territoire (« dans la nature ») et, si oui, combien,
- ⊗ la quantité d'aliments sauvages qu'ils consommaient et
- ⊗ s'ils participaient à des activités traditionnelles.

Aliments sauvages

L'EAPA ne mesurait pas directement l'étendue du caractère traditionnel de l'alimentation, mais on y demandait si une grande partie de la viande consommée par les répondants provenait de la chasse ou de la pêche qu'ils pratiquaient eux-mêmes ou s'ils en obtenaient de parents ou d'amis. Il a semblé raisonnable de considérer cette question comme un substitut d'indicateur d'alimentation traditionnelle. Les résultats ne suggèrent pas de lien avec le diabète : les taux de diabète étaient les mêmes chez les personnes pour qui la moitié de la viande consommée provenait de la chasse ou de la pêche et chez celles qui consommaient de la viande provenant d'autres sources.

Temps passé sur le territoire

Quelque 20 % des répondants ont affirmé qu'ils avaient passé du temps sur le territoire (« dans la nature ») au cours de la dernière année, à chasser, pêcher ou enseigner aux enfants les façons traditionnelles. De ce pourcentage, une moitié des répondants ont déclaré qu'ils avaient passé quatre (4) semaines ou plus sur le territoire. On s'attendait à ce que les taux de diabète soient inférieurs chez les personnes qui passaient quatre semaines ou plus par année sur le territoire, en comparaison de celles qui n'y allaient pas du tout ou y restaient moins de quatre semaines. Cependant, les données n'appuient pas cette idée. En réalité, les taux de diabète sont un peu plus élevés chez ceux qui passaient beaucoup de temps sur le territoire, parce que, en tant que groupe, ils ont tendance à être un peu plus âgés. Lorsqu'on utilise des taux comparatifs, les taux de diabète sont identiques chez les deux groupes.



Langues autochtones

Les taux de diabète sont sensiblement plus élevés chez les personnes qui déclarent pouvoir parler une langue autochtone : 10,4 % par rapport à 4 %. Cette différence est en partie liée à l'âge, la capacité de parler une langue autochtone étant fortement liée à l'âge. Cependant, certaines différences persistent même en utilisant des taux comparatifs. Ce lien ne s'explique pas clairement.

Participation à des activités traditionnelles

Un peu plus de la moitié de tous les répondants à l'enquête ont déclaré qu'ils participaient à des activités traditionnelles. Ce qui est intéressant, c'est que cet indicateur n'est pas lié à l'âge, c'est-à-dire que les personnes de moins de 40 ans sont tout aussi susceptibles d'y participer que les plus de 40 ans. On n'observe aucune différence appréciable dans les taux de diabète chez ceux qui ont participé à des activités traditionnelles par rapport à ceux qui n'y ont pas participé. Ou bien cette participation n'a aucun lien avec une tendance à développer le diabète, ou la mesure de la « participation » utilisée n'était pas assez précise pour distinguer entre les activités traditionnelles occasionnelles et un mode de vie traditionnel habituel.

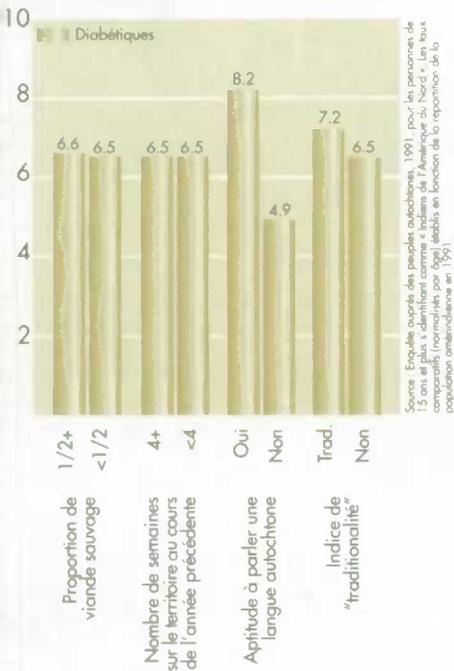
Indicateur composite de « traditionalité »

En plus de considérer les taux de diabète en fonction de facteurs individuels tels que la participation à des activités traditionnelles, il a semblé utile de créer un indicateur composite de « traditionalité ». Pour cet indicateur, les répondants étaient classés dans la catégorie « traditionnelle » s'ils étaient en mesure de soutenir une conversation en langue autochtone, s'ils avaient passé quatre (4) semaines ou plus sur le territoire au cours de la dernière année et s'ils avaient déclaré participer à des activités traditionnelles.

Même avec cet indicateur composite et même en utilisant des taux comparatifs, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la traditionalité et les taux de diabète. Cette conclusion est quelque peu inattendue, compte tenu du fait que d'autres travaux de recherche ont permis de conclure que l'alimentation traditionnelle offrait une protection contre le diabète et que des études continuent de constater des taux de diabète plus élevés dans les régions du Sud. Il se peut que les indicateurs utilisés ne permettent pas de jauger réellement la mesure dans laquelle une personne se conforme vraiment à un mode de vie traditionnel. Par contre, il se peut que ces indicateurs permettent tout de même de mesurer certains aspects de la « traditionalité », mais l'aspect crucial en



FIGURE 16
Diabète et indicateurs de mode de vie traditionnel
Taux comparatifs (normalisés selon l'âge)



termes de contrôle du diabète pourrait être l'alimentation traditionnelle, qui n'était pas mesurée en détails par l'EAPA.* Les résultats suggèrent qu'il existe un besoin de retracer plus clairement quels aspects particuliers du mode de vie traditionnel contribuent à la protection contre le diabète et de mesurer plus précisément ces aspects à l'avenir. (Voir figure 16.)

Soutien externe et services de santé

En plus de considérer les habitudes de vie individuelles, il est utile de se pencher sur les types de soutien, de la part des membres de la famille, de la communauté et du système de santé, qui peuvent aider les diabétiques à vivre avec leur maladie.

Soutien social

On croit que le soutien des familles, des amis et des communautés a un impact majeur sur la santé. Certains experts sont d'avis que ce soutien peut avoir autant d'effet que certains facteurs de risque reconnus tels que le tabagisme et l'exercice.²⁶ Le « soutien social », en tant que concept, a été mesuré de différentes manières ; il va du soutien affectif (à combien de personnes pouvez-vous vous confier ?) à l'aide apportée dans les activités quotidiennes. Dans l'EAPA, le soutien était mesuré au moyen de la question « Là où vous vivez maintenant, y a-t-il quelqu'un vers qui vous pourriez vous tourner si vous aviez besoin d'aide en cas d'urgence ? ». En plus de son utilité pour mesurer le soutien social, la question est intéressante en elle-même pour indiquer combien de diabétiques ont quelqu'un à qui ils pourraient faire appel en cas de crise soudaine ou s'ils avaient besoin d'aide.

En réponse à cette question, 95 % des citoyens des Premières Nations (qu'ils soient diabétiques ou non) ont déclaré qu'ils avaient au moins une personne à qui ils pourraient s'adresser en cas d'urgence. Parmi les diabétiques, environ les trois quarts ($\frac{3}{4}$) avaient trois personnes ou plus sur qui ils pouvaient compter pour obtenir de l'aide. Il s'agissait généralement de conjoints, de parents, d'autres membres de la famille et d'amis.

Recours aux soins de santé

Au cours de la dernière année écoulée, 93 % des diabétiques avaient consulté quelqu'un au sujet de leur santé, par rapport à 74,5 % des non

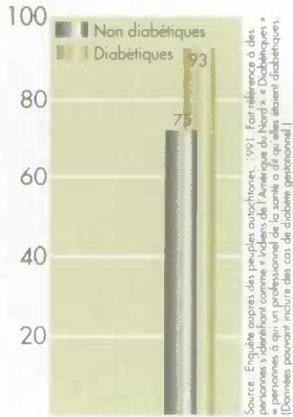
* Cette théorie serait en accord avec les conclusions de Robinson, dans une étude sur une communauté de la Baie James. Cette étude a démontré peu d'amélioration dans les taux de glucose dans le sang, même chez les personnes qui vivaient sur le territoire pendant une période de trois mois. Les auteurs attribuaient cette absence d'amélioration au fait que la plupart des personnes en question emportaient beaucoup d'aliments du commerce quand ils allaient dans le bois. La brièveté de la période de mesure peut également avoir eu un effet sur les résultats. (Voir Robinson, 1995).



FIGURE 17

Personnes ayant consulté quelqu'un au sujet de leur santé au cours de l'année précédente

Pourcentage des citoyens des Premières Nations, selon qu'ils étaient diabétiques ou non, qui avaient consulté quelqu'un.



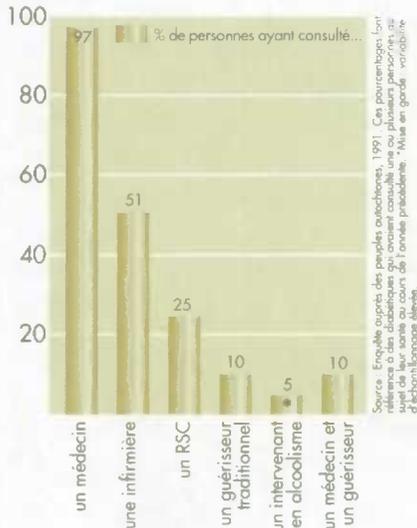
diabétiques. Parmi les diabétiques qui avaient consulté quelqu'un au sujet de leur santé, 97 % avaient vu un médecin, 51,4 % une infirmière et 10,1 % un guérisseur traditionnel. Il se peut que les nombres concernant les guérisseurs traditionnels reflètent une sous-déclaration car tous ne sont pas prêts à déclarer des approches traditionnelles dans une enquête de Statistique Canada. Si on se fie aux chiffres qui ressortent de l'EAPA, il semble que la médecine traditionnelle et la médecine occidentale soient employées en conjonction : presque toutes les personnes qui avaient vu un guérisseur traditionnel avaient consulté également un médecin. (Voir figures 17 et 18.)

Malgré le fait que ces chiffres n'indiquent pas jusqu'à quel point les diabétiques suivent de près leur état, ils démontrent bien que la grande majorité consulte un professionnel de la santé au moins une fois par année. C'est bien, mais consulter un professionnel de la santé est d'une utilité limitée en l'absence d'une formation appropriée et continue et de la prestation de conseils. On s'attendrait à ce que ce soit dans bien des cas une infirmière qui fournisse aux diabétiques des conseils à jour sur la manière de gérer leur diabète. Dans cette perspective, la proportion des personnes qui déclarent avoir vu une infirmière au cours de la dernière année semble assez peu élevée. Cependant, il faut se rappeler que les chiffres comprennent aussi des personnes résidant hors réserve ; celles-ci sont peut-être moins susceptibles que celles qui résident au sein même des communautés des Premières Nations d'avoir accès à une infirmière hygiéniste. Les chiffres fournissent des renseignements pour les activités visant à contrôler le diabète en ce qu'ils précisent le type de professionnels de la santé consultés par les diabétiques. Ils démontrent également quels groupes d'intervenants ont besoin d'information sur la gestion du diabète et seraient en mesure de transmettre cette information à leurs clients.

FIGURE 18

Qui les diabétiques consultent-ils pour obtenir des soins de santé ?

Pourcentage des citoyens des Premières Nations atteints de diabète qui avaient consulté... au cours de la dernière année.



Besoins médicaux particuliers

92 % des diabétiques ont affirmé que leurs besoins médicaux particuliers étaient couverts par leur(s) régime(s) d'assurance-maladie, ce qui laisse 8 % de diabétiques dont les besoins ne sont pas couverts. (Nota : la question était générale ; les besoins médicaux mentionnés n'étaient donc pas nécessairement liés au diabète.) Les personnes dont les besoins n'étaient pas couverts ont mentionné le plus souvent que leur assurance-maladie ne couvrait pas les médicaments nécessaires ; les autres préoccupations les plus courantes étaient les soins dentaires et les soins de la vue.

Résumé

Les renseignements sur les habitudes de vie indiquent que bon nombre de citoyens des Premières Nations atteints de diabète sont



à haut risque de complications. Ces données laissent croire que les diabétiques sont plus susceptibles que les autres de faire de l'embonpoint, moins susceptibles de faire de l'exercice et tout aussi susceptibles que n'importe qui de fumer des cigarettes tous les jours. Cependant, ils semblent un peu plus susceptibles que les autres de ne pas consommer d'alcool et il se peut qu'ils aient apporté d'autres modifications à leur régime alimentaire.

Il est difficile de mesurer un mode de vie ou une alimentation « traditionnels » dans une enquête, mais l'EAPA contenait bel et bien une série de ce qu'on pourrait considérer comme des mesures substitutives de traditionalité, telles la capacité de soutenir une conversation dans une langue autochtone, le temps passé sur le territoire et la consommation d'aliments sauvages. Aucune de ces mesures n'a de corrélation directe avec la réduction du diabète à laquelle on s'attendait.

Les conclusions portant sur le soutien de la famille et de la communauté sont plus encourageantes. La plupart des diabétiques ont déclaré que leur régime de santé couvrait leurs besoins médicaux particuliers et presque tous avaient consulté un prestataire de soins de santé (habituellement un médecin) au cours de l'année précédente. Ceci suggère que leur diabète est suivi au moins occasionnellement. De plus, les réseaux de soutien d'urgence semblent solides, dans la mesure où les diabétiques ont plusieurs personnes sur qui ils peuvent compter pour obtenir de l'aide en cas de crise.

Conclusion



Qui sont les diabétiques ?

Les taux comparatifs de diabète (c'est-à-dire les taux normalisés selon l'âge) chez les citoyens des Premières Nations au Canada sont trois fois plus élevés que la moyenne nationale. Avant qu'ils aient atteint l'âge de 30 à 39 ans, le diabète a déjà été diagnostiqué chez bien des gens et leur nombre augmente avec l'âge. La prévalence varie d'une partie du pays à une autre. Elle est nettement inférieure en Alberta, en Colombie-Britannique et dans le Nord en comparaison des taux observés dans les autres provinces, alors que l'Ontario, le Manitoba et la Saskatchewan déclarent les taux les plus élevés. Contrairement à ce qu'on pense généralement, la prévalence déclarée dans l'EAPA était un peu moins élevée hors réserve et dans les régions urbaines que dans les réserves et les régions rurales. On ne connaît pas d'explication évidente de ces conclusions. Les individus chez qui on a diagnostiqué un diabète ont tendance à être plus âgés et à avoir un niveau de scolarité et un revenu inférieurs à ceux des non diabétiques, un état de fait qu'il faut garder à l'esprit lorsqu'on prépare des interventions et des documents éducatifs.

Qui peut leur venir en aide ?

Les professionnels de la santé sont bien placés pour partager avec leurs patients l'information la plus récente sur le traitement du diabète et cette situation se reflète fortement dans l'EAPA. Les médecins et les infirmières sont les intervenants que les diabétiques déclarent consulter le plus souvent ; ils sont peut-être tout désignés pour jouer ce rôle. Les conjoints, la famille et les amis sur qui les diabétiques comptent en cas d'urgence sont peut-être bien placés aussi pour apporter une aide et dispenser des renseignements de manière plus systématique.

Affections associées

Bien qu'on ne puisse pas conclure d'une enquête transversale que le diabète cause toute autre affection, les diabétiques sont plus susceptibles que les non diabétiques de déclarer souffrir d'hypertension, de maladies du cœur et de problèmes visuels et d'affirmer que leur santé est mauvaise. De plus, les citoyens des Premières Nations atteints de diabète sont plus susceptibles que les non Autochtones d'âge comparable de déclarer qu'ils font de l'hypertension ou qu'ils ont une maladie du cœur. Même en l'absence de diabète, les citoyens des Premières Nations sont plus susceptibles de déclarer certains de ces problèmes ; c'est là une conclusion importante. Cette situation suggère que les facteurs de risque d'hypertension et de maladies du cœur sont généralisés dans la population. L'obésité, une mauvaise alimentation, le manque d'exercice et le tabagisme sont des facteurs de risque pour le diabète et



ses complications. Ils sont impliqués aussi dans l'évolution de l'hypertension et des maladies du cœur. En plus des efforts déployés en fonction d'une affection particulière, cette conclusion suggère la nécessité d'approches à l'échelle de toute la population, afin de réduire ces risques.

Modifier ses habitudes de vie

On demande souvent aux personnes chez qui on a diagnostiqué un diabète d'apporter à leur mode de vie des transformations difficiles et profondes ; celles-ci comprennent un changement d'alimentation et d'habitudes concernant l'exercice physique et l'usage du tabac, la surveillance de leur taux de glycémie et l'autoadministration de soins et de médicaments. Les résultats de l'EAPA suggèrent que, malgré le fait que les diabétiques modifient certaines de leurs habitudes, peu d'entre eux réussissent à maintenir un poids corporel sain et à faire de l'exercice régulièrement. De fait, le degré de sensibilisation au rôle de l'exercice dans la prévention et la gestion du diabète semble peu élevé. À peu près personne n'en a parlé en réponse à une question sur d'éventuelles solutions au problème du diabète. Il faut renforcer le message à l'intention des populations des Premières Nations à l'effet que les habitudes de vie peuvent aider à prévenir et à gérer le diabète.

Une note positive

Presque tous les diabétiques avaient consulté un professionnel de la santé au moins une fois au cours de l'année précédente. En outre, la plupart avaient plusieurs personnes à qui elles pouvaient faire appel en cas d'urgence. Une grande proportion de citoyens des Premières Nations sont sensibilisés au fait que le diabète est un problème de santé majeur dans leur communauté et ils sont d'avis que les programmes de nutrition, ainsi que les soins de santé, font partie de la solution ; c'est là une conclusion encourageante. Elle indique que les efforts déployés jusqu'à présent pour sensibiliser le public ont eu un effet. Qui plus est, il semble qu'il y ait une base de connaissances au sujet du diabète dans les communautés des Premières Nations, sur laquelle on pourra fonder à l'avenir des initiatives d'hygiène publique afin de prévenir et de gérer cette maladie.

Annexe I



Sous-dénombrement de la population indienne résidant sur réserve Enquête auprès des peuples autochtones, 1991

	Population estimée des communautés n'ayant pas participé à l'EAPA (Estimation de Statistique Canada pour 1986 ou 1981)	Nombre d'Indiens résidant sur réserve ou sur des terres publiques dans la province, en décem- bre 1991, d'après le min. des Affaires indiennes	% des personnes résidant sur réserve n'ayant pas participé à l'EAPA
Terre-Neuve	118	798	17%
Î.-P.-É.	145	826	15%
Nouvelle-Écosse	0	8 818	18%
Nouveau-Brunswick	1 932	8 762	0%
Québec	8 505	35 953	22%
Ontario	21 211	61 882	24%
Manitoba	2 577	21 017	34%
Saskatchewan	1 569	42 379	5%
Alberta	8 680	41 565	4%
Colombie-Britannique	9 328	46 096	21%
Yukon	665	2 940	20%
T.N.-O.	0	9 297	0%
Total	54 730	310 333	18%

Taux de réponse individuel :

Résidants des communautés autochtones : 77%

Résidants d'autres régions : 79%



Annexe 2

Taux bruts et comparatifs pour certains indicateurs

(Normalisés en fonction de la population des Indiens d'Amérique du Nord en 1991, tel que déclarée dans le cadre de l'EAPA)

Taux (%) de diabète chez les personnes ayant les caractéristiques suivantes	Taux brut	Taux comparatif
Résidence sur / hors réserve		
Sur réserve	8,4	7,9
Hors réserve	57	61
Milieu de vie en milieu urbain / rural		
Milieu urbain	53	60
Milieu rural	81	75
Temps passé sur le territoire pendant la dernière année		
Aucun ou moins de 4 semaines	65	65
4 semaines ou plus	71	65
Capacité de converser dans une langue autochtone		
Peut converser	104	82
Ne peuvent pas converser	40	49
Proportion de viande provenant du territoire		
Moins de la moitié	64	66
La moitié ou plus	71	65
Moins de 100 %	65	66
100 %	61	55
Correspondent aux critères de l'Indien « traditionnel »		
Mode de vie traditionnel	89	72
Non	64	65



Caractéristiques des diabétiques et des non diabétiques :

proportions brutes et comparatives (normalisées selon l'âge) (%)

CARACTÉRISTIQUE	PROPORTION BRUTE		PROPORTION COMPARATIVE	
	Diabétiques	Diabétiques	Non diabétiques	Non diabétiques
Revenu sous le seuil de faible revenu	44,5	34,4	49,1	34,2
Gainne de l'indice de masse corporelle				
Poids excessif	57,5	26,6	49,4	27,1
Poids légèrement excessif	19,4	22,0	16,1	22,1
Poids acceptable	20,7	42,7	30,3	42,2
Poids insuffisant	2,4	4,3	8,8	8,7
Ont une maladie du cœur	23,0	5,6	16,0	6,0
Ont des problèmes visuels	6,6	1,7	3,1	1,8
Participent à des activités sportives, à des jeux etc.	33,2	56,3	46,5	55,3
Tabagisme				
Fument à tous les jours	36,6	43,5	45,5	43,1
À l'occasion	11,0	13,2	12,2	13,1
Consommation d'alcool au cours de la dernière année				
Aucune	38,6	18	28,2	18,7
Une / deux fois par semaine ou moins	51,7	68,5	59,7	67,9
2-3 fois par semaine ou plus	9,7	13,6	12,1	13,4



Bibliographie

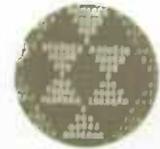
- Assembly of First Nations, First Nations Health Commission. *Report on the Second International Conference on Diabetes and Native Peoples* « Sociocultural Approaches in Diabetes Care for Native Peoples ». Honolulu, Hawaii, 19–21 mai, 1993. FNHC, novembre 1993.
- Bennet, Peter. « NIDDM etiology and complications ». Communication présentée à la troisième Conférence sur le diabète et les peuples autochtones : « Théorie, réalité et espoir ». Winnipeg, 26–30 mai, 1995.
- Brassard, Paul, Elizabeth Robinson, Claudette Lavallée. « Prevalence of Diabetes Mellitus among the James Bay Cree of Northern Quebec ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1993 ; 149 (3) : 303–307.
- Canada, Statistique Canada et Ministère de la Santé et du Bien-être. *La santé des Canadiens, rapport de l'Enquête santé Canada*. Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1981.
- Comité consultatif fédéral / provincial / territorial sur la santé de la population. *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services, 1994.
- Comité OMS d'experts du diabète sucré. *Deuxième rapport*. Série de rapports techniques n° 646, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1980.
- Daniel, Mark, and Diane Gamble. *Aboriginal Community-Directed Diabetes Prevention and Control: The Okanagan Diabetes Project*. Projet PNRDS 6610-2022-ND, 30 septembre 1996.
- Daniel, Mark, Diane Gamble, Joyce Henderson et Sandy Burgess, « Prévalence du diabète, facteurs de risque comportementaux et anthropométriques et constructions psychosociales dans trois communautés autochtones du centre de la Colombie-Britannique », *Maladies chroniques au Canada*, automne 1995, vol. 16 n° 4 : 165–174.
- Delisle, Hélène F., Jean-Marie Ekoé, « Prevalence of non-insulin-dependent diabetes melitus and impaired glucose tolerance in two Algonquin communities in Quebec ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1993 ; 148(1) : 41–47.
- Depew, Noella et Jamie Blanchard, « Incidence and Prevalence of Diabetes in Manitoba's First Nations People: 1986-1991 ». Communication présentée à la troisième Conférence sur le diabète et les peuples autochtones : « Théorie, réalité et espoir ». Winnipeg, 26–30 mai, 1995.
- Dyck, Roland F. et Helena Cassidy, « Prévention du diabète non insulino-dépendant chez les peuples autochtones : l'exercice physique est-il la solution ? », *Maladies chroniques au Canada*, 16(4) automne 1995 : 175–177.
- Dyck, Roland F. et Leonard Tan, « Différences dans les taux d'hypertrophie néonatale entre le nord et le sud de la Saskatchewan : répercussions pour les autochtones », *Maladies chroniques au Canada*, 16(3), été 1995 : 107–110.
- Dyck, Roland F., Leonard Tan, « Rates and Outcomes of Diabetic End-stage Renal Disease Among Registered Native People in Saskatchewan ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1994 : 150(2) : 203–208.



- Dyck, Roland F., Leonard Tan et Vern H. Hoepfner. « Index de masse corporelle, diabète gestationnel et diabète sucré dans trois communautés autochtones du Nord de la Saskatchewan ». Article court, *Maladies chroniques au Canada*, vol. 16 n° 1, hiver 1995 : 24–26.
- Farkas, Carol. « Ethnospecific Communication in Diabetes Education », in Association canadienne du diabète, *Diabetes in the Canadian Native Population: Biocultural Perspectives*. Sous la direction de T. Kue Young. Association canadienne du diabète, 1987.
- Garro, Linda. « Cultural Knowledge About Diabetes », in Association canadienne du diabète, *Diabetes in the Canadian Native Population: Biocultural Perspectives*. Sous la direction de T. Kue Young. Association canadienne du diabète, 1987.
- Gerhardt, Krista, *Nova Scotia Native Diabetes Project*. Non publié, DGSM, février 1990.
- Gittelsohn, Joel, Stewart B. Harris, Sara Whitehead, Thomas Wolever, Anthony Hanley, Annette Barnie, Louisa Kakegamic, Alexander Logan, Bernard Zinman. « Élaboration d'interventions de prévention du diabète dans une communauté ojibway-crie du nord de l'Ontario : couplage des données qualitatives et quantitatives », *Maladies chroniques au Canada*, 16(4), automne 1995 : 157–164.
- Gohdes, Dorothy, Stephen Kaufman, Sarah Valway, « Diabetes in American Indians: An Overview ». *Diabetes Care*, vol. 16, supplement 1, janvier 1993 : 239–243.
- Grams, Garry D., Carol Herbert, Clare Heffernan, Betty Calam, Mary Ann Wilson, Stefan Grzybowski et Diane Brown, « Haida Perspectives on Living with Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 155(11) décembre 1996 : 1563–1568.
- Hanley, Anthony G., Stewart B. Harris, Annette Barnie, Joel Gittelsohn, Thomas Wolever, Alexander Logan et Bernard Zinman, « Le Sandy Lake Health and Diabetes Project : plan, méthodologie et leçons tirées », *Maladies chroniques au Canada*, 16(4) : 149–156.
- Harris, Stewart B., Bruce A. Perkins, Elaine Whalen-Brough, « Non-insulin-dependent diabetes mellitus among First Nations children ». *Médecin de famille canadien*, vol. 42, May 1996 : 869–876.
- Hoy, Wendy E. « A Profile of Navajo Indians with Type II Diabetes ». Communication présentée à la troisième Conférence sur le diabète et les peuples autochtones : « Théorie, réalité et espoir ». Winnipeg, 26–30 mai, 1995.
- Kewayosh, Alethea. « Yesterday, Today and Tomorrow ». Communication présentée à la troisième Conférence sur le diabète et les peuples autochtones : « Théorie, réalité et espoir ». Winnipeg, 26–30 mai, 1995.
- Leclaire, Keith. « Community Participation in Health Research » in Association canadienne du diabète, *Diabetes in the Canadian Native Population: Biocultural Perspectives*. Sous la direction de T. Kue Young. Association canadienne du diabète, 1987.
- Litwin, Louise. « Educating the Health Professional » in Association canadienne du diabète, *Diabetes in the Canadian Native Population: Biocultural Perspectives*. Sous la direction de T. Kue Young. Association canadienne du diabète, 1987.



- Locke, Krista, Ronald Noseworthy, Arthur Davies. « Management of Diabetes Mellitus in Nova Scotia MicMac Communities ». *Revue de l'Association canadienne des diabétiques*, 54(2), été 1993 : 92-96.
- Macaulay, Ann. « Natural History and Complications » in Association canadienne du diabète, *Diabetes in the Canadian Native Population: Biocultural Perspectives*. Sous la direction de T. Kue Young. Association canadienne du diabète, 1987.
- Macaulay, Ann et Nancy Hanusaik. « Primary Care of the Native Diabetic » in Association canadienne du diabète, *Diabetes in the Canadian Native Population: Biocultural Perspectives*. Sous la direction de T. Kue Young. Association canadienne du diabète, 1987.
- Manitoba Health, Epidemiology unit and Diabetes unit. « The Manitoba Burden of Illness Study : The Epidemiology of Diabetes and Diabetic Complications in Manitoba ». Non publié, février 1996.
- Martin, J.D. & P. Bell, « Diabetes Mellitus in the Native Population of British Columbia, Canada ». *Circumpolar Health*, 90 : 433-435.
- Martin, J. David et Haile M. Yidegiligne, « Diabetes Mellitus in the First Nations Population of British Columbia ». Non publié, 1996.
- Martinez, Charlene B, Karen Strauss. « Diabetes in St Regis Mohawk Indians ». *Diabetes Care*, vol. 16 supplement 1, janvier 1993 : 260-262.
- Montour, Louis T., Ann C. Macaulay, Naomi Adelson, « Diabetes Mellitus in Mohawks of Kahnawake, PQ : A Clinical and Epidemiologic Description », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 141, septembre 1989, 549-552.
- O'Neill, John, Joseph Kaufert, William Koolage. « The Role of Native Interpreters in Diabetes Education » in Association canadienne du diabète, *Diabetes in the Canadian Native Population : Biocultural Perspectives*. Sous la direction de T. Kue Young. Association canadienne du diabète, 1987.
- Piorro, Maggie. Direction générale des services médicaux, Santé Canada, région de la Saskatchewan. Non publié, s.d.
- Robinson, Elizabeth J., Yitades Gebre, Joyce L. Pickering, Beatrice Petawabano, Beatrice Superville et Claudette Lavallée, « L'effet de la vie en forêt sur les autochtones de la région de l'est de la baie James atteints de diabète sucré non insulino-dépendant », *Maladies chroniques au Canada*, 16(4) automne 1995 : 144-148.
- Ross, Stuart. « Clinical and Laboratory Aspects » in Association canadienne du diabète, *Diabetes in the Canadian Native Population: Biocultural Perspectives*. Sous la direction de T. Kue Young. Association canadienne du diabète, 1987.
- Santé Canada, Direction générale des services médicaux. *Base nationale de données sur l'allaitement maternel chez les Indiennes et les Inuit : Sondage sur les pratiques d'alimentation des nourrissons de la naissance à six mois, Canada 1988*. Approvisionnement et Services Canada, 1990.
- Steckle, Jean. « Community-Based Resources for Nutritional Education » in Association canadienne du diabète, *Diabetes in the Canadian Native Population: Biocultural Perspectives*. Sous la direction de T. Kue Young. Association canadienne du diabète, 1987.



- Szathmary, Eموke. « Genetic and Environmental Risk Factors » in Association canadienne du diabète, *Diabetes in the Canadian Native Population : Biocultural Perspectives*. Sous la direction de T. Kue Young, Association canadienne du diabète, 1987.
- Tuomilehto, Jaakko. « World View of Diabetes » Communication présentée à la troisième Conférence sur le diabète et les peuples autochtones : « Théorie, réalité et espoir ». Winnipeg, 26–30 mai, 1995.
- Verroneau, Mavis. « Learning As We Go ». Communication présentée à la troisième Conférence sur le diabète et les peuples autochtones : « Théorie, réalité et espoir ». Winnipeg, 26–30 mai, 1995.
- Wasicuna, Tina. « Prevalence of Risk Factors for NIDDM ». Communication présentée à la troisième Conférence sur le diabète et les peuples autochtones : « Théorie, réalité et espoir ». Winnipeg, 26–30 mai, 1995.
- Young, T. Kue. « Diabetes in the Aboriginal Population : A Strategy Paper ». Préparé pour la Direction générale des services médicaux, Santé Canada, version provisoire, juillet 1997a. Non publié.
- Young, T. Kue. *The Health of Native Americans: Towards A Biocultural Epidemiology*. Oxford University Press, 1994: pp. 145–175.
- Young, T. Kue, Cameron Mustard, Jamie Blanchard et Robert James. « The Burden and Impact of Diabetes Mellitus in the Canadian Population ». Rapport provisoire, PNRDS 6607-1782-NPH, avril 1997b.
- Young, T. Kue et Stuart A. Ross, *Research on Diabetes in the Canadian Native Population: A Discussion Paper*. Juin 1991.
- Young, Kue, and Chandrakant Shah. « Extent and Magnitude of the Problem », in Canadian Diabetes Association, *Diabetes in the Canadian Native Population: Biocultural Perspectives*. Sous la direction de T. Kue Young. Association canadienne du diabète, 1987.
- Young, T. Kue, Eموke J. E. Szathmary, Susan Evers, Brian Wheatley, « Geographical Distribution of Diabetes Among the Native Population of Canada : A National Survey » *Social Science & Medicine*, vol. 31 n° 2, p. 129–139, 1990.
- Young, T. Kue et Stewart B. Harris, « Risk of Clinical Diabetes in a Northern Native Canadian Cohort ». *Arctic Medical Research*, 1994 : 53 ; 64–70.
- Young, T. Kue, L. Lynn McIntyre, Joseph Dooley et Jude Rodriguez, « Epidemiologic Features of Diabetes Mellitus among Indians in northwestern Ontario and northeastern Manitoba » *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 132, 1^{er} avril, 1985 : 793–797.



Notes de renvoi

- 1 Voir, par exemple, Dean et coll. (1992), cités dans Young (1987a).
- 2 Young et Szathmary (1990). Par contraste avec l'EAPA, cette étude utilisait des registres d'observations et l'information fait référence à des personnes résidant sur réserve seulement.
- 3 Daniel (1995).
- 4 Young et Shah (1987).
- 5 Brassard (1993).
- 6 Delisle (1993).
- 7 La normalisation selon l'âge est un ajustement statistique qui permet une comparaison plus précise des taux d'atteinte d'une maladie entre deux populations lorsque leurs structures d'âge sont très différentes. Dans cet exemple, la normalisation selon l'âge compense pour le fait que la population canadienne a une proportion beaucoup plus grande de personnes âgées que celle des Premières Nations et que, par conséquent, la proportion de personnes à risque pour le DSNID y est plus grande. Les chiffres se rapportant aux Premières Nations ont été normalisés par rapport à la population canadienne de 1994–1995, telle que déclarée dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population, en utilisant la méthode directe.
- 8 Mao, cité dans Young et Ross (1991).
- 9 Szathmary (1987); Gohdes (1993).
- 10 Young et coll. (1990).
- 11 À titre d'exemple, des études réalisées au Manitoba (Depew et Blanchard, 1995), en Nouvelle-Écosse (Locke, 1993) et dans la région de Sioux Lookout, en Ontario (Harris, 1996) ont toutes révélé chez les citoyens des Premières Nations un âge d'apparition moins avancé que la moyenne. Cependant, même concernant cet aspect, il faut garder à l'esprit le fait qu'il y a des variations importantes entre les différents groupes et communautés des Premières Nations ; Montour (1989), par exemple, observe que l'âge moyen au moment du diagnostic chez les résidents de Kahnawake était de 10 ans de plus que celui que déclaraient les Iroquois Oneida.
- 12 Young (1997a).
- 13 Les taux de diabète au Canada, tels que déclarés dans l'Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada, en 1994, étaient de 3,1 % pour les hommes et de 3 % pour les femmes.
- 14 Young et al (1987) observaient que, sur le plan national, les taux de diabète étaient plus élevés dans les réserves urbaines que dans les réserves rurales, mais cette tendance n'était pas la même dans toutes les familles linguistiques. Il y avait un gradient nord-sud distinct dans la prévalence, mais il n'était pas évident si c'était dû au fait que les groupes à prévalence peu élevée, tels les Inuit et les Athapascans, sont concentrés dans les régions du nord ou si cela reflétait l'intensité d'une influence non autochtone sur le mode de vie. On a formulé l'hypothèse de gradients nord-sud dans la prévalence pour la Saskatchewan (Piorro, s.d.), la baie James (Brassard, 1993) et la Colombie-Britannique (Martin et Bell, s.d.) aussi.



- 15 Comité consultatif fédéral / provincial / territorial sur la santé de la population (1994).
- 16 Quelques études ont suggéré que le diabète est sous-diagnostiqué chez les hommes par rapport aux femmes. Piorro (s.d.) a observé que le nombre d'hommes des Premières Nations en Saskatchewan chez qui on avait diagnostiqué un diabète avait augmenté de 1980 à 1990 ; il attribuait cette situation à l'amélioration du diagnostic et à une sensibilisation accrue. Dans une étude portant sur deux communautés des Premières Nations au Québec, trois fois plus d'hommes que de femmes ne s'étaient pas rendu compte qu'ils étaient diabétiques avant d'être diagnostiqués pendant le déroulement de l'étude (Delisle, 1993).
- 17 Bennet (1995) ; Macaulay (1987) ; Daniel (1995).
- 18 L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994, l'Enquête sociale générale de 1991 et l'Enquête sur la santé des Canadiens de 1979 ont toutes révélé que les taux d'hypertension autodéclarés chez les femmes étaient les mêmes ou qu'ils étaient plus élevés que ceux des hommes. L'Enquête sur la santé des Canadiens a également pris des mesures physiques et découvert que, malgré le fait que les taux déclarés étaient supérieurs chez les femmes, les taux tels que mesurés au moyen d'un brassard de tensiomètre étaient plus élevés chez les hommes (Canada, Statistique Canada et Santé et Bien-être social, 1981).
- 19 Montour (1989). Les chiffres de mortalité proviennent des statistiques de la Direction générale des services médicaux de Santé Canada.
- 20 Des travaux de recherche récents suggèrent que, malgré le fait que les personnes atteintes de DSNID ont fréquemment des maladies du cœur, celles-ci ne sont pas associées à des taux croissants de glycémie ; elles sont associées, toutefois, aux facteurs de risque établis que sont l'âge, l'hypertension et le tabagisme. (Voir la publication du gouvernement des Etats-Unis, Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research, Research Activities vol. 205, juin 1997, p. 8).
- 21 Le " surpoids " est défini au moyen de l'Indice de masse corporelle (IMC). Celui-ci est fondé sur la taille et le poids tels que déclarés par les répondants. L'Indice de masse corporelle (IMC) est défini pour le poids en kilogrammes divisé par la taille au carré en mètres. Les points de raccourci étaient les mêmes que ceux qui étaient employés dans l'Enquête nationale sur la santé de la population, c'est-à-dire : poids insuffisant = $IMC < 20$; poids acceptable = IMC entre 20 et < 25 ; poids légèrement excessif = IMC entre 25 et < 28 ; surpoids = IMC de 28 ou plus.
- 22 Young et Harris (1994); Hoy (1995).
- 23 Organisation mondiale de la Santé, 1980.
- 24 Macaulay (1989).
- 25 À titre d'exemple, Tuomilehto (1995) décrit l'impact du régime hawaïen traditionnel sur le contrôle de la glycémie. Il y a aussi l'étude d'O'Dea auprès des Aborigènes australiens (Robinson, 1995).
- 26 Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la santé de la population (1994).

STATISTICS CANADA LIBRARY
BIBLIOTHEQUE STATISTIQUE CANADA



1010274841

#87100

Ca OOS

5195102