

Rapports sur la santé

Réseaux familiaux et santé chez les Métis âgés de 45 ans et plus

par Pamela L. Ramage-Morin et Evelyne Bougie

Date de diffusion : le 20 décembre 2017



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Programme des services de dépôt

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| • Service de renseignements | 1-800-635-7943 |
| • Télécopieur | 1-800-565-7757 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2017

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Réseaux familiaux et santé chez les Métis âgés de 45 ans et plus

par Pamela L. Ramage-Morin et Evelyne Bougie

Résumé

Contexte : Les réseaux sociaux sont importants pour promouvoir et maintenir la santé et le bien-être. Les réseaux sociaux, y compris les liens familiaux et amicaux, sont des sources de soutien émotionnel, pratique et autre qui améliorent la participation sociale et aident à lutter contre l'isolement et la solitude. Il a été déterminé que les aînés autochtones font partie d'une population vulnérable en matière d'isolement social.

Sources de données et méthodes : Les données sont tirées de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012, une enquête nationale auprès des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits. Des fréquences, des tableaux croisés et des modèles de régression logistique ont été utilisés pour évaluer les réseaux familiaux et la santé générale et mentale autodéclarée chez les Métis âgés de 45 ans et plus.

Résultats : Selon les estimations, 48 % des hommes métis et 60 % des femmes métisses âgés de 45 ans et plus avaient des réseaux familiaux solides. L'âge plus avancé, un niveau de scolarité inférieur et la non-participation à la population active étaient associés à des réseaux solides. Les Métis, autant les hommes que les femmes, ayant des réseaux familiaux solides avaient une cote exprimant la possibilité plus élevée que ceux ayant de faibles réseaux de déclarer avoir un état de santé mentale positif, même lorsque les variables de confusion éventuelles étaient prises en considération. Chez les hommes métis, un lien entre des réseaux familiaux solides et un état de santé général positif a aussi été observé.

Interprétation : Des réseaux familiaux solides sont associés à une autoévaluation positive de la santé générale et mentale chez les adultes métis. En plus des comportements individuels, le bien-être familial joue un rôle important dans la promotion de la santé générale.

Mots clés : Vieillesse, appartenance à la communauté, aîné, exclusion, solitude, isolement social

L'importance des réseaux sociaux pour la promotion de la santé et du bien-être est bien connue¹⁻⁶. Ces réseaux, qui comprennent les liens familiaux et amicaux, sont des sources de soutien émotionnel, pratique et autre; ils améliorent la participation et l'engagement social en plus d'aider à lutter contre l'isolement et la solitude^{7,8}.

Les relations interpersonnelles sont un aspect du vieillissement en santé⁹. Les transitions, comme la retraite, un déménagement, une santé décroissante et le décès de membres de la famille et d'amis, peuvent modifier les réseaux sociaux⁹⁻¹². Selon le Conseil national des aînés, les aînés autochtones font partie d'un des groupes les plus vulnérables en ce qui concerne l'isolement social^{11,13}.

Les Métis représentent environ le tiers de la population autochtone au Canada. Même si le nombre de Métis augmente rapidement¹³, les études particulières sur les Métis sont relativement rares^{14,15}. Même si les avantages des réseaux sociaux sur la santé sont étudiés depuis des décennies^{4,6,16}, il existe peu de renseignements sur les réseaux de ce groupe d'Autochtones^{15,17-20}. L'histoire des Métis a été façonnée par des pertes sur le plan de la langue, de la culture et de l'accès à la terre^{15,18-21}. Or, parallèlement, elle est de celles qui portent sur la résilience, avec des preuves de la durabilité des liens familiaux et des réseaux sociaux^{15,22}.

Au moyen d'un échantillon basé sur la population tiré de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012, la présente analyse examine les associations entre les réseaux familiaux et la santé autodéclarée chez les Métis âgés de 45 ans et plus.

Méthodes

Source des données

L'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2012 est une enquête nationale auprès des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits qui, au 1^{er} février 2012, étaient âgés de 6 ans et plus et qui vivaient dans un logement privé. L'enquête excluait les personnes vivant dans des réserves et des établissements indiens ainsi que certaines collectivités des Premières Nations au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest.

L'échantillon de l'EAPA de 2012 a été obtenu parmi les participants à l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 qui ont déclaré soit une identité autochtone soit une ascendance autochtone. L'« identité autochtone » s'applique aux personnes : qui ont déclaré appartenir à au moins un groupe autochtone, à savoir les Premières Nations (Indien de l'Amérique du Nord), les Métis ou les Inuits; qui ont indiqué être Indien inscrit ou Indien des traités, conformément à la *Loi sur les Indiens*; qui ont dit être membre d'une Première Nation ou d'une bande indienne. Le taux de réponse à l'EAPA de 2012 a été de 76 %, et l'échantillon définitif comptait 28 410 participants. De ce nombre, 11 270 (40 %) se sont identifiés comme étant Métis.

Échantillon de l'étude

Dans le cadre de la présente étude, on entendait par *Métis* les participants à l'EAPA qui ont déclaré « Métis » comme seule identité. L'échantillon de l'étude était composé de 2 142 participants âgés de 45 ans et plus, représentant une population

de 143 000 Métis. De ce nombre, 47 % étaient des hommes, et l'âge moyen était de 57 ans. Les analyses excluaient les 34 participants qui ont déclaré être Métis parmi d'autres origines autochtones, ainsi que 110 répondants substitués, parce qu'ils n'avaient pas répondu aux questions de l'EAPA sur l'autoévaluation de l'état de santé mentale.

Définitions

Deux questions de l'EAPA ont été utilisées pour créer un indicateur des *réseaux familiaux solides* :

- 1) « Sur une échelle de 1 à 5, où 1 représente des liens très faibles et 5, des liens très forts, à quel niveau situez-vous les liens que vous avez avec les membres de votre famille vivant dans votre ville, village ou communauté, mais dans un autre ménage? » Les participants sans membre de la famille vivant dans un autre ménage dans leur ville, village ou collectivité ont obtenu une note de « 0 ».
- 2) « Vers qui vous tourneriez-vous pour obtenir du soutien en période de besoin? »

Les participants étaient classés parmi ceux qui avaient un réseau familial solide s'ils déclaraient avoir des liens très étroits avec les membres de leur famille mentionnés à la question 1 et au moins une personne apparentée (conjoint, enfant âgé de 15 ans et plus, parent, frère ou sœur, autre personne apparentée) vers qui se tourner en période de besoin à la question 2. Cette personne apparentée pouvait vivre ou non dans le même ménage ou dans la même collectivité (tableau A de l'annexe). Les variables obtenues de ces questions ont été modérément corrélées (0,30 au test V de Cramer).

Par plus haut niveau de *scolarité* atteint, on entendait un diplôme d'études secondaires ou moins, un diplôme d'études secondaires ou des études postsecondaires.

Les *participants à la vie active* avaient un emploi (employé, travailleur autonome, absent du travail) ou étaient sans emploi (sans travail, mais à la recherche d'un emploi et disponible pour travailler, mis à pied temporairement) au cours

de la plus récente période complète de sept jours (du dimanche au samedi).

En ce qui concerne la *taille de la population*, elle était classée selon deux catégories : « région rurale » ou « centre de population » dont la taille était petite (de 1 000 à 29 900 habitants), moyenne (de 30 000 à 99 999 habitants) ou grande (100 000 habitants et plus).

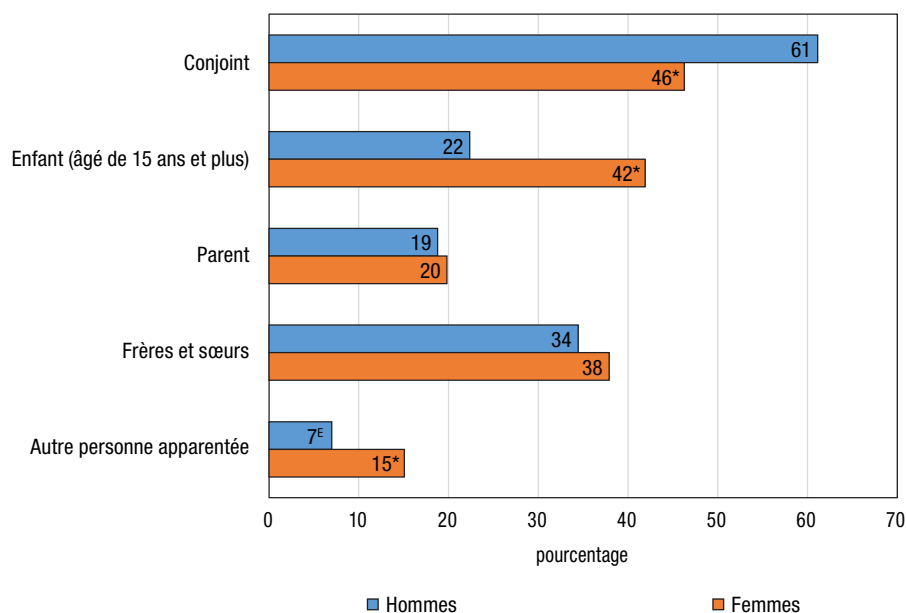
On a supposé que la connaissance d'une langue autochtone serait associée à des réseaux familiaux plus solides. Même si relativement peu de Métis (2,5 %) peuvent converser dans une langue autochtone²³, cet indicateur est important. La connaissance des langues traditionnelles est considérée comme une mesure de la continuité culturelle²⁴⁻²⁶. La perte des langues traditionnelles a contribué à l'isolement des personnes par rapport à leurs familles et communautés²⁰, et son incidence s'est fait ressentir auprès des générations successives^{27,28}. On a demandé aux participants à l'EAPA s'ils parlaient ou comprenaient (même s'il s'agissait seulement de quelques mots) une langue autochtone,

comme le cri, l'ojobwa, l'inuktitut, le micmac, le michif ou le déné. Les personnes qui ont répondu par l'affirmative pouvaient préciser jusqu'à trois langues. Elles ont indiqué la langue qu'elles parlaient ou comprenaient le mieux, et elles ont évalué leur maîtrise (très bonne, relativement bonne, nécessite un effort, ou seulement quelques mots). Les participants qui pouvaient parler ou comprendre au moins une langue autochtone avec aisance ou une aisance relative ont été classés parmi les participants ayant une *connaissance actuelle d'une langue autochtone* par rapport aux personnes qui avaient une connaissance minimale ou n'en connaissaient pas une.

L'autoévaluation de la santé générale et mentale se fondait sur les réponses à la question : « En général, diriez-vous que votre santé/santé mentale est : ... ». On considérait que les personnes ayant répondu excellente, très bonne ou bonne (au lieu de passable ou mauvaise) avaient une autoévaluation positive de leur santé générale et mentale.

Figure 1

Pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir une personne apparentée vers qui se tourner pour avoir un soutien en période de besoin, selon le type de personne apparentée, population de Métis âgés de 45 ans et plus, Canada, 2012



* valeur significativement différente par rapport aux hommes ($p < 0,05$)

^ε à utiliser avec prudence

Note : Les participants pouvaient choisir plus d'une personne apparentée.

Source : Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Techniques d'analyse

Les hommes et les femmes ont été analysés séparément, afin de tenir compte de différences éventuelles entre les sexes en ce qui concerne le lien entre les réseaux familiaux et la santé. Des analyses multivariées ont été réalisées pour tenir compte de l'âge, de la résidence (région rurale contre centre de population), des caractéristiques socioéconomiques (scolarité et situation d'activité sur le marché du travail) et de la connaissance d'une langue autochtone.

Des tableaux croisés pondérés ont été utilisés pour examiner les caractéristiques des hommes et des femmes métis ayant des réseaux familiaux solides, ainsi que les liens avec la santé générale et mentale autoévaluée. Des modèles multivariés distincts sur les résultats en matière de santé générale et mentale examinaient les cotes exprimant la possibilité d'évaluer positivement la santé générale/mentale en fonction de la force des réseaux familiaux, lorsque des covariables étaient prises en considération dans les analyses bivariées. Des groupes d'âge ont été utilisés dans les tableaux croisés; des modèles de régression logistique multiple ont été utilisés pour tenir compte de l'âge (continu) et de l'âge au carré en raison de la relation non linéaire entre les résultats autoévalués en matière de santé et l'âge. Des facteurs d'inflation de la variance ($\leq 2,9$) et les estimations de la tolérance ($\geq 0,2$) ont montré qu'il n'y avait pas de problème de multicollinéarité dans les modèles. Des estimations de la prévalence dans des modèles ajustés pour les personnes âgées de 45 à 64 ans ont été calculées pour étudier plus étroitement le lien entre les réseaux familiaux et la santé autoévaluée en fonction de la participation à la vie active.

Les données ont été pondérées pour représenter les chiffres de recensement des Métis âgés de 45 ans et plus.

La technique bootstrap a été utilisée pour évaluer les coefficients de variation et les valeurs de p, et pour réaliser des tests de signification. La version exécutable en SAS de SUDAAN a été utilisée lors des analyses avec un facteur de correction de Fay, afin de tenir compte du

nombre d'échantillons bootstrap ayant servi pour produire chaque variable bootstrap moyenne²⁹.

Résultats

Réseaux familiaux solides

Selon les estimations, 85 % des Métis âgés de 45 ans et plus ont déclaré pouvoir se tourner vers un membre de la famille en période de besoin (tableau A de l'annexe). Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'indiquer que leur conjoint offre du soutien (61 % contre 46 %), tandis que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'indiquer qu'un enfant ou une autre personne apparentée offre du soutien (figure 1). Les deux tiers des hommes (66 %) ont déclaré une seule personne apparentée, par rapport à 58 % des femmes. Les femmes étaient presque deux fois plus suscep-

tibles que les hommes (15 % contre 8 %) de mentionner de trois à six membres de la famille comme sources de soutien.

Plus de la moitié (54 %) des Métis âgés de 45 ans et plus avaient des réseaux familiaux solides, c'est-à-dire qu'ils avaient au moins une personne apparentée vers qui se tourner en période de besoin, et avaient des liens très forts avec des membres de la famille dans la même collectivité (tableau 1). Les femmes (60 %) étaient plus susceptibles que les hommes (48 %) d'avoir des réseaux familiaux solides, surtout lorsqu'elles avaient 65 ans et plus (78 % contre 53 %).

Un peu plus du quart (28 %) des Métis n'avaient pas de diplôme d'études secondaires (tableau B de l'annexe). Les femmes sans diplôme étaient plus susceptibles que celles ayant un diplôme ou ayant fait des études postsecondaires d'avoir un réseau familial solide. Plus

Tableau 1
Prévalence d'un réseau familial solide, selon certaines caractéristiques, population de Métis âgés de 45 ans et plus, Canada, 2012

Caractéristiques	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à
Total	54,0	50,8	57,2	47,7	43,3	52,1	59,5	55,0	63,7
Sexe									
Hommes	47,7**	43,3	52,1	...	...	...	...	...	...
Femmes†	59,5	55,0	63,7	...	...	...	...	...	...
Groupe d'âge‡									
45 à 54 ans	51,5	46,4	56,5	44,8	37,9	52,0	56,9	50,2	63,3
55 à 64 ans	50,7	45,2	56,2	48,6	41,2	56,0	52,7	45,0	60,3
65 ans et plus	65,6**	59,3	71,4	52,5	43,2	61,6	77,6**	70,4	83,4
Langue autochtone									
Parle ou comprend relativement bien ou mieux	59,8	47,2	71,3	58,4 ^E	39,1	75,4	60,9	44,7	75,1
Ne parle ni ne comprend bien ou pas du tout†	53,4	50,0	56,8	47,0	42,4	51,7	59,0	54,3	63,6
Niveau de scolarité									
Sans diplôme d'études secondaires	58,7**	53,5	63,7	50,8	43,4	58,2	65,4*	58,2	72,0
Diplôme d'études secondaires	58,8*	50,9	66,3	53,7	41,4	65,6	62,7	52,7	71,6
Études postsecondaires†	49,2	44,7	53,6	44,4	38,4	50,6	53,6	47,5	59,7
Participation à la vie active									
Oui	51,2*	47,0	55,4	46,8	41,0	52,6	55,5*	49,5	61,4
Non†	58,5	53,3	63,5	49,5	41,7	57,4	64,8	58,2	70,9
Taille de la population									
Région rurale	56,8	51,5	62,0	47,9	40,2	55,6	64,6	57,5	71,1
Petit, moyen ou grand centre de population†	52,8	48,9	56,7	47,6	42,3	53,0	57,3	51,9	62,6

... n'ayant pas lieu de figurer

^E à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,01$)

† catégorie de référence

‡ la catégorie de référence est le groupe d'âge précédent

Source : Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Les réseaux sociaux, y compris les liens familiaux, sont des sources de soutien émotionnel, pratique et autre qui augmentent la participation sociale et aident à lutter contre l'isolement et la solitude.
- Il a été déterminé que les aînés autochtones font partie d'une population vulnérable en ce qui concerne l'isolement social.
- Les Métis représentent environ le tiers de la population autochtone au Canada. Cependant, les études visant particulièrement les Métis sont relativement rares.

Ce qu'apporte l'étude

- Des données de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 ont été utilisées pour évaluer les réseaux familiaux et les liens avec la santé générale et mentale autodéclarée chez les Métis âgés de 45 ans et plus.
- Plus de la moitié (54 %) des Métis avaient des réseaux familiaux solides, c'est-à-dire des liens très étroits avec des membres de la famille dans la même collectivité et au moins une personne apparentée vers qui se tourner en période de besoin.
- L'âge plus avancé, un niveau de scolarité inférieur et la non-participation à la population active étaient associés à des réseaux familiaux solides.
- Les Métis, autant les hommes que les femmes, ayant des réseaux familiaux solides avaient une cote exprimant la possibilité plus élevée que ceux ayant de faibles réseaux de déclarer avoir un état de santé mentale positif, même lorsque les variables de confusion éventuelles étaient prises en considération.
- Chez les hommes métis, un lien entre des réseaux familiaux solides et un état de santé général positif a aussi été observé.

de la moitié (57 %) des Métisses participaient à la vie active et étaient moins susceptibles que les femmes inactives de déclarer avoir des réseaux solides.

Dans le cas des hommes, ni le niveau de scolarité ni la participation à la vie active n'ont été associés à des réseaux familiaux solides.

Santé générale et mentale

Chez les Métis âgés de 45 ans et plus, 75 % des hommes et 71 % des femmes évaluaient positivement leur santé générale, et 93 % des hommes et 88 % des femmes évaluaient positivement leur santé mentale (tableau 2). Les personnes

qui avaient un niveau de scolarité inférieur étaient, dans l'ensemble, moins susceptibles que celles ayant fait des études postsecondaires d'avoir une autoévaluation positive de leur santé. Les participants à la vie active étaient plus susceptibles que les inactifs d'évaluer positivement leur santé générale et mentale.

Réseaux familiaux solides et santé

Chez les hommes métis ayant des réseaux familiaux solides, 81 % évaluaient avoir un état de santé général positif, par rapport à 69 % de ceux qui avaient des réseaux plus faibles (tableau 2). En outre,

Tableau 2

Prévalence d'un état de santé général et de santé mentale positif autoévalué, selon le sexe et certaines caractéristiques, population de Métis âgés de 45 ans et plus, Canada, 2012

Caractéristiques	Hommes						Femmes					
	État de santé général positif			État de santé mentale positif			État de santé général positif			État de santé mentale positif		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
Total	74,5	70,2	78,3	93,1	90,5	94,9	71,0	66,9	74,8	88,4	85,3	90,9
Réseau familial solide												
Oui	81,4**	76,6	85,4	96,3**	93,6	97,8	72,5	66,9	77,5	90,8*	87,2	93,4
Non†	68,8	61,8	75,1	89,8	85,3	93,1	68,7	61,8	74,8	84,5	78,7	89,0
Groupe d'âge‡												
45 à 54 ans	81,0	75,4	85,5	91,9	87,7	94,8	73,3	67,0	78,8	86,3	81,1	90,3
55 à 64 ans	67,9**	59,8	75,0	92,4	87,2	95,6	69,8	62,2	76,4	88,7	83,0	92,6
65 ans et plus	71,3	61,9	79,2	96,7	93,2	98,4	67,6	57,8	76,0	93,1	88,0	96,2
Langue autochtone												
Parle ou comprend relativement bien ou bien	66,1	49,9	79,2	93,2	84,4	97,2	54,5*	39,5	68,7	88,8	72,0	96,0
Ne parle ni ne comprend bien ou pas du tout†	75,0	70,5	79,0	93,1	90,4	95,1	72,5	68,2	76,5	88,5	85,3	91,1
Niveau de scolarité												
Sans diplôme d'études secondaires	64,9**	57,7	71,6	86,7**	80,1	91,3	57,1**	49,4	64,5	83,3	76,0	88,8
Diplôme d'études secondaires	76,9	64,6	85,9	94,3	86,8	97,7	75,5	64,8	83,7	90,9	82,9	95,3
Études postsecondaires†	78,2	72,3	83,1	95,6	92,7	97,4	78,6	73,2	83,1	89,7	85,6	92,8
Participation à la vie active												
Oui	84,9**	80,4	88,5	96,3**	94,0	97,7	84,2**	79,2	88,2	92,8**	89,1	95,3
Non†	55,0	47,2	62,5	86,8	80,6	91,2	53,7	47,4	59,9	82,6	76,8	87,2
Taille de la population												
Région rurale	74,4	66,1	81,3	91,7	85,2	95,5	77,9*	71,6	83,1	91,3	86,9	94,4
Petit, moyen ou grand centre de population†	74,5	69,4	79,0	93,6	90,9	95,6	68,2	63,0	73,0	87,2	83,0	90,5

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,01$)

† catégorie de référence

‡ la catégorie de référence est le groupe d'âge précédent

Source : Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

les hommes qui avaient des réseaux familiaux solides étaient plus susceptibles que ceux qui n'en avaient pas d'avoir une autoévaluation positive de leur santé mentale : 96 % par rapport à 90 %. Ces associations sont demeurées significatives lorsque des caractéristiques de confusion éventuelles étaient prises en considération (tableau 3). Les cotes exprimant la possibilité d'avoir une autoévaluation positive de la santé générale et mentale étaient, respectivement, de 2,3 et de 3,5 fois supérieures chez les hommes ayant des réseaux familiaux solides.

Chez les femmes métisses, un lien entre des réseaux familiaux solides et la santé mentale autoévaluée a été observé : 91 % des Métisses qui avaient des réseaux familiaux solides évaluaient avoir un état de santé mentale positif, par

rapport à 85 % de celles qui avaient des réseaux plus faibles. Cette association est demeurée significative lorsque d'autres facteurs étaient pris en considération. La cote exprimant la possibilité d'avoir une autoévaluation positive de la santé mentale était de 1,8 supérieure chez les femmes ayant des réseaux familiaux solides. En revanche, aucun lien entre la solidité des réseaux familiaux et la santé générale autoévaluée n'a été observé chez les Métisses.

Les modèles multivariés révèlent des associations positives étroites entre la participation à la vie active et la santé autoévaluée des hommes et des femmes métis. Des analyses supplémentaires du groupe des personnes âgées de 45 à 64 ans soulignent la valeur potentielle pour la santé du fait d'avoir des réseaux familiaux solides, surtout chez les Métis

inactifs (figures 2 et 3). Par exemple, parmi les hommes inactifs, 65 % de ceux ayant des réseaux familiaux solides évaluaient positivement leur santé générale, par rapport à 28 % de ceux ayant des réseaux plus faibles.

Discussion

Plus de la moitié (54 %) des Métis âgés de 45 ans et plus avaient des réseaux familiaux solides, c'est-à-dire des liens très étroits avec des membres de la famille dans d'autres ménages au sein de la collectivité et au moins une personne apparentée vers qui se tourner en période de besoin. Les membres de la famille à proximité peuvent prêter assistance dans le cadre de certaines activités comme l'épicerie et les rendez-vous, offrir des occasions de participer à la vie sociale et

Tableau 3

Rapports de cotes ajustés et non ajustés comparant la solidité du réseau familial et certaines caractéristiques à une autoévaluation positive de la santé générale et mentale, selon le sexe, population de Métis âgés de 45 ans et plus, Canada, 2012

Caractéristiques	Hommes						Femmes					
	État de santé général positif			État de santé mentale positif			État de santé général positif			État de santé mentale positif		
	Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %		
	Rapport de cote	de	à	Rapport de cote	de	à	Rapport de cote	de	à	Rapport de cote	de	à
Modèle non ajusté												
Réseau familial solide												
Oui	2,0**	1,3	3,1	2,9**	1,4	5,9	1,2	0,8	1,8	1,8*	1,1	3,0
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Modèle ajusté												
Réseau familial solide												
Oui	2,3**	1,5	3,7	3,5**	1,6	7,4	1,5	1,0	2,3	1,8*	1,0	3,0
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Langue autochtone												
Parle ou comprend relativement bien ou bien	0,6	0,3	1,3	0,9	0,2	3,5	0,5	0,3	1,1	1,6	0,5	5,4
Ne parle ni ne comprend bien ou pas du tout†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Niveau de scolarité												
Sans diplôme d'études secondaires	0,6*	0,4	1,0	0,3**	0,2	0,6	0,4**	0,3	0,7	0,5	0,3	1,1
Diplôme d'études secondaires	0,8	0,4	1,6	0,7	0,3	1,9	0,8	0,5	1,5	1,2	0,5	2,7
Études postsecondaires†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Participation à la vie active												
Oui	5,1**	3,0	8,9	8,4**	3,4	20,4	5,3**	3,1	9,2	4,5**	2,3	8,9
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Taille de la population												
Région rurale	1,3	0,8	2,2	1,0	0,5	1,9	1,5	1,0	2,4	1,3	0,7	2,5
Petit, moyen ou grand centre de population†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,01$)

† catégorie de référence

Note : Les rapports de cotes ont été corrigés selon l'âge et le carré de l'âge pour tenir compte de la relation non linéaire entre l'âge et la santé autoévaluée.

Source : Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

accroître le sentiment d'appartenance à la communauté, ce qui, en retour, influe sur l'état de santé individuel^{4,30}. L'évaluation subjective de « liens très étroits » entre les membres d'une famille est un indicateur de la qualité du réseau. Le fait d'avoir au moins un membre de la famille vers qui se tourner en période de besoin reflète l'accès autoévalué d'une personne à un soutien social¹⁶.

Les femmes métisses étaient significativement plus susceptibles que les hommes métis d'avoir un réseau familial solide : 60 % par rapport à 48 %. En revanche, des études antérieures auprès des Canadiens âgés révélaient que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de souffrir de solitude et d'isolement social^{10,31}. Le fait d'avoir un réseau familial solide et celui de souffrir de solitude ou d'isolement ne sont pas incompatibles. Les deux situations peuvent se produire simultanément chez les femmes. Cependant, cette situation peut aussi laisser entendre que les différences entre les sexes chez les Métis diffèrent de celles dans l'ensemble de la population canadienne.

Les études sur les sources de soutien social indiquent que les conjoints sont les plus importants pour les hommes, tandis que les femmes se fient à un réseau légèrement plus étendu^{15,32}. Les résultats de la présente étude montrent que, chez les Métis, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de déclarer que leur conjoint est une personne vers qui ils se tourneraient en période de besoin. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de mentionner les enfants ou d'autres personnes apparentées comme sources de soutien. Ces résultats soulignent la nécessité d'étudier des facteurs sociaux et culturels en fonction du sexe qui façonnent les réseaux³².

Les femmes métisses plus âgées étaient plus susceptibles que celles dans les groupes d'âge plus jeunes d'avoir un réseau familial solide. Les liens peuvent se resserrer autour des membres de la famille au cours du vieillissement si du soutien additionnel est requis. Donc, même si l'on a supposé que les réseaux influent sur l'état de santé, le contraire

peut aussi être vrai. Les relations réciproques sont une caractéristique des réseaux sociaux¹⁶, et les échanges ne sont pas nécessairement concurrents³³; les parents peuvent offrir un soutien lorsque leurs enfants sont jeunes, et recevoir du soutien lorsqu'ils sont plus âgés. Sinon, la probabilité d'avoir un réseau familial solide à un âge plus avancé peut être un effet de cohorte, reflétant les différences entre les générations précédentes et subséquentes.

Selon la présente étude, les Métis, autant les hommes que les femmes, ayant des réseaux familiaux solides étaient plus susceptibles que ceux ayant de faibles réseaux de déclarer avoir un état de santé mentale positif, même si les variables de confusion éventuelles étaient prises en considération. Chez les hommes métis, un lien entre des réseaux familiaux solides et un état de santé général positif a aussi été observé.

Selon Berkman et divers collaborateurs^{4,30}, les facteurs sociaux et culturels influent sur la qualité des réseaux sociaux qui, en retour, influent sur la santé par l'intermédiaire du soutien social, de l'accès aux ressources et d'autres mécanismes psychosociaux. Le niveau de scolarité et la participation à la vie active sont des indicateurs d'avantages sociaux. Un niveau de scolarité inférieur a été associé à la solitude, à l'isolement social et à des perceptions en matière de soutien social^{10,31}. Cependant, dans la présente étude, les femmes métisses ayant un niveau de scolarité inférieur et les Métisses inactives étaient plus susceptibles d'avoir des réseaux familiaux solides. Le déménagement aux fins d'études ou d'emploi pourrait expliquer les réseaux familiaux plus faibles chez ces femmes, particulièrement en raison du fait qu'avoir des personnes apparentées dans la collectivité est un critère de l'étude concernant les réseaux familiaux solides. La population métisse est très mobile : 22 % de la population a migré à l'intérieur du Canada entre 1996 et 2001³⁴. Le lien pourrait aussi refléter la nécessité accrue d'avoir un soutien chez les personnes qui ont un niveau de scolarité inférieur ou qui sont inactives.

À première vue, la présente étude illustre un paradoxe au sein de la population autochtone³⁵, où l'on observe un niveau élevé de soutien social, qui, toutefois, ne permet pas toujours d'avoir une meilleure santé. Les femmes métisses ayant un niveau de scolarité inférieur et qui sont inactives étaient plus susceptibles d'avoir des réseaux familiaux solides. Cependant, elles étaient moins susceptibles de déclarer avoir un état de santé général positif. Par contre, une sous-analyse des personnes âgées de 45 à 64 ans suggère que les réseaux sociaux solides sont associés à un état de santé positif chez les personnes inactives sur le marché du travail. Il est possible que les réseaux sociaux solides protègent de l'incidence d'un statut socioéconomique inférieur. Cependant, ils ne peuvent pas compenser entièrement tout désavantage.

On a supposé que la connaissance d'une langue autochtone serait un indicateur de l'appartenance culturelle et de liens plus étroits au sein d'un réseau. Seulement un petit pourcentage de Métis âgés de 45 ans et plus pouvaient parler ou comprendre relativement bien une langue autochtone. Ce point n'était pas associé au fait d'avoir un réseau familial solide et, en général, n'était pas lié à la santé.

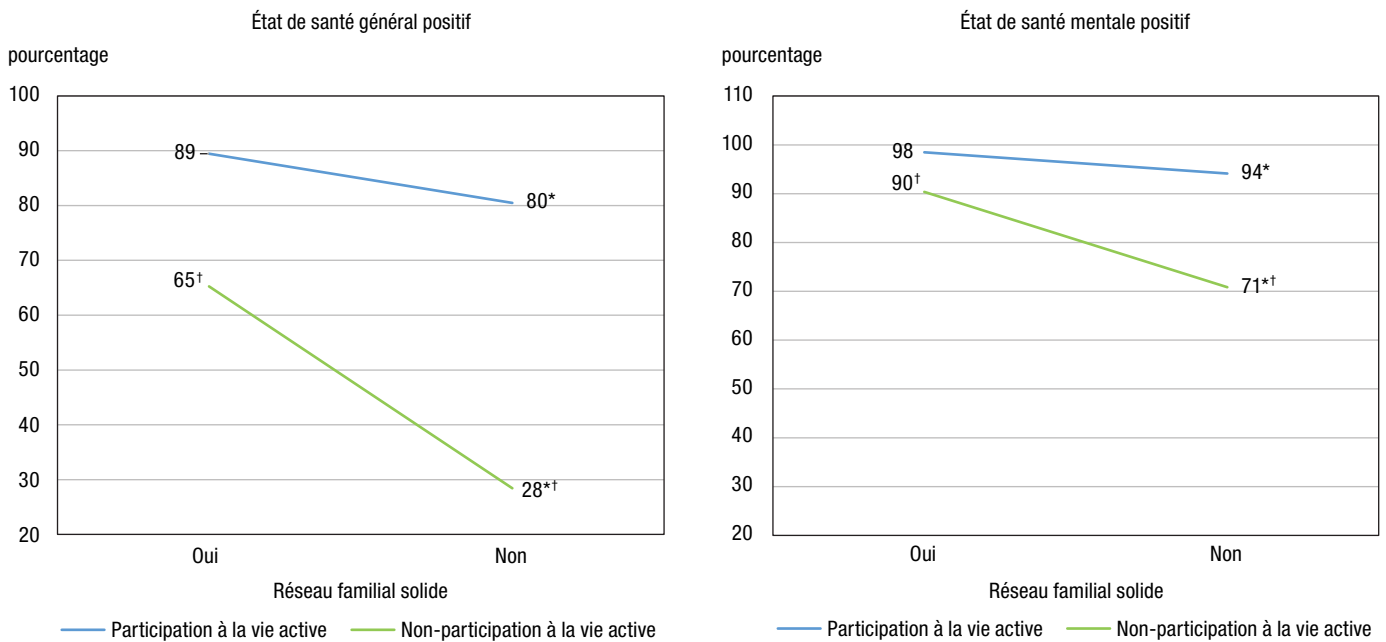
Forces et limites

La présente étude est utile, car elle illustre l'importance des réseaux familiaux pour la santé des Métis en milieu de vie et à un âge plus avancé. Les résultats vont de pair avec de nombreuses études, qui montrent que les risques de morbidité et de mortalité sont inférieurs chez les personnes intégrées, engagées et soutenues sur le plan social^{4,16}.

L'analyse porte uniquement sur les personnes qui ont déclaré être Métis lors de l'EAPA de 2012 et prend en compte qu'il s'agit d'une méthode parmi d'autres en matière de dénombrement de la population métisse au Canada^{36,37}. En outre, la population qui s'est identifiée comme étant métisse dans l'EAPA de 2012 peut être différente de la population qui s'est identifiée lors d'une autre période de

Figure 2

Pourcentage (modèle ajusté) de personnes ayant une autoévaluation positive de leur santé générale et mentale, selon la participation à la vie active et la solidité du réseau familial, hommes métis âgés de 45 à 64 ans, Canada, 2012



* valeur significativement différente par rapport au réseau familial solide pour la même catégorie de la population active ($p < 0,05$)

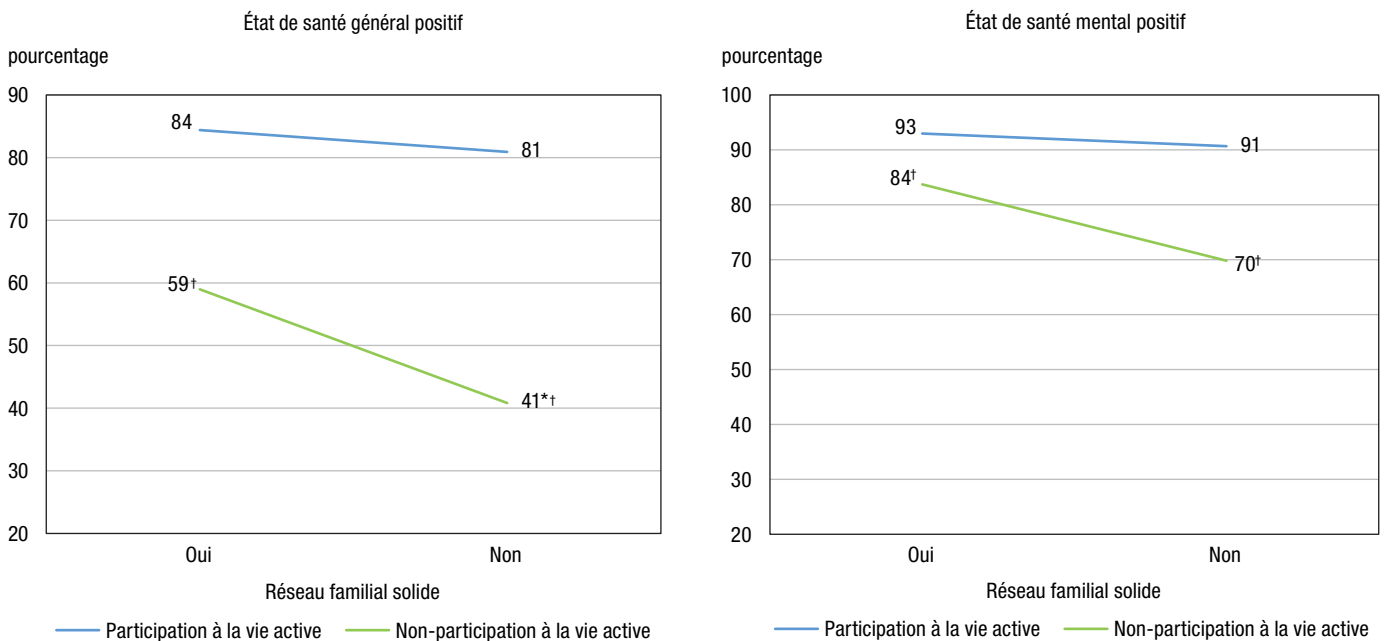
† valeur significativement différente par rapport à la participation à la vie active pour la même catégorie de réseau familial ($p < 0,05$)

Note : Ajusté en fonction de la connaissance actuelle d'une langue autochtone, du niveau de scolarité et de la taille de la population.

Source : Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Figure 3

Pourcentage (modèle ajusté) de personnes ayant une autoévaluation positive de leur santé générale et mentale, selon la participation à la vie active et la solidité du réseau familial, femmes métisses âgées de 45 à 64 ans, Canada, 2012



* valeur significativement différente par rapport au réseau familial solide pour la même catégorie de la population active ($p < 0,05$)

† valeur significativement différente par rapport à la participation à la vie active pour la même catégorie de réseau familial ($p < 0,05$)

Note : Ajusté en fonction de la connaissance actuelle d'une langue autochtone, du niveau de scolarité et de la taille de la population.

Source : Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

collecte de données ou dans une autre source de données en raison des changements apportés à la façon dont l'identité autochtone est déclarée au fil du temps, ou de la possibilité que les générations suivantes puissent s'identifier comme étant métisses pour la première fois³⁷⁻⁴⁰.

Des études antérieures ont évalué les réseaux sociaux et familiaux au moyen de mesures objectives (comme le nombre de contacts et la fréquence de la participation) et subjectives (comme le degré de satisfaction par rapport à la participation sociale)^{4,8,16,41}. Hormis la condition selon laquelle d'autres membres de la famille résident dans la même collectivité, cette étude se fonde sur des critères subjectifs. Cela a pour avantage de permettre aux participants d'évaluer leurs liens familiaux dans le contexte personnel et culturel de leur vie. Cependant, les questions de l'EAPA n'étaient pas conçues pour évaluer les réseaux familiaux. Dans cette analyse, la définition de réseaux familiaux solides est relativement simple, par rapport aux instruments créés dans le but unique d'évaluer les réseaux⁴. Cela limite les comparaisons avec d'autres études, tout comme l'absence d'un groupe de référence non autochtone. En outre, les questions de l'EAPA ne tiennent pas compte de la force des réseaux dispersés, comme les membres de la famille qui vivent dans d'autres collectivités, ou les réseaux sociaux élargis qui comprennent des amis, des collègues et d'autres personnes. Les personnes

ayant des liens familiaux faibles peuvent compenser en ayant des réseaux sociaux élargis, ce qui pourrait aider à expliquer les raisons pour lesquelles un pourcentage élevé de personnes indiquant avoir des réseaux familiaux faibles déclaraient tout de même un état de santé général et de santé mentale positif. En outre, en fonction des questions de l'EAPA de 2012, il n'était pas possible de distinguer la proximité étroite des proches des liens familiaux.

Il est impossible d'établir l'ordre temporel des caractéristiques d'un réseau familial et de la santé avec les données transversales de l'EAPA. Même si l'on suppose qu'un réseau familial solide a un effet positif sur la santé, le contraire peut se révéler vrai^{16,42}.

Environ 5 % (110) des participants métis âgés de 45 ans et plus ont fait appel à des répondants substitués pour répondre à l'EAPA et ont été exclus de l'analyse. Ce groupe était plus âgé, en moyenne, que la population n'utilisant pas de répondant substitut (61 ans contre 57 ans), et était plus susceptible d'être composé d'hommes. Aucune différence n'a été observée en ce qui concerne la probabilité de déclarer un état de santé positif en fonction des réponses par personne interposée. Il est impossible d'évaluer l'incidence de l'exclusion de ces participants. Cependant, on s'attend à ce qu'elle soit négligeable, puisqu'il s'agit d'un petit pourcentage de participants à l'EAPA.

Mot de la fin

Plus de la moitié des Métis âgés de 45 ans et plus ont déclaré avoir des réseaux familiaux solides. Les femmes étaient plus susceptibles de faire cette déclaration que les hommes. Les personnes qui avaient des réseaux familiaux solides étaient, en général, plus susceptibles de déclarer avoir un état de santé positif. En outre, les Métis âgés de 45 à 64 ans qui ne participaient pas à la population active étaient significativement plus susceptibles de déclarer une meilleure santé s'ils avaient aussi des réseaux familiaux solides. Cette étude met en valeur l'examen des réseaux familiaux comme ressource qui favorise la santé des Métis et souligne l'importance du bien-être des familles, en plus des comportements individuels, pour promouvoir la santé générale. Des études futures pourraient évaluer les réseaux sociaux des Métis qui vont au-delà des membres de la famille, afin d'y inclure des amis, des collègues et d'autres personnes.

Remerciements

L'étude a été financée par Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC). ■

Références

1. L'administrateur en chef de la santé publique, *Le Rapport de L'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2010 : Vieillir – Ajouter de la vie aux années*, disponible à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/pdf/cpho_report_2010_f.pdf, document consulté le 1er mai 2017.
2. J. Holt-Lunstad, T.B. Smith, J.B. Layton, « Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review », *PLOS Med*, 7(7), 2010, e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316, disponible à l'adresse <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316>, document consulté le 25 janvier 2017.
3. L.C. Hawkey et J.T. Cacioppo, « Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms », *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 2010, p. 218–227.
4. L. Berkman et T. Glass, « Social integration, social networks, social support, and health », dans *Social Epidemiology*, publié sous la direction de L. Berkman, I. Kawachi, New York, Oxford University Press Inc., 2000, p. 137–173.
5. J.N. Clarke, *Health, Illness and Medicine in Canada*, Toronto, McClelland and Stewart Inc., 1990, p. 109–130.
6. H.I. McCubbin, C.B. Joy, A.E. Cauble et al., « Family stress and coping: A decade review », *Journal of Marriage and Family*, 42, 1980, p. 855–871.
7. H. Gilmour, « Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada », *Rapports sur la santé*, 23(4), 2012, p. 27–37.
8. H. Litwin et S. Shiovitz-Ezra, « Social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans », *The Gerontologist*, 51(3), 2010, p. 379–388.
9. J. Keefe, M. Andrew, P. Fancey et M. Hall, *A Profile of Social Isolation in Canada*, Rapport final préparé pour le Groupe de travail FPT sur l'isolement social, Halifax, Nova Scotia, Mount Saint Vincent University, 2006.
10. P. Ramage-Morin, « Problèmes auditifs et sentiment d'isolement social chez les Canadiens âgés de 45 et plus », *Rapports sur la santé*, 27(11), 2016, p. 3–14.

11. Conseil national des aînés, *Rapport sur l'isolement social des aînés, 2013-2014*, Gatineau, Québec, Conseil national des aînés, 2013-2014, disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2014/isolement-social-aines.html>, document consulté le 7 mars 2017.
12. N.R. Nicholson Jr., « Social isolation in older adults: An evolutionary concept analysis », *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 2009, p. 1342–1352.
13. Conseil canadien de la santé, *Les plus vulnérables au Canada : Améliorer les soins de santé pour les personnes âgées des Premières Nations, inuites et métisses*, novembre 2013, disponible à l'adresse http://www.hhr-rhs.ca/images/stories/Senior_AB_Report_2013_FR_final.pdf.
14. M.B. Kumar, S. Wesche, C. McGuire, « Trends in Métis-related health research (1980-2009): Identification of research gaps », *Canadian Journal of Public Health*, 103(1), 2012, p. 23–28.
15. C.A.M. Richmond, N.A. Ross et G.M. Egeland, « Social support and thriving health: A new approach to understanding the health of Indigenous Canadians », *Research and Practice*, 97(9), 2007, p. 1827–1833.
16. S.A. Stansfeld, « Social support and cohesion », dans *Social Determinants of Health*, publié sous la direction de M. Marmot et R.G. Wilkinson, New York, Oxford University Press Inc., 1999, p. 155–178.
17. M. Dyck, *Social Determinants of Métis Health*, Centre des Métis, Ottawa, L'Organisation nationale de la santé autochtone, 2009, disponible à l'adresse http://www.naho.ca/documents/metiscentre/english/Research_SocialDeterminantsofHealth.pdf, document consulté le 27 avril 2017.
18. L.J. Kirmayer, G.M. Brass et C.L. Tait, « The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community », *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(7), p. 607-616, DOI, <https://doi.org/10.1177/070674370004500702>
19. Canada, Commission royale sur les peuples autochtones, *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, Vol. 1: Un passé, un avenir*, 1996, Ottawa, disponible à l'adresse <http://data2.archives.ca/e/448/e011188231-01.pdf> document consulté le 1^{er} mai 2017.
20. I. Sachdev, « Language and identity: Ethnolinguistic vitality of Aboriginal peoples in Canada », *The London Journal of Canadian Studies*, 11, 1995, p. 41–59.
21. Centre métis, L'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), *In the Words of Our Ancestors: Métis Health and Healing*, Ottawa, L'Organisation nationale de la santé autochtone, 2008.
22. L.J. Kirmayer, S. Dandeneau, E. Marshall et al., « Rethinking resilience from indigenous perspectives », *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(2), 2011, p. 84–91.
23. Statistique Canada, *Les peuples autochtones et la langue: Enquête nationale auprès des ménages (NEM), 2011* (n° 99-011-X2011003 au catalogue) Ottawa, Statistique Canada, 2013.
24. M.B. Kumar et T. Janz, « Une exploration des activités culturelles des Métis au Canada », *Tendances sociales canadiennes* (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue) 89, 2010, p. 69–76.
25. M.J. Norris, « Langues autochtones au Canada : nouvelles tendances et perspectives sur l'acquisition d'une langue seconde », *Tendances sociales canadiennes* (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue) 83, 2007, p. 21–29.
26. D. Hallett, M.J. Chandler et C.E. Lalonde, « Aboriginal language knowledge and youth suicide », *Cognitive Development*, 22(3), 2007, p. 393–399.
27. C. Hackett, D. Feeny et E. Tompa, « Canada's residential school system: Measuring the intergenerational impact of familial attendance on health and mental health outcomes », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(11), 2016, p. 1096–1105, doi: 10.1136/jech-2016-207380.
28. A. Bombay, K. Matheson et H. Anisman, « The intergenerational effects of Indian Residential Schools: Implications for the concept of historical trauma », *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 2014, p. 320–338.
29. E. Cloutier et E. Langlet, *Enquête auprès des peuples autochtones, 2012 : Guide des concepts et méthodes* (Statistique Canada, n° 89-653 au catalogue, N° 2) Ottawa, Statistique Canada, 2014, disponible à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2013002-fra.htm>, document consulté le 22 mars 2017.
30. L.F. Berkman, T. Glass, I. Brissette et T.E. Seeman, « From social integration to health: Durkheim in the new millennium », *Social Science and Medicine*, 51(6), 2000b, p. 843–857.
31. P. Ramage-Morin, « Incontinence urinaire et solitude chez les personnes âgées au Canada », *Rapports sur la santé*, 24(10), 2013, p. 3–11.
32. D. Chapman Walsh, G. Sorenson et L. Leonard, « Gender, health and cigarette smoking », dans *Society and Health*, publié sous la direction de B.C. Amick III, S. Levine, A.R. Tarlov et D. Chapman Walsh, New York, Oxford University Press Inc., 1995, p. 272–304.
33. E. Corin, « The cultural frame: Context and meaning in the construction of health », dans *Society and Health*, publié sous la direction de B.C. Amick III, S. Levine, A.R. Tarlov et D. Chapman Walsh, New York, Oxford University Press Inc., 1995, p. 272–304.
34. S. Clatworthy et M.J. Norris, « Aboriginal mobility and migration: trends, recent patterns, and implications: 1971-2001 », *Aboriginal Policy Research: Moving Forward, Making a Difference*, 4, 2013, p. 207–234.
35. C.A.M. Richmond, « Explaining the paradox of health and social support among Aboriginal Canadians », *Thèmes canadiens*, hiver, 2009, p. 65–71.
36. Métis Nation, *Who are the Métis?* disponible à l'adresse <http://www.metisnation.ca/index.php/who-are-the-metis>, document consulté le 25 août 2017.
37. C. Andersen, « From nation to population: The racialisation of 'Métis' in the Canadian census », *Nations and Nationalism*, 14(2), 2008, p. 347–368.
38. E. Guimond, N. Robitaille et S. Senécal, « Aboriginal populations in Canadian cities: Why are they growing so fast? », *Thèmes canadiens*, hiver, 2009, p. 11–8.
39. C. Andersen, « The colonialism of Canada's Métis health population dynamics: Caught between bad data and no data at all », *Journal of Population Research*, 33(1), 2016, p. 67–82.
40. E. Caron-Malenfant, S. Coulombe, E. Guimond et al., « Ethnic mobility of Aboriginal peoples in Canada between the 2001 and 2006 Censuses », *Population*, 69(1), 2014, p. 29–53.
41. D. Perlman, « European and Canadian studies of loneliness among seniors », *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 2004, p. 181–188.
42. S. Cohen et D. Janicki-Deverts, « Can we improve our physical health by altering our social networks? », *Perspectives on Psychological Science*, 4(4), 2009, p. 375–378.

Annexe

Tableau A

Répartition en pourcentage, selon les variables composantes du réseau familial solide, population de Métis âgés de 45 ans et plus, Canada, 2012

Solidité des liens entre les membres de la famille au sein de la même collectivité, mais dans des ménages différents	Membre de la famille vers qui se tourner en période de besoin		
	Oui	Non	Total
Très solides	54,0	5,4	59,4
Solides/moyens	19,6	3,3	22,9
Faibles/très faibles	5,5	3,6	9,2
Aucun membre de la famille dans la même collectivité	5,9	2,6	8,5
Total	85,0	15,0	100,0

Source : Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Tableau B

Répartition, en pourcentage, de la population de Métis âgés de 45 ans et plus, selon le sexe et certaines caractéristiques, Canada, 2012

Caractéristiques	Hommes			Femmes		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Total	100,0	...	...	100,0	...	...
Groupe d'âge						
45 à 54 ans	45,6	41,1	50,1	47,4	43,0	51,8
55 à 64 ans	34,4	30,4	38,6	33,0	29,1	37,1
65 ans et plus	20,0	16,7	23,8	19,7	16,7	23,0
État matrimonial						
Marié/conjoint de fait	70,9	66,5	74,9	56,1**	51,7	60,4
Célibataire (jamais marié), séparé, divorcé, veuf	29,1	25,1	33,5	43,9**	39,6	48,3
Langue autochtone						
Parle ou comprend relativement bien ou bien	6,1 ^E	4,4	8,6	7,0	5,3	9,3
Ne parle ni ne comprend bien ou pas du tout	93,9	91,4	95,6	93,0	90,7	94,7
Niveau de scolarité						
Sans diplôme d'études secondaires	27,7	24,1	31,7	27,8	24,4	31,5
Diplôme d'études secondaires	17,0	13,5	21,0	19,2	16,0	22,9
Études postsecondaires	55,3	51,0	59,6	52,9	48,7	57,1
Participation à la vie active						
Oui	65,6	61,2	69,7	57,2**	53,0	61,2
Non	34,4	30,3	38,8	42,8**	38,8	47,0
Taille de la population						
Région rurale	28,7	24,9	32,8	29,2	25,6	33,1
Petit, moyen ou grand centre de population	71,3	67,2	75,1	70,8	66,9	74,4

... n'ayant pas lieu de figurer

^E à utiliser avec prudence

** valeur significativement différente par rapport aux hommes (p < 0,01)

Source : Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.