

TRAJECTOIRES MENANT À L'AMÉLIORATION DU BIEN-ÊTRE DES PEUPLES AUTOCHTONES


Les conditions de vie déterminent la santé

Dr Jeff Reading et Regine Halseth

NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE



© 2013 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). La présente publication a été financée par le CCNSA et a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada.

Le CCNSA fait appel à une méthode externe d'examen à l'aveugle pour les documents qui sont axés sur la recherche, qui font intervenir des revues de littérature ou une synthèse de connaissances, ou encore qui comportent une évaluation des lacunes au chapitre des connaissances. Nous tenons à remercier nos analystes qui ont généreusement donné de leur temps et fourni leur expertise dans le cadre de ce travail.

Cette publication est disponible pour téléchargement à l'adresse : www.nccah-ccnsa.ca. Toute la documentation du CCNSA est gratuite et peut être reproduite en totalité ou en partie avec mention de la source appropriée et de la référence bibliographique. Elle doit toujours être utilisée à des fins non commerciales. Pour que nous puissions mesurer l'incidence de cette documentation, veuillez nous informer de son utilisation.

An English version is also available from www.nccah-ccnsa.ca under the title *Pathways to Improving Well-Being for Indigenous Peoples: How Living Conditions Decide Health*.

Référence bibliographique : Reading, J. et Halseth, R. (2013). *Trajectoires menant à l'amélioration du bien-être des peuples autochtones : Les conditions de vie déterminent la santé*. Prince George, (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

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

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
3333 University Way
Prince George (C.-B.) V2N 4Z9
Tél. : 250-960-5250
Télé. : 250-960-5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca
www.nccah-ccnsa.ca



TABLE DES MATIÈRES



1. Introduction	5
2. Le gradient social	7
2.1 Inégalités de revenu	9
2.2 Chômage/conditions de travail	10
2.3 Éducation	11
3. Soutien et réseaux sociaux/communautaires	13
4. Logement	15
5. Accès aux soins de santé	19
6. Premières années de la vie	21
6.1 Influences de la consommation de tabac au stade prénatal	21
6.2 Influence de la drogue et de l'alcool au stade prénatal	23
6.3 Allaitement maternel	26
7. Vie saine	27
7.1 Obésité	28
7.2 Implications de l'obésité chez les enfants et les adolescents pour la santé publique au Canada	30
7.3 Programmes d'intervention relatifs à l'obésité destinés aux Autochtones	32
7.4 Disponibilité et sécurité des sources d'aliments traditionnels	32
8. Consommation et mésusage de l'alcool et d'autres drogues	34
8.1 Consommation de tabac	34
8.1.1 Programmes d'intervention et de lutte contre le tabagisme	37
8.2 Mésusage de l'alcool et de la drogue	38
8.2.1 Intervention et prévention de l'abus d'alcool et de drogue	42
8.3 Résumé	44
9. Conclusion	45
10. Bibliographie	46

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

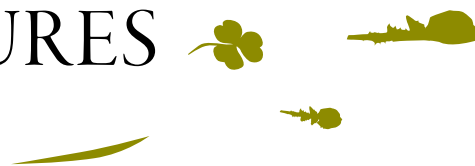
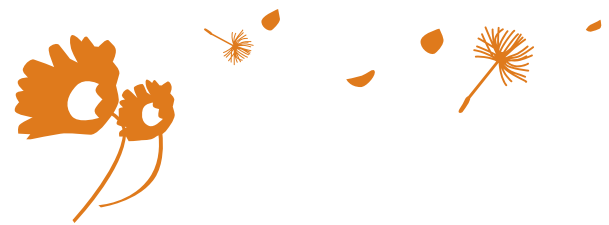


Tableau 1 : Effets de l'exposition prénatale à l'alcool sur la croissance et le développement.	23
Tableau 2 : Effets possibles de diverses drogues sur le fœtus et le nouveau-né.	24
Tableau 3 : Répartition du poids corporel chez les adultes des Premières Nations et chez les autres Canadiens	29
Tableau 4 : Pourcentage de non-fumeurs de 12 ans et plus qui sont exposés à la fumée secondaire.	36
Tableau 5 : Décès liés à l'alcool de 1993 à 2006, Indiens inscrits et autres résidents de la C.-B. (correction faite des effets dus à l'âge par 10 000 habitants).	40
Tableau 6 : Proportion des jeunes des Premières Nations qui ont utilisé diverses substances au moins une fois en 2001	41
Figure 1 : Écart IDA 1981-2001	8
Figure 2 : Population ayant déclaré avoir une identité autochtone selon le pourcentage de la population totale au Canada, dans les provinces et les territoires, 2006.	20
Figure 3 : Tabagisme maternel, femmes des Premières Nations comparées à la population canadienne en général.	22
Figure 4 : Prévalence du tabagisme au cours du mois précédant la grossesse et pendant chaque trimestre de grossesse chez les femmes non autochtones et autochtones qui accouchent au Manitoba	22
Figure 5 : Consommation de tabac chez les jeunes des Premières Nations selon l'âge et le sexe (n=2 494).	36





1. INTRODUCTION



Même dans les pays riches, « les personnes qui sont moins fortunées ont une espérance de vie considérablement plus courte et sont plus malades que les riches » (Wilkinson et Marmot, 2003: 7). Ces différences ont attiré l'attention des scientifiques sur certains déterminants de la santé les plus puissants des sociétés modernes. Wilkinson et Marmot (2003: 7) définissent les déterminants sociaux comme une sensibilité de la santé à l'environnement social. Ces déterminants peuvent comprendre les forces culturelles, économiques et politiques qui interagissent d'une multitude de façons et qui contribuent ou nuisent à la santé des individus et des communautés. Les répercussions de ces forces pendant l'enfance peuvent avoir des conséquences durables sur la santé tout au long de la vie puisque la privation matérielle peut

influencer la situation et le comportement de l'enfant et de l'adulte. Ainsi, les interactions entre ces diverses forces constituent des parties importantes du défi que représentent la santé et la maladie.

L'objectif de ce document est de souligner les interrelations entre les déterminants sociaux et la santé des peuples autochtones afin de démontrer que les efforts visant à réduire les iniquités actuelles en matière de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones doivent tenir compte non seulement des symptômes des problèmes de santé, mais également des facteurs qui les sous-tendent. Les auteurs de ce document se sont basés sur la documentation et sur les données les plus récentes pour examiner les répercussions d'une série de déterminants sociaux courants sur la santé des peuples

autochtones¹. La discussion décrit la façon dont ces déterminants peuvent influencer la santé en général et s'appuie sur les statistiques accessibles sur l'état de santé des peuples autochtones. Le document est principalement axé sur les peuples autochtones² du Canada, cependant, les déterminants sociaux ont des répercussions sur la santé des Indigènes dans les autres pays développés. En conséquence, le cas échéant, la documentation provenant d'autres pays comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis est également incluse. La documentation a été obtenue grâce à une recherche sur les sites Internet gouvernementaux, les bases de données documentaires universitaires comme PubMed et Google Scholar à l'aide de termes comme « Aboriginal » (Autochtones) », « First Nation » (Première Nation), « Inuits », « Métis », « Indigenous » (Indigènes), ainsi que des termes de recherche particuliers liés aux divers déterminants sociaux de la santé comme le revenu, l'éducation, l'emploi, le logement, le soutien social, les soins de santé, l'accès aux soins de santé, le développement de la petite enfance, l'éducation des jeunes enfants, la consommation d'alcool et de drogues, la nutrition, l'exclusion sociale, la santé maternelle, la santé infantile, la consommation et l'abus d'alcool, le tabac et la consommation et l'abus de drogues.

Ce document commence par un aperçu des déterminants socioéconomiques de la santé des Indigènes comme le revenu, le chômage/les conditions de travail et l'éducation. Ces déterminants sont très interreliés : le niveau de scolarité influence la capacité d'obtenir un emploi adéquat, ce qui à son tour entraîne des répercussions sur le niveau de revenu. Ils ont également des répercussions majeures sur les autres déterminants de la santé comme le

logement, le développement de la petite enfance et l'accès aux services de santé. Cette partie est suivie de sections sur l'importance du soutien et des réseaux sociaux, du logement (y compris le lieu de résidence) et de l'accès aux soins de santé afin de garantir un environnement sécuritaire et propice au maintien de la santé.

Étant donné l'importance des soins pré- et post-nataux de qualité ainsi que d'une bonne alimentation pour assurer la santé optimale du nouveau-né et pour donner à l'enfant les meilleures chances dans la vie, nous abordons plusieurs déterminants sous le thème des premières années de la vie et du développement. Cela comprend les influences pré et post-natales de la fumée de la cigarette, des drogues et de l'alcool sur le développement précoce ainsi que l'importance de l'allaitement.

La section suivante traite de l'accès aux aliments nutritifs sains et des implications d'une nutrition inadéquate pendant l'enfance sur la santé à l'âge adulte. L'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires sont en train de devenir des problèmes de santé critiques pour les peuples autochtones. En conséquence, cette section comprend également une discussion sur les initiatives actuelles visant à réduire l'obésité (et les maladies qui en résultent) ainsi que sur le rôle des sources d'aliments traditionnels pour favoriser une alimentation plus saine et sur la nécessité de veiller à l'accessibilité et à la sécurité de ces sources d'alimentation.

Le dernier thème exploré dans ce document d'information est la question de l'abus d'alcool et d'autres drogues. Cet abus est à la fois un symptôme et un facteur de problèmes de santé mentale et relatifs au bien-être comme la violence

familiale, la dépression, les comportements criminels et les autres comportements à risque. Cette section est axée sur l'ampleur et la nature de la consommation de tabac, de drogue et d'alcool chez les peuples indigènes. Elle comprend une discussion sur les interventions et les initiatives de prévention actuelles qui ont lieu au Canada afin de réduire la prévalence de l'abus d'alcool et d'autres drogues ainsi que les méfaits qui en résultent.

¹ Le terme « indigène » renvoie aux peuples autochtones à l'international, principalement à ceux des pays développés comme le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis.

² Le terme « Autochtone » renvoie aux peuples autochtones du Canada tel que définis par la *Loi constitutionnelle de 1982*, article 35,2 comme peuples des Premières Nations (y compris les Indiens inscrits et non inscrits) et les Indiens, les Inuits et les Métis dans les réserves et hors réserves.



2. LE GRADIENT SOCIAL



Dans chaque société, l'espérance de vie est plus courte et la plupart des maladies sont plus courantes dans les couches sociales inférieures... Plus longtemps les personnes vivent des situations économiques et sociales stressantes, plus leur état physiologique s'use et se détériore et moins elles sont susceptibles de vieillir en santé. (Wilkinson et Marmot, 2003: 110)

La question de l'approche des déterminants sociaux de la santé est un sujet de controverse dans la société moderne. Bien que la consommation de tabac, l'hypertension artérielle, l'obésité, la mauvaise alimentation, l'abus d'alcool ou d'autres drogues et d'autres conditions semblables sont des facteurs de risque bien connus de plusieurs maladies chroniques, elles n'expliquent qu'une fraction de la mortalité due à la maladie. On s'accorde à reconnaître qu'il existe un lien plus fort

entre les taux de mortalité et la situation socioéconomique, ce que Marmot appelle le « gradient social ». Ce lien suggère que « plus le niveau socioéconomique du ménage est élevé, plus faible est le taux de mortalité » (Marmot, 2005: 1100). En conséquence, certains auteurs, y compris Marmot, suggèrent que la prévention des maladies devrait délaissier ces types de facteurs de risque particuliers au profit des forces sociales et économiques qui affectent chaque individu dans la société. Les chercheurs considèrent que le statut socioéconomique (SSE) est le déterminant social de la santé le plus important (Marmot et al., 1987; van Rossum et al., 2000; Syme, 2004). Selon Marmot (2005) : « [si] les principaux déterminants de la santé sont de type social, les remèdes doivent l'être aussi » (p. 1103). Ainsi, tous les décideurs politiques devraient s'intéresser à la relation entre l'état de santé

et le SSE, pas seulement ceux qui travaillent dans le secteur de la santé.

Par exemple, les chercheurs ont démontré que le statut socioéconomique pendant l'enfance est un indicateur important du développement des maladies cardiovasculaires (MCV) et du diabète chez l'adulte (Everson et al., 2002; Galobardes et al., 2004; Lawlor et Smith, 2005). La situation vécue pendant l'enfance affecte la santé développementale par l'activation des systèmes de réponse au stress (Boyce et Keating, 2004). Comme l'a souligné McEwen (2006), les réactions récurrentes au stress déclenchées par les environnements sociaux défavorables pendant les premières années de la vie peuvent entraîner des changements physiologiques persistants comme l'altération du métabolisme lipidique et l'accumulation de masse grasse, le développement de l'hypertension artérielle, de la résistance à l'insuline menant au diabète de type 2 et les MCV. Dans une étude norvégienne, les chercheurs ont observé un risque plus élevé de mortalité chez les hommes et les femmes du groupe qui était pauvre à la fois pendant l'enfance et à l'âge adulte, ce qui suggère que la situation sociale a une influence cumulative au cours de la vie sur le risque de mortalité (Claussen et al., 2003). Dans la même étude, la mortalité cardiovasculaire a été plus fortement associée à l'enfance qu'à la situation sociale à l'âge adulte. La modélisation du comportement et des habitudes de vie, qui se produit pendant l'enfance, souligne la nécessité de se concentrer sur les circonstances vécues pendant cette période. La technique la plus productive et la plus efficace à employer est l'approche fondée sur les parcours de vie.

La question de l'influence précise du SSE sur la santé a fait l'objet d'études intensives au cours des trente dernières années. Des chercheurs aussi importants que Marmot et Syme suggèrent que la

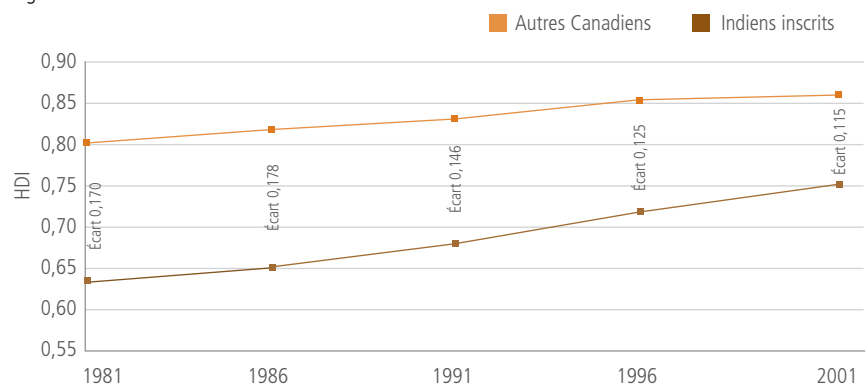
maîtrise de la destinée, à savoir la capacité à s'adapter aux forces qui affectent la vie d'une personne, est la composante clé du SSE (Syme, 1998, 2004). La « maîtrise de la destinée » est moindre chez les groupes ayant un statut inférieur (Marmot, 2005). En d'autres termes, comparées aux classes socioéconomiques supérieures, on pense que les personnes appartenant à la classe socioéconomique inférieure ont moins de possibilités et de formation leur permettant d'influencer les événements qui ont des répercussions sur leur vie (Syme, 1998). Cette théorie est appuyée par des études neuro-endocrinologiques qui montrent que l'absence de maîtrise sur la situation de vie crée une charge de stress affectant le corps et peut finir par entraîner diverses maladies et affections, surtout le diabète insulino-dépendant, les maladies cardiovasculaires (McEwen, 2006), l'alcoolisme et le suicide (Syme, 1998). Ce concept de « maîtrise de la destinée » est particulièrement pertinent pour comprendre le lien entre le SSE des peuples indigènes et leur état de santé actuel.

À cause des forces de la colonisation, on pense que certains peuples indigènes ont en partie perdu la « maîtrise de leur destinée » parce qu'ils ont été forcés de s'adapter rapidement à la culture inconnue

et dominante des pionniers, ce qui aurait imposé une charge de stress importante aux personnes et aux communautés indigènes. Au cours des dernières années, le SSE des Indigènes a commencé à s'améliorer lentement; cependant, il y a encore de grands écarts en ce qui a trait à ce statut, à la santé et au bien-être entre les Autochtones et les non-Autochtones du Canada et en fait, de nombreux autres pays. Les populations indigènes dans les pays développés constituent encore « une minorité socialement exclue au sein même de leur propre pays » (Marmot, 2005: 1100) et « sont surreprésentées dans les strates socioéconomiques inférieures » (Valery et al., 2006: 1847).

Les Nations Unies ont mis au point l'indice du développement humain (IDH) pour mesurer et comparer la qualité de vie entre différents pays ou populations. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien³ a utilisé cet indice en 2004 pour comparer la qualité de vie des Autochtones et des autres habitants du Canada (MAINC, 2004). Comme on peut le voir à la figure 1, bien que l'écart de l'IDH diminue en ce qui a trait à la qualité de vie et au bien-être (passant de 0,179 en 1981 à 0,115 en 2001), il est resté essentiellement le même entre 1996 et 2001.

Figure 1 : Écart IDA 1981-2001



Source : MAINC, 2004

³ Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien a été renommé en 2011 et s'appelle désormais Affaires autochtones et Développement du Nord Canada.

L'examen de la documentation sur le SSE a révélé que les inégalités de revenus, l'emploi et le chômage ainsi que la nature de l'emploi et l'éducation ont les répercussions les plus prononcées sur la santé des Indigènes. Ces déterminants sont fortement interreliés; c'est-à-dire que le faible niveau d'instruction limite les possibilités d'emploi et a donc une répercussion directe sur le niveau de revenu.

2.1 Inégalités de revenu

De nombreuses études indiquent que la pauvreté peut expliquer la vie tragiquement abrégée des populations pauvres du monde (RHS National Team, 2007; Marmot, 2005). La pauvreté affecte les conditions de vie, la qualité du logement, la capacité à acheter suffisamment d'aliments sains et à l'accès à l'éducation et à la formation.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la pauvreté peut être classée selon son caractère grave ou extrême. La pauvreté extrême ou absolue renvoie à l'absence de produits de première nécessité (Wilkinson

et Marmot, 2003: 16). Les personnes suivantes sont particulièrement à risque : les chômeurs, de nombreux groupes ethniques minoritaires, les travailleurs invités, les personnes handicapées, les réfugiés et les sans-abri (ibid.). Par ailleurs, la pauvreté relative est mesurée en lien avec les autres personnes de la société. Une personne est considérée comme pauvre si elle dispose de moins de 60 % du revenu national médian. Ce type de pauvreté fait en sorte que ces personnes n'ont pas accès à un logement décent, à l'éducation ou à la formation, aux services et aux autres facteurs qui sont essentiels à la pleine participation à la vie. Elle constitue une forme d'exclusion sociale puisque les personnes sont exclues de la vie de la société et traitées comme si elles étaient inférieures (ibid.). La pauvreté et l'exclusion sociale sont nuisibles à la santé sur le plan psychologique, affectif et physique, et augmentent le risque de « divorce et de séparation, d'invalidité, de maladie, de toxicomanie et d'isolement social et vice versa, formant ainsi un cercle

vicieux qui aggrave la situation difficile dans laquelle les personnes sont plongées » (ibid.: 16).

La pauvreté influence l'espérance de vie des peuples indigènes comparés aux autres. Au Canada, l'espérance de vie à la naissance de la population d'Indiens inscrits⁴ est inférieure à celle de l'ensemble de la population. En 2000, elle était de 68,9 ans pour les hommes et de 76,6 ans pour les femmes, une différence de 7,4 ans entre les hommes autochtones et les autres hommes et de 5,2 ans entre les femmes autochtones et les autres femmes (Santé Canada, 2005a). Le niveau de revenu des Autochtones est considérablement inférieur à celui de l'ensemble de la population canadienne. En 2006, le revenu médian des Autochtones était de 18 962 \$ comparé à 27 097 \$ pour le reste des Canadiens, soit une différence de 8 135 \$ (Wilson et Macdonald, 2010). Cela représente une légère augmentation par rapport à 2001 où la différence du revenu médian entre les Autochtones et les non-Autochtones était de 9 045 \$ (ibid.). Cependant, la disparité du revenu médian ne touche pas de façon uniforme tous les peuples autochtones, les Métis ayant de meilleurs résultats que les Inuits ou les Premières Nations (Statistique Canada, 2006a).

Des corrélations similaires entre le faible niveau de revenu et la mortalité ont été découvertes chez d'autres populations indigènes. Les études menées aux États-Unis entre 1992 et 2000 ont révélé que les Amérindiens/Autochtones de l'Alaska (AI/AA) constituaient le groupe ethnique et racial le plus pauvre du pays, 27,1 % d'entre eux ayant un revenu inférieur au seuil de la pauvreté comparés aux autres groupes ethniques (Ward et al., 2004). Depuis ce temps, le revenu médian des ménages de cette population s'est amélioré. Les chercheurs ont calculé la moyenne des médianes sur trois ans de 2003 à 2005 et



⁴ Indien inscrit signifie une personne qui est inscrite en vertu de la *Loi sur les Indiens du Canada* (Statistique Canada, 2010).

ont découvert que le revenu médian des ménages AI/AA était supérieur à celui des Noirs américains (33 627 \$ comparé à 31 140 \$), mais encore considérablement inférieur à celui des Hispaniques (35 467 \$), des Blancs non hispaniques (50 677 \$) et des Asiatiques (59 877 \$) (DeNavas-Walt et al. 2006). Cependant les Amérindiens et les Autochtones de l'Alaska ont tout de même une espérance de vie plus courte que leurs homologues canadiens et vivent environ cinq ans de moins que la population américaine en général (US Department of Health and Human Services, 2011).

Même si les données indiquent une corrélation entre un revenu inférieur et un moins bon état de santé, il n'est pas clair que la pauvreté est la cause unique de la mauvaise santé de la population. Il y a plusieurs exemples dans le monde où les populations vivant avec un revenu extrêmement faible, comme le Costa Rica, Cuba, Kerala et la Chine, sont en bonne santé (Marmot, 2005). Par exemple, l'espérance de vie au Costa Rica et à Cuba

(77,9 ans et 76,9 ans) est similaire à celle des États-Unis (76,9 ans) malgré des différences énormes en ce qui a trait au produit national brut (PNB) et au niveau de revenu entre ces pays (ibid.). On peut donc conclure que le faible revenu n'explique pas entièrement différences relatives à l'état de santé des populations.

2.2 Chômage/conditions de travail

Le déterminant du chômage et des conditions de travail est étroitement lié au revenu. Le chômage entraîne des pressions financières qui peuvent provoquer de l'anxiété, la dépression et l'insécurité alimentaire, ce qui contribue à un moins bon état de santé. La nature de l'emploi peut également jouer un rôle important en matière de santé. L'Organisation mondiale de la Santé a déterminé que: « le stress en milieu de travail augmente le risque de maladie. Les personnes qui ont davantage de maîtrise sur leurs conditions de travail sont en meilleure santé » (Wilkinson et Marmot, 2003: 18). Les chercheurs ont

découvert que le stress au travail et le fait d'avoir peu de maîtrise sur son travail contribuent aux différences de statut social en matière de santé, à l'augmentation du risque de douleurs dorsales, de maladies cardiovasculaires et de décès prématuré (Wilkinson et Marmot, 2003, Bosma et al., 1998). Ces types de stress peuvent mener à une augmentation des comportements malsains comme la consommation d'alcool et de tabac, la mauvaise nutrition, le manque d'activité physique, le comportement agressif ainsi que les problèmes conjugaux comme le divorce et la violence envers les enfants (Dooley et al., 1996).

Les peuples indigènes au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Australie présentent des tendances similaires en ce qui a trait au taux de chômage. En Australie, entre 2001 et 2006, ces peuples avaient un taux de chômage supérieur à celui des non-Autochtones, mais ce taux a généralement diminué pendant cette période, passant de 20 % en 2001 à 16 % en 2006 (Aboriginal and Torres Strait Islander Social Justice Commissioner, 2009). De la même façon, en Nouvelle-Zélande, entre 2002 et 2007, le taux de chômage des Maoris a diminué abruptement, passant de 11,7 % à 7,6 %; cependant, il était tout de même plus élevé que le taux de chômage général annuel moyen de 3,7 % (Department of Labour, 2007).

Chez les adultes (âgés de 15 ans et plus) au Canada, environ 15 % des Autochtones étaient au chômage, les taux les plus élevés se trouvant dans les réserves (24,8 %) comparés à seulement 6,3 % pour la population canadienne en général (Statistique Canada, 2006b). Les données du recensement de 2006 indiquent une légère diminution du taux de chômage par rapport à 2001, passant de 19 % à 15 % pour tous les adultes autochtones et de 27,6 % à 24,8 % pour les populations vivant dans les réserves (Statistique Canada, 2001). Le facteur important qui influence le taux de chômage est le niveau de scolarité.



2.3 Éducation

L'accès à l'éducation joue un rôle important en ce qui a trait à la détermination de l'état de santé des enfants et des adultes. L'éducation procure des connaissances sur la santé ainsi qu'un système de soutien social et des occasions de développer l'estime de soi. Les rapports antérieurs comme ceux publiés par l'administrateur provincial de la santé de la Colombie-Britannique ont montré un lien direct entre l'état de santé des communautés et leurs conditions socioéconomiques (Office of the Provincial Health Officer, 2001, 2002, 2009). Selon ces rapports, en général, meilleur est le classement selon des indicateurs comme l'éducation, plus le taux de décès prématuré est faible. L'éducation est à la fois offerte et obtenue dans divers contextes et grâce à divers moyens. Qu'il s'agisse de l'éducation précoce transmise grâce aux traditions orales ou de l'enseignement dans un établissement postsecondaire, de nombreux milieux pédagogiques peuvent promouvoir des individus et des communautés sains.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, l'augmentation du niveau général d'instruction de la population et l'égalité d'accès à l'éducation améliorent la santé des adultes et des enfants à long terme lorsque la santé et le bien-être des individus et des communautés sont placés au centre de l'intervention (Wilkinson et Marmot, 2003: 15). Une façon de s'attaquer au problème de faible statut économique consiste à montrer aux enfants des familles plus désavantagées comment aborder et résoudre les problèmes de la vie (Syme, 1998). L'éducation est un facteur de prévention du faible SSE. Plusieurs études, y compris des suivis sur 10 et 20 ans, ont démontré le succès de cette approche. Par exemple, le programme national Headstart aux États-Unis a montré des résultats prometteurs. Il a notamment permis de doubler le taux de diplomation à l'école secondaire et le taux d'admission au collège, de réduire de moitié le taux d'aide sociale et de criminalité ainsi que de grossesse à l'adolescence (Syme, 1998). Au Canada, l'éducation est également reconnue comme l'un des principaux

facteurs contribuant au bien-être des Premières Nations et explique 59,5 % des améliorations de l'indice global du développement humain (IDH) entre 1991 et 2001 (MAINC, 2004). Il est clairement essentiel de mettre au point des stratégies qui s'adressent aux enfants et aux jeunes, tout comme de cibler les parents puisque les modes de vie sont imités et les problèmes de statut socioéconomique se transmettent d'une génération à l'autre (Syme, 1989, 2004; Marmot, 2005). De plus, il faut également se concentrer sur la communauté puisque « il faut tout un village pour éduquer un enfant » (FAS/FAE Technical Working Group and National Steering Committee, 2001).

Au Canada, le système scolaire régulier n'a pas toujours réussi à veiller à ce que les élèves autochtones reçoivent un enseignement de qualité qui leur permette d'obtenir les qualifications et les compétences requises pour participer à l'économie tout en maintenant des liens avec leur culture. Les séquelles du système des pensionnats qui a isolé des générations



d'enfants autochtones de leur famille et de leur culture pendant plus d'un siècle continuent d'avoir des répercussions sur les élèves des Premières Nations, inuits et métis aujourd'hui. Les effets persistants des pensionnats comprennent des taux élevés de suicide, d'alcoolisme et de violence familiale dans certaines communautés des Premières Nations (Brant Castellano et al., 2008; Younging et al., 2009; Kirmayer et al., 2007; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009). Les Autochtones continuent de se méfier des établissements d'enseignement de la culture dominante, méfiance qui ne s'estompera qu'avec le temps (Richards et Scott, 2009). De plus, dans notre système d'éducation actuel, certains élèves autochtones font face au racisme, à la discrimination et à l'incompréhension de la part des enseignants et des autres élèves en ce qui a trait à leur culture et à leurs traditions. Un rapport publié en 2001 par le bureau de l'administrateur provincial de la santé de la Colombie-Britannique indique par exemple que les élèves des Premières Nations ont des notes inférieures à celles des autres et manifestent plus de problèmes d'apprentissage et de comportement. Les auteurs du rapport concluent que les élèves des écoles secondaires des Premières Nations sont moins susceptibles de passer au niveau supérieur et d'obtenir un diplôme. Les enfants et les jeunes autochtones sont confrontés à de nombreux obstacles socioéconomiques et culturels qui les empêchent de terminer leurs études secondaires (Richards et Scott, 2009).

Malgré l'amélioration des niveaux d'instruction, les peuples autochtones continuent à accuser des retards. En 2006, 34 % des Autochtones de 25 à 64 ans avaient un niveau de scolarité inférieur au secondaire comparé à 15 % chez les non-Autochtones (MAINC, 2006). Les niveaux d'instruction varient considérablement selon l'identité des trois groupes de population, le lieu de résidence, la

province, le territoire et le sexe. Le taux d'achèvement des études secondaires est moins élevé chez les Inuits que chez les Premières Nations et chez les Métis; chez les Autochtones vivant dans une réserve comparés à ceux vivant hors réserve et au Nunavut par rapport aux autres provinces et territoires ainsi que chez les femmes (Richards, 2008).

En ce qui a trait au système d'enseignement postsecondaire au Canada (incluant les universités, les collèges universitaires et les collèges), l'écart continue à être important en ce qui a trait au taux de participation des Autochtones par rapport aux autres. Selon les données du recensement, la proportion d'Autochtones de 25 à 64 ans possédant un diplôme universitaire a augmenté depuis 2001, passant de 6 % à 8 % (MAINC, 2006). Cependant, ce taux est tout de même considérablement inférieur à celui des non-Autochtones qui se situe à 23 %, et l'écart entre les Autochtones et les autres s'est en fait creusé depuis 2001 (ibid.).

Depuis 1998, plusieurs initiatives ont visé à augmenter l'accès à l'éducation primaire, secondaire et postsecondaire des jeunes autochtones. Les gouvernements, les établissements et les conseils scolaires reconnaissant le lien entre l'éducation, le statut socioéconomique et la santé, ont mis sur pied des programmes qui améliorent l'accès à l'éducation pour les élèves autochtones tout en reconnaissant l'importance des liens culturels. Il existe de nombreux exemples d'initiatives entreprises dans le pays consacrées à l'amélioration de l'accès à l'éducation pour les étudiants autochtones qui consistent notamment à favoriser des liens plus solides et à fournir des opportunités pédagogiques plus grandes (voir par exemple le bureau de l'administrateur provincial de la santé, 2001; ministère de l'Éducation de l'Ontario, 2009). Ces initiatives semblent efficaces dans les provinces comme l'Ontario et la Colombie-Britannique où les résultats

sont supérieurs à la moyenne nationale (Richards et Scott, 2009). En particulier, le ministère de l'Éducation de la Colombie-Britannique semble être le plus avancé dans sa stratégie d'amélioration de l'éducation destinée aux Autochtones. Il offre en effet des cours au choix d'histoire et de littérature autochtones aux étudiants autochtones et aux autres. De plus, il accorde 1 000 \$ par étudiant à chaque arrondissement scolaire et exige que ces arrondissements mettent en œuvre des ententes visant à améliorer l'éducation destinée aux Autochtones, qui « ont pour objectif de faire participer les communautés autochtones locales au système scolaire et de financer des programmes pédagogiques propres aux Autochtones » (Richards et Scott, 2009: 40). Cependant, davantage de recherches sont nécessaires pour étudier ces succès et les interventions qui en sont la cause. Il est essentiel d'évaluer les effets à long terme de ces interventions pour déterminer si les succès sont durables.



3. SOUTIEN ET RÉSEAUX SOCIAUX/ COMMUNAUTAIRES



L'amitié, les relations sociales satisfaisantes et les réseaux solides et solidaires améliorent la santé à la maison, au travail et dans la communauté (Wilkinson et Marmot, 2003: 22).

Le soutien social diminue la réponse physiologique au stress et les personnes qui reçoivent peu de soutien social et émotionnel de la part des autres sont plus susceptibles de souffrir de problèmes mentaux et physiques (Wilkinson et Marmot, 2003). Le niveau de soutien émotionnel et de soutien social pratique reçu varie selon le statut socioéconomique, puisque dans les régions où l'on observe des inégalités de revenus élevées, il y a moins de cohésion sociale et plus de crimes violents (ibid.: 22). Wilkinson et Marmot (2003) définissent la cohésion sociale comme « la qualité des relations sociales et l'existence de la confiance, des obligations et du

respect mutuel dans les communautés ou dans la société élargie, qui contribuent à protéger les personnes et leur santé » (p. 22). Dans les communautés ou les quartiers où il y a peu de cohésion sociale, il y a moins de possibilités de trouver du soutien dans les moments de stress.

Dans la culture autochtone, on insiste davantage sur les relations au sein de la famille et de la communauté que sur les notions d'individualisme présentes dans la culture dominante parce que « sans les relations, la sphère collective est fragmentée et l'interdépendance qui a assuré la survie des communautés autochtones est compromise » (Greenwood, 2009: 61). Les diverses cultures autochtones comportent des valeurs et des croyances traditionnelles qui ne peuvent être comprises que selon la vision du monde autochtone axée

sur la complétude, l'interdépendance et l'équilibre (Irvine, 2009). Hart (2002) explique qu'« [u]ne personne a atteint l'équilibre lorsqu'elle est en paix et en harmonie dans son humanité physique, émotionnelle, mentale et spirituelle; avec les autres dans sa famille, dans sa communauté et dans sa nation, et avec tous les autres êtres vivants, y compris la terre et le milieu naturel » (p. 41). Ce sentiment d'appartenance, ou « d'interdépendance » est une composante importante du système de croyances autochtones qui constitue le fondement permettant aux personnes de mieux faire face à l'adversité (ASPC, 2008a).

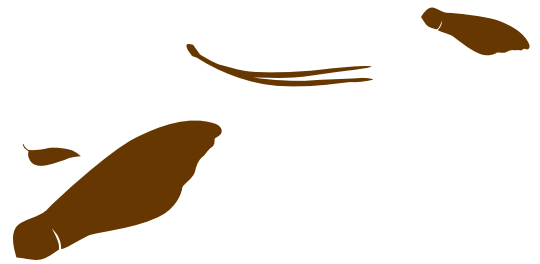
L'identité culturelle se trouve au centre de l'interdépendance ou de l'appartenance (ASPC, 2008a). La culture est le fondement de l'identité individuelle et collective et son érosion peut avoir des effets délétères sur la santé mentale et le bien-être (Kirmayer et al., 2000). Il n'est donc pas surprenant que les pratiques coloniales qui cherchaient à affaiblir la culture et l'identité autochtones aient eu des répercussions aussi dévastatrices. Même si les communautés autochtones ont réagi différemment au traumatisme de la marginalisation et de l'oppression qu'elles ont subies au fil des années, plusieurs d'entre elles sont aux prises avec des problèmes liés à l'abus d'alcool et de drogues, à la violence physique et sexuelle, à la violence familiale, à l'incarcération, au suicide et aux autres manifestations d'une faible estime de soi (Reading, 2009a). La santé mentale est atteinte lorsque la vie des familles et des communautés est dysfonctionnelle (Mussell et al., 2004). Afin d'améliorer les réseaux de soutien social dans ces milieux, il est clair que les stratégies doivent être enchâssées dans la culture et qu'elles doivent s'efforcer de renforcer la communauté et la famille. C'est essentiel pour favoriser le bien-être individuel et communautaire et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé des communautés autochtones.

De plus, les stratégies doivent également avoir une large assise et ne pas être uniquement axées sur les facteurs de risque chez les adultes, mais aussi appliquer l'approche du parcours de vie à partir de la perspective des déterminants sociaux de la santé (Reading, 2009a). Par exemple, même si les problèmes liés aux maladies chroniques peuvent être améliorés grâce à des programmes axés sur la modification des habitudes de vie des adultes, « la génération suivante grandira dans les mêmes conditions que celles qui ont favorisé le développement et l'apparition des maladies chroniques chez leurs parents. Lorsque ces conditions sont fondées sur un faible statut socioéconomique, le risque de maladies augmente et l'approche axée sur le mode de vie de l'adulte appliquée à la maladie chronique est inefficace » (Reading, 2009a: A53). La recherche qui s'inspire de l'attention accordée à la santé communautaire et aux interactions qui ont lieu tout au long de la vie de l'individu et entre les générations, et qui intègre la perspective du parcours de vie, est susceptible de correspondre au point de vue autochtone de façon significative et d'employer des méthodes culturellement adaptées (Ben-Shlomo et Kuh, 2002; Kuh et al., 2003).





4. LOGEMENT



Le logement est un important déterminant social de la santé. Plusieurs affections peuvent être attribuées à la qualité du logement, à son abordabilité, à son accessibilité ou au surpeuplement. Par exemple, les moisissures peuvent entraîner une augmentation du risque d'insuffisance respiratoire; les logements situés en milieu rural et éloigné peuvent signifier que les personnes n'ont pas accès à l'eau potable, ce qui augmente le risque de malaises gastro-intestinaux, ou qu'elles n'ont pas accès aux services de santé; l'incapacité de se payer un logement adéquat peut entraîner le sans-abrisme et les problèmes de santé qui l'accompagnent; le surpeuplement peut augmenter le risque de cancer à cause de l'exposition à la fumée secondaire, ou de maladies comme la tuberculose ainsi

que les maladies respiratoires à cause de l'exposition à d'autres membres de la famille malades dans des lieux confinés. Dans cette section, nous nous intéressons aux conséquences de la mauvaise qualité des logements, de la qualité de l'air intérieur et du surpeuplement sur la santé.

Les ménages autochtones sont aux prises avec d'énormes difficultés lorsqu'il s'agit d'obtenir un logement adéquat, notamment le faible revenu, le chômage, la ruralité et l'éloignement ainsi que les entraves d'ordre juridique liées à l'accession à la propriété dans les réserves (Bureau du vérificateur général du Canada, 2003; SCHL, 2005). En 2001, environ 33 % des Indiens de l'Amérique du Nord⁵, 32,8 % des Inuits, 26 % des Métis et 24 % des

⁵ L'expression « Indien de l'Amérique du Nord » est utilisée par Santé Canada en référence à la population des Premières Nations. Elle provient de la *Loi sur les Indiens de 1867*.

ménages autochtones vivant hors réserve avaient des besoins impérieux en matière de logement, comparés à seulement 15,3 % des ménages non autochtones (SCHL, 2005)⁶. Cette situation est largement attribuable aux occasions d'emploi limitées et au faible revenu, particulièrement pour les Autochtones vivant dans une réserve ou dans un milieu rural et éloigné qui ont des difficultés à acheter une nouvelle maison ou à entretenir et à améliorer celle qu'ils ont (ibid.). Dans les régions nordiques et éloignées, les coûts élevés de transport, de construction et d'entretien (électricité, chauffage, eau et services d'assainissement) ainsi que le manque d'accès à des experts en construction font en sorte qu'il est encore plus difficile d'obtenir des logements adéquats, et en conséquence, une grande proportion des logements autochtones dans ces régions sont des logements sociaux (SCHL, 2005). En ce qui a trait à l'accès à la propriété, en 2001, environ 28,5 % des Autochtones étaient propriétaires de leur maison comparés à 67 % de l'ensemble de la population (ACI, 2006). Ces taux varient considérablement selon que les Autochtones habitent dans une réserve ou hors réserve et selon leur statut de Premières Nations, d'Inuits ou de Métis. La plupart des logements dans les réserves sont construits et gérés par les bandes respectives et leur appartiennent (Association canadienne de l'immeuble [ACI]). En ce qui a trait aux Autochtones hors réserve, les Métis sont plus susceptibles d'être propriétaires de leur maison (environ 60 %) que les Indiens de l'Amérique du Nord (environ 45 %) et que les Inuits (environ 32 %) (SCHL, 2005). Bien que ces statistiques sur le logement représentent une amélioration depuis 1996, et que les résultats du recensement de 2006 appuient ces données, les conditions de logement des peuples autochtones sont encore bien pires que celles du reste de la population canadienne (SCHL, 2005, 2006).

Au cours des 15 dernières années, le montant du financement accordé par le gouvernement fédéral pour les programmes de logement destinés aux Autochtones a peu changé et là où chaque conseil de bande reçoit une subvention d'équipement, les préoccupations concernant le logement entrent souvent en concurrence avec d'autres services communautaires comme la réparation des routes ou le traitement des eaux (ACI, 2006). En conséquence, on assiste à une pénurie bien documentée de logements abordables faisant en sorte que de nombreux Autochtones vivent dans des logements surpeuplés. Cette situation constitue un stress supplémentaire pour l'infrastructure des logements et les matériaux, entraînant une dépréciation plus rapide du parc immobilier (SCHL, 2005).

Selon le récent recensement de 2006, malgré les améliorations qui se sont produites depuis 2001 en ce qui a trait au surpeuplement et aux conditions de logement, le logement continue de représenter un problème de santé crucial pour les peuples autochtones. Le surpeuplement est particulièrement prononcé chez les Premières Nations vivant dans une réserve et chez les Inuits. Environ 26 % des Premières Nations qui vivent dans une réserve et 35 % des Inuits habitent dans des logements surpeuplés⁷ (Statistique Canada, 2008). Pour les ménages des Premières Nations, le nombre moyen de personnes par pièce est de 0,6, ce qui est environ 20 % plus élevé que pour le reste de la population canadienne. Par ailleurs, les membres des Premières Nations vivant dans une réserve sont presque deux fois plus susceptibles d'habiter dans des logements surpeuplés que ceux qui vivent hors réserve (MAINC, nd, cité dans le Comité canadien de lutte contre la tuberculose, 2007: 4).

On ne constate pas non plus d'amélioration marquée relativement au nombre d'Autochtones qui vivent dans une maison ayant besoin de réparations majeures. Selon le recensement de 2006, près de 25 % des Autochtones déclarent vivre dans ce type de maison, le problème étant pire chez les Premières Nations qui vivent dans une réserve (où environ 44 % des personnes habitaient dans une maison ayant besoin de réparations majeures) (Statistique Canada, 2008). De nombreuses maisons dans les réserves ont été construites entre 1960 et 1980. Il s'agit de bungalows surélevés bâtis sur une charpente en bois qui sont plus sujets aux problèmes de moisissures parce qu'ils n'ont pas été construits adéquatement. La circulation d'air et la ventilation sont déficientes, ce qui entraîne une humidité excessive, et ils sont mal entretenus (ACI, 2006). De plus, plusieurs communautés autochtones ont été soumises à des avis de faire bouillir l'eau, ce qui augmente la condensation dans les maisons et contribue aux moisissures (ibid.). La présence de moisissures (Bailie et al., 2010) et de poussière (Harris et al., 1998; Petersen et al. 2003) peut contribuer aux problèmes de santé respiratoire dans de nombreuses communautés autochtones. Étant donné que la plupart des Autochtones ne sont pas propriétaires de leur maison, les occupants de logements loués ou financés sont moins motivés à entretenir ou à rénover les maisons, particulièrement lorsque le régime de propriété dans les réserves n'est pas clair (SCHL, 2005).

Un nombre considérable de recherches souligne le lien entre le surpeuplement, les mauvaises conditions de vie et la propagation des maladies transmissibles comme la tuberculose (TB) et les affections respiratoires (Koch et al., 2003; Kovesi et al., 2007; Orr, 2007; Clark et al., 2002; Berghout, et al., 2005). Le taux de

⁶ On dit d'un ménage qu'il éprouve des besoins impérieux en matière de logement si son habitation n'est pas conforme à au moins une des normes d'adéquation, de qualité et d'abordabilité et s'il est incapable de louer un logement qui corresponde à ces trois normes (SCHL, 2005:35).

⁷ Il y a surpeuplement lorsqu'il y a plus d'une personne par pièce.

tuberculose chez les peuples autochtones est près de six fois supérieur à celui des Canadiens, et au Nunavut, il est plus de 38 fois supérieur au taux national (184,4 cas pour 100 000 personnes) (Association canadienne de santé publique [ACSP], 2010). Une étude de Clark et al. (2002) révèle qu'une augmentation de 0,1 personne par pièce dans une communauté est associée à une augmentation de 40 % du risque de deux cas de tuberculose ou plus. La dispersion géographique, qui complique la surveillance et le traitement précoce, est souvent invoquée pour expliquer le développement inadéquat de stratégies de soins de santé pour lutter contre la tuberculose dans les communautés autochtones (Santé Canada, 1999).

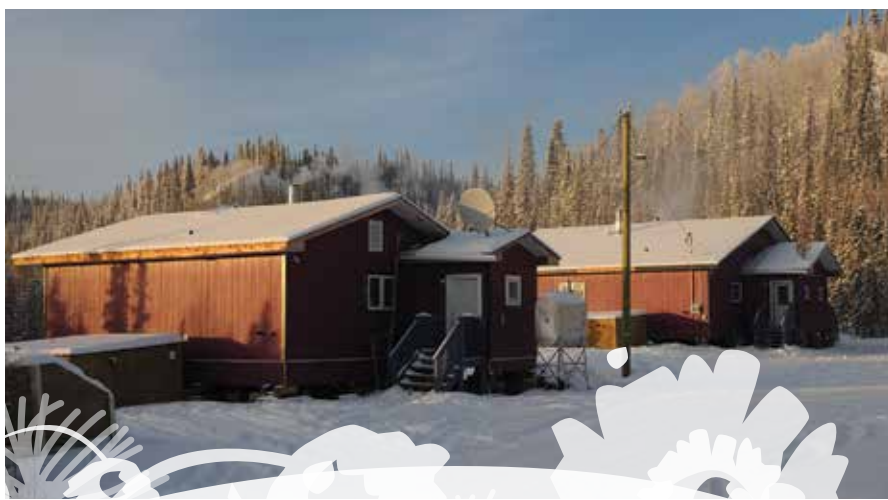
Les peuples autochtones sont également plus susceptibles de contracter des maladies respiratoires et d'en mourir (Mao et al., 1992 et Morrison et al., 1986, cité dans Estey et al., 2007). Les enfants inuits sont particulièrement vulnérables. Ils présentent en effet les taux d'admission les plus élevés du monde pour des infections respiratoires graves (Banerji et al., 2009). Par exemple, entre 1999 et 2002, le taux d'admission des nourrissons inuits hospitalisés pour la bronchiolite était de 197 pour 1 000 nourrissons (Orr, 2007).

La mauvaise qualité de l'air extérieur et intérieur est associée aux problèmes respiratoires et à une diminution des fonctions respiratoires et de la croissance (Antó et al., 2001; Cardinal, 2004)⁸. Les sources de pollution de l'air extérieur sont plus couramment associées à l'utilisation de combustible fossile, quant à la pollution de l'air intérieur, elle résulte de l'infiltration de l'air extérieur, de la fumée du tabac, de matières biologiques (moisissures, bactéries, animaux de compagnie), de produits de combustion comme la fumée du bois et d'appareils de chauffage mal ventilés (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS] et al., 2001). Les sources de pollution de l'air intérieur ont été bien documentées dans de nombreuses communautés autochtones (voir par exemple Lawrence et Martin, 2001; Cardinal, 2004; Berghout et al., 2005). Ce problème est donc particulièrement pertinent en ce qui a trait à la santé des Autochtones.

Les émissions de fumée issue de la combustion du charbon et du bois sont un facteur de risque environnemental important auquel les Autochtones ont toujours été exposés à l'intérieur des maisons. Étant donné que dans de nombreuses communautés, on utilise encore des poêles au bois ou au charbon,

les Autochtones sont plus à risque de développer des cancers liés aux polluants comme l'hydrocarbure aromatique polycyclique (HAP-ADN). Par exemple, en Chine, les études épidémiologiques ont montré qu'on détectait un pourcentage plus élevé d'HAP-ADN chez les femmes vivant dans des maisons exposées aux émissions de fumée issue de la combustion du charbon et du bois que chez les autres femmes (Mumford et al., 1993). Il serait utile de déterminer le degré d'utilisation du charbon et du bois chez les ménages autochtones et d'établir une corrélation avec la concentration périphérique des biomarqueurs de l'AHP-ADN.

L'utilisation de poêles à bois et les bains de vapeur sont considérés comme des pratiques culturelles qui contribuent au développement des maladies respiratoires. Dans de nombreuses communautés autochtones, les poêles à bois sont abondamment utilisés pour chauffer et pour cuisiner et contribuent à la mauvaise qualité de l'air intérieur. Comme les poêles à bois ont été liés à la prévalence d'infections des voies respiratoires inférieures chez les enfants navajos (Morris et al., 1990; Daigler et al., 1991), leur utilisation par les groupes autochtones du Nord au Canada est préoccupante. Comme pour les poêles à bois, on pense que les bains de vapeur contribuent aussi au développement de maladies respiratoires chroniques, puisque la vapeur et la fumée concentrées dans un espace clos peuvent mettre à rude épreuve l'appareil respiratoire et aggraver les insuffisances respiratoires (Petersen et al., 2003). Dans de nombreuses communautés autochtones (p. ex., les groupes autochtones du Yukon), les bains de vapeur font partie de la routine quotidienne et les poêles à bois sont la principale source d'énergie de la maison. Si l'on veut lutter contre les répercussions de ces pratiques sur la santé respiratoire, il est impératif d'introduire une composante



⁸ Les données concernant les décès prématurés et les taux élevés d'hospitalisation appuient cette affirmation.

culturelle dans la recherche : la nature spirituelle et les aspects traditionnels de ces pratiques doivent être reconnus.

L'exposition à la fumée du tabac ambiante, particulièrement dans des lieux surpeuplés et mal ventilés, contribue également de façon importante aux maladies respiratoires. Même si le sujet de la fumée du tabac est abordé plus en détail plus loin dans ce rapport, il est important de souligner ici que la prévalence de ce type de fumée est considérablement plus élevée chez les Autochtones du Canada que chez les non-Autochtones. Le taux de tabagisme chez les Premières Nations qui vivent dans les réserves est trois fois plus élevé que le taux national (ACSP, 2007a), et chez les Inuits âgés de 18 à 45 ans, il est considérablement supérieur, soit d'environ 70 % (basé sur les données de 2004) (Santé Canada, 2007). Une méta-analyse sur les effets de la fumée du tabac ambiante sur les infections des voies respiratoires inférieures chez les jeunes enfants montre que la présence de fumeurs dans la maison augmente significativement le risque de ce type d'infection, qui entraîne une augmentation des admissions à l'hôpital (Li et al., 1999). La ventilation des maisons peut être très déficiente dans les climats nordiques où les portes et les fenêtres doivent rester fermées pendant la plus grande partie de l'année et au moment où les infections des voies respiratoires inférieures atteignent un point culminant (Kovesi et al., 2007). Cela peut avoir pour effet d'exposer les non-fumeurs à une quantité considérable de fumée secondaire.

Non seulement le surpeuplement, la qualité des logements et la pollution de l'air intérieur contribuent aux troubles respiratoires, mais on pense également qu'ils jouent un rôle majeur en ce qui a trait à l'otite moyenne (plus couramment appelée infection de l'oreille moyenne). En plus des polluants traditionnels de l'air intérieur (c.-à-d. la fumée, les animaux de compagnie et les moisissures), une

étude effectuée par Daigler et al. (1991) révèle un lien entre les poêles à bois et l'occurrence de l'otite moyenne. Étant donné que de nombreuses populations autochtones du Nord comptent sur les poêles à bois pour se chauffer et cuisiner, il s'agit d'un important facteur de risque que l'on doit étudier pour connaître l'étiologie de l'otite moyenne chez les Autochtones. La fumée du tabac à l'intérieur est également considérée comme un facteur de risque significatif de cette maladie (Bowd, 2005; Reading, 2009b). Les taux de prévalence de l'otite moyenne varient énormément selon les communautés. Au Canada, il est généralement reconnu que cette maladie est endémique chez les enfants des Premières Nations, inuits et métis vivant dans le Nord, qui enregistrent des taux 40 fois supérieurs à ce que l'on observe dans les communautés urbaines non autochtones (Bowd, 2005). Des taux élevés similaires ont été découverts chez les enfants aborigènes australiens (Morris et al., 2005; Commonwealth of Australia, 2001). Une étude effectuée par Langen et al. (2007) révèle également que bien que l'otite moyenne ait généralement tendance à être plus courante chez les nourrissons et chez les jeunes enfants, il semble que les enfants autochtones du Canada continuent à être à risque de contracter cette maladie après la petite enfance et soient plus susceptibles de développer une otite moyenne chronique, ce qui peut se traduire par une perte de l'audition et entraver leurs capacités d'apprentissage.

Il est bien connu que le cercle vicieux de l'exposition à l'infection et aux bactéries perpétue l'otite moyenne (Leach, 1999), mais le rôle également joué par le surpeuplement, la pauvreté et le statut socioéconomique inférieur dans la promotion de ce cycle nécessite davantage de recherches. Pour ce faire, il sera important d'aborder les inégalités économiques, sociales et environnementales subies par les populations autochtones qui sont

impliquées dans la persistance de l'otite moyenne dans les sociétés défavorisées (Coates et al., 2002; Coates, 2003).

Il existe un lien très solide entre la pauvreté et l'adéquation, l'accessibilité et la qualité du logement. Le chômage et la pauvreté signifient que les individus peuvent être incapables d'accéder à des logements abordables et adéquats. Cela peut aussi signifier le sans-abrisme pour nombre d'entre eux, particulièrement pour ceux qui déménagent en ville à la recherche de meilleures possibilités. Le sans-abrisme implique une série de difficultés uniques à rester en bonne santé (Hwang, 2001). De plus, la population autochtone est surreprésentée parmi les sans-abri au Canada (SCHL, 2005; ACI, 2006; Hwang, 2001). Cependant, une étude effectuée par Bailie et al. (2010) souligne que non seulement la mise sur pied de programmes doit être une priorité pour améliorer le logement, mais qu'il faut aussi se concentrer sur les interventions sociales et comportementales « afin que l'amélioration des logements entraîne une amélioration de la santé plus tangible » (p. 157). Les chercheurs de cette étude ont découvert qu'en plus du risque accru de contracter certaines maladies, l'infrastructure des logements qui est en mauvais état se traduit également par des habitudes moins saines pour la santé, ce qui entraîne un moins bon état de santé.



5. ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

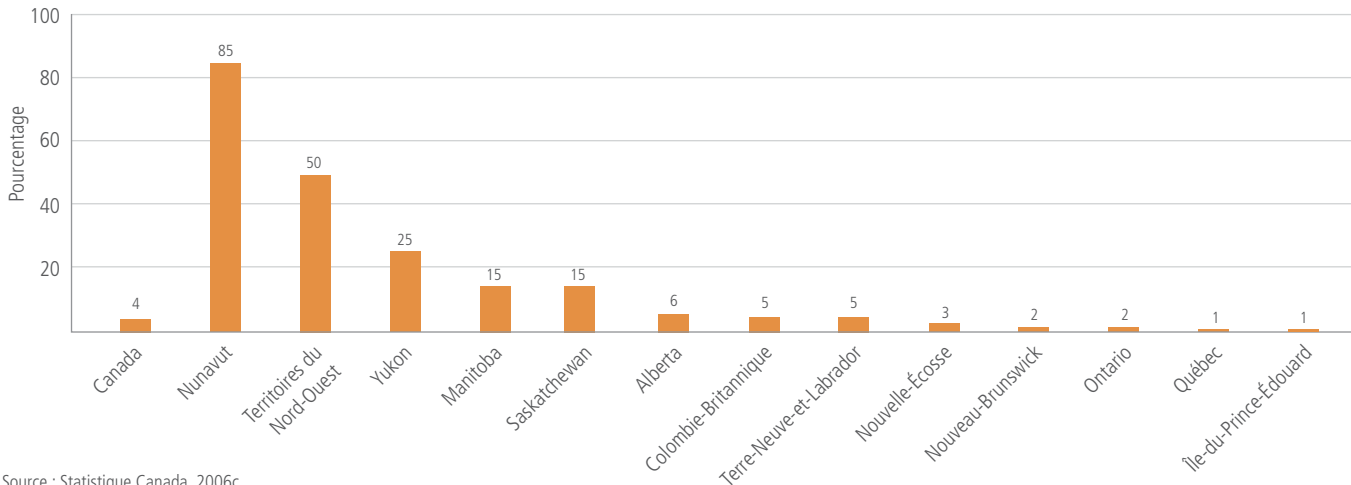


L'accès aux soins de santé est généralement considéré comme un déterminant important de la santé. Au Canada, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, l'accès aux soins de santé est considéré comme universel pour tous les citoyens. Cependant, tous les Canadiens n'ont pas un accès égal aux services de santé, particulièrement les résidents des régions rurales et éloignées. L'absence d'accès aux services de santé est particulièrement problématique dans les régions nordiques, où une proportion significative de la population est autochtone. Près de la moitié de la population autochtone du Canada vit dans des régions rurales et éloignées (Statistique Canada, 2006d), et constitue une proportion significative de la population totale de chacun des territoires, comme le montre la figure 2 (Statistique Canada, 2006c).

Les enquêtes nationales ont confirmé l'influence de la géographie sur l'accès des peuples autochtones aux soins de santé. Par exemple, l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 a révélé

que les Inuits sont beaucoup moins susceptibles que la population générale (56 % comparés à 79 % respectivement) d'être allés consulter un médecin au cours des 12 mois précédant l'enquête (Tait, 2008: 11). De nombreuses communautés inuites sont extrêmement éloignées et seulement quelques-unes ont un hôpital, le principal accès aux services de santé consistant à consulter une infirmière dans un centre de santé. Cela signifie que pour obtenir un traitement nécessitant un médecin, pour consulter un spécialiste et pour avoir un test de diagnostic, les Inuits doivent quitter leur communauté (ibid.). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations et des Inuits (ERLSPNI) effectuée en 2002-2003 révèle des obstacles similaires à l'accès aux services chez les Premières Nations. En effet, 18,5 % des répondants ont déclaré qu'il n'y avait pas de médecin ni d'infirmière disponibles dans leur région, 10,8 % ont dit qu'il n'y avait pas d'établissement de santé, et plus de 33 % ont indiqué que les listes d'attente étaient trop longues (RHS National Team, 2007).

Figure 2 : Population ayant déclaré avoir une identité autochtone selon le pourcentage de la population totale au Canada, dans les provinces et les territoires, 2006



Source : Statistique Canada, 2006c.

Selon une étude effectuée en 2006 par l'Institut canadien d'information sur la santé, le fait de résider en milieu rural ou éloigné comporte plusieurs facteurs de risque pour la santé, notamment un régime alimentaire moins sain, des niveaux moins élevés d'activité physique pendant les loisirs et des taux de tabagisme plus élevés que chez les personnes vivant en milieu urbain (ICIS, 2006). Les Premières Nations vivant dans une réserve sont particulièrement vulnérables (environ 26 % des Autochtones), puisque celles-ci sont souvent situées dans des régions rurales nordiques et isolées où l'information sur la santé et les services est souvent insuffisante (Statistique Canada, 2006d). On a établi que les taux de mortalité et de morbidité sont supérieurs dans les réserves et que les personnes qui y résident sont à risque accru de certaines maladies et affections chroniques comme le diabète, les maladies respiratoires et infectieuses, les problèmes de santé mentale, et l'abus de drogue et d'alcool (ICIS, 2006).

De plus, les chercheurs ont découvert que les Autochtones sont plus susceptibles d'obtenir un diagnostic à une étape plus avancée de la maladie que les non-Autochtones, ce qui contribue à un taux de mortalité supérieure. Ces taux peuvent être attribués à l'accès limité aux services

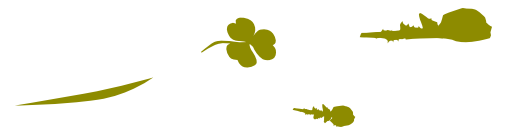
de dépistage et de traitement, ainsi qu'à la sensibilisation au dépistage précoce et à la prévention (Morrisseau, 2009). La présence d'un médecin de famille au sein de la communauté favorise le dépistage précoce. Une étude portant sur cinq communautés des Premières Nations du Nouveau-Brunswick, au Canada, a démontré les avantages liés à la présence d'un médecin de famille dans la communauté, même à temps partiel. Cette étude révèle que dans les communautés des Premières Nations qui avaient un médecin ou qui bénéficiaient d'un médecin visiteur à temps partiel, le taux d'adhésion à la mammographie était de 4,5 fois supérieur et que le taux de mammographie (65 %) était plus élevé que dans les communautés qui n'avaient pas de médecin de famille (Tatemichi et al., 2002). Les résultats de ces études suggèrent que la présence d'un médecin dans ces communautés améliore le recours à ces services de diagnostic. Le dépistage précoce est une facette importante du système de santé et est essentiel pour le traitement et le pronostic.

Au Canada, la complexité du système de santé entrave également l'accès aux services et se traduit par un accès inégal dans les communautés et dans les provinces/territoires. Cette complexité est encore plus prononcée en ce qui a trait à la

prestation de soins et de services destinés aux Autochtones. Le gouvernement fédéral a la responsabilité de fournir des services de santé primaire limités aux Inuits qui vivent dans les territoires traditionnels et aux Indiens inscrits qui habitent dans une réserve, alors que le gouvernement provincial fournit des soins aux Métis et aux Autochtones vivant en ville et à l'extérieur des réserves (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, nd). Dans ce contexte, les Indiens inscrits et les Inuits qui relèvent de la compétence du fédéral ont droit à une gamme d'avantages sociaux comme ceux offerts en vertu du Programme des services de santé non assurés (SSNA) (qui comprend les médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue, l'équipement et les fournitures médicaux, etc.) que les autres Autochtones qui relèvent de la compétence provinciale ne reçoivent pas. Également, depuis la Politique des transferts des services de santé de 1988, la responsabilité de la prestation des soins de santé est dévolue aux communautés ou aux conseils de santé et aux autres autorités (Santé Canada, 2008a). Cela s'est traduit par une distribution inégale entre les communautés et par des possibilités très limitées d'augmenter le financement (Lavoie et al., 2005).



6. PREMIÈRES ANNÉES DE LA VIE



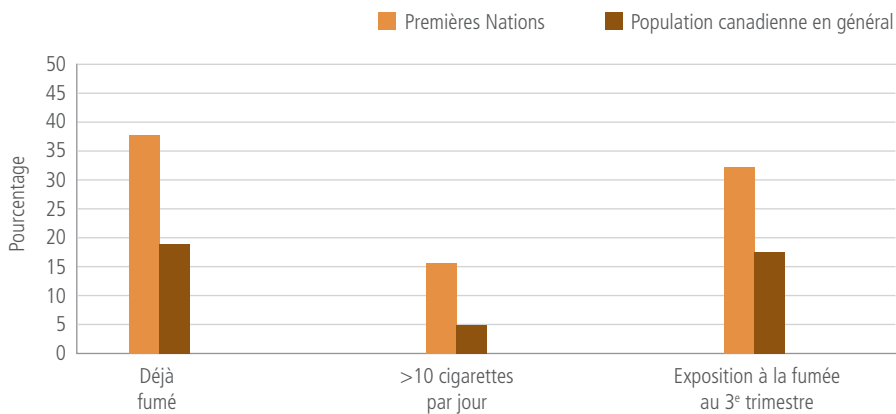
Les conditions pendant le développement du fœtus et les premières années de la vie des enfants peuvent influencer la santé plus tard. Pendant la grossesse, « les déficiences en matière de nutrition, ... le stress maternel, la probabilité accrue de consommation de tabac chez la mère et l'utilisation abusive des drogues et de l'alcool, l'exercice insuffisant et les soins prénataux inadéquats » peuvent se traduire par un développement fœtal inférieur au niveau optimal (Wilkinson et Marmot, 2003: 14). Le faible développement fœtal peut à son tour entraîner des risques sociaux, émotionnels et physiques pour la santé plus tard; par exemple, « les intrants cognitifs, émotionnels et sensoriels programment les réactions du cerveau, l'attachement émotionnel insécurisé et la faible stimulation peuvent réduire la maturité scolaire, entraîner un faible niveau d'instruction, des

comportements problématiques et des risques de marginalisation sociale à l'âge adulte » (ibid.: 14). De plus, la lente croissance physique pendant la première enfance est associée à un développement et à un fonctionnement cardiovasculaire, respiratoire, pancréatique et rénal réduit, ce qui augmente le risque de maladies à l'âge adulte » (ibid., p. 14).

6.1 Influences de la consommation de tabac au stade prénatal

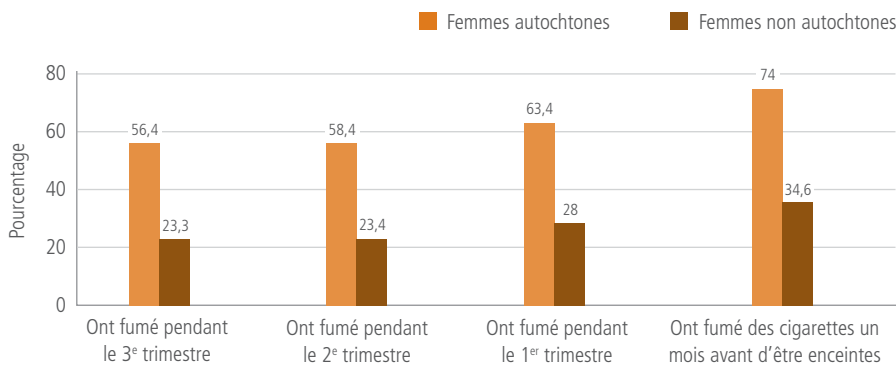
Les effets négatifs de la consommation de tabac chez la mère sur la croissance du fœtus sont bien documentés. De nombreuses études ont montré que le tabagisme pendant la grossesse peut entraîner un retard de croissance fœtale (RCF) (Cliver et al., 1995), un faible

Figure 3 : Tabagisme maternel, femmes des Premières Nations comparées à la population canadienne en général



Source : RHS National Team, 2007: 248. Les données pour les Premières Nations sont tirées de l'ERLSPN et celles de la population canadienne générale de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ).

Figure 4 : Prévalence du tabagisme au cours du mois précédant la grossesse et pendant chaque trimestre de grossesse chez les femmes non autochtones et autochtones qui accouchent au Manitoba



Source : Adapté à partir de Heaman et Chalmers, 2005 : 301-302.

poids à la naissance (Humphrey et Holzheimer, 2000; Mohsin et al., 2006) et parfois un accouchement prématuré⁹, une mortinaissance et une mort néonatale (Chan et al., 2001; Mohsin et al., 2006; Kallen, 2001). De plus, les bébés de fumeuses courent des risques plus élevés d'infections respiratoires et d'asthme que ceux des non-fumeuses (Gilliland et al., 2000; Heaman et Chalmers, 2005).

Les proportions de femmes enceintes qui fument varient considérablement selon les

groupes ethniques. Selon l'ERLSPN 2002-2003, le taux de tabagisme chez les femmes enceintes des Premières Nations (58,8 %) était le même que celui de l'ensemble de la population des Premières Nations (RHS National Team, 2007). La proportion de femmes des Premières Nations enceintes qui fumaient plus de 10 cigarettes par jour était plus élevée que celle de leurs homologues non autochtones (15 % et 5,3 % respectivement), et une plus grande proportion de femmes des Premières Nations fumait au troisième trimestre de

leur grossesse (ibid.: 248) (figure 3). Au Nunavut, où environ 84 % de la population s'identifie comme étant inuite, entre 60 % et 80 % des femmes enceintes ont déclaré avoir fumé pendant la grossesse (Mehaffey, et al., 2010).

Une étude menée au Manitoba révèle que sur les 684 femmes interviewées, une proportion significativement supérieure de femmes autochtones (61,2 %) fumait pendant la grossesse. Chez les femmes non autochtones, la proportion est de 26,2 % (Heaman et Chalmers, 2005). La même étude a découvert que le nombre moyen de cigarettes consommées diminuait chez les femmes autochtones et chez les autres femmes au fur et à mesure que la grossesse avançait. En tenant compte de la race et de l'ethnicité, les corrélations significatives de tabagisme pendant la grossesse chez les femmes non autochtones et autochtones comprennent le faible revenu, la consommation d'alcool pendant la grossesse, le faible soutien de la part des autres et des soins prénataux inadéquats, alors que le fait d'avoir un emploi rémunéré réduisait les probabilités de fumer pendant la grossesse (ibid.). L'étude révèle également que la prévalence du tabagisme variait selon le trimestre de grossesse (voir figure 4).

Des tendances similaires ont été observées aux États-Unis et en Australie. En 2000, les femmes amérindiennes avaient le taux le plus élevé de tabagisme pendant la grossesse aux États-Unis (20,5 %), suivi des Blanches non hispaniques (15,6 %) (Ventura et al., 2003). En Australie, des études comparatives de femmes enceintes indigènes et non indigènes ont révélé que les premières étaient trois fois plus susceptibles que les autres de fumer pendant la grossesse (Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2008a). Les chercheurs ont également découvert des taux élevés correspondants de complications liées à la grossesse,

⁹ Naissance prématurée signifie naissance avant la 37^e semaine de gestation.

comme des naissances prématurées (20 % par rapport à 11 % respectivement), des nourrissons petits pour leur âge gestationnel¹⁰ (48 % par rapport à 21 %) et un faible poids à la naissance¹¹ (35 % contre 23 %) (Chan et al., 200; Westenberg et al., 2002). Également, les taux de mortinaissance étaient de 10,7 pour 1 000 chez les Indigènes australiens comparés à 6,3 pour 1 000 chez les autres Australiens et le taux de mort néonatale était de 4,6 pour 1 000 naissances vivantes chez les Indigènes australiens comparé à 2,7 % chez les autres (Mohsin et al., 2006). Étant donné que ces taux plus élevés de complications de la grossesse sont associés à plusieurs facteurs sociodémographiques, dont le tabagisme maternel, il est clair que les stratégies de prévention du tabagisme doivent être un élément essentiel des

initiatives de promotion de la santé ciblant les femmes indigènes enceintes.

6.2 Influence de la drogue et de l'alcool au stade prénatal

L'exposition prénatale aux drogues et à l'alcool peut avoir des effets nuisibles sur le développement du fœtus et du jeune enfant. Cette section porte particulièrement sur le syndrome de l'alcoolisation fœtale qui est considéré comme l'une des conséquences les plus nuisibles de l'exposition à l'alcool sur le développement précoce. Ce syndrome est aussi considéré comme l'une des conséquences les plus nuisibles de la consommation de drogues pendant la grossesse.

L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) est une expression générique qui décrit une gamme de déficiences attribuables à l'exposition prénatale à l'alcool. Ce trouble peut se traduire par des anomalies congénitales et par des déficiences mentales et affecter croissance et la formation adéquate du corps et du cerveau du fœtus (Comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis et Société canadienne de pédiatrie, 2002). La déficience la plus grave de l'ETCAF est le syndrome de l'alcoolisation fœtale (SAF) (Fetus and Newborn Committee, 1997). Les effets de l'exposition prénatale à l'alcool sont vastes, allant de manifestations graves (comme la mort et le SAF) à une normalité relative (voir le tableau 1). À cause de ses effets sur l'intelligence, l'activité et l'attention, l'apprentissage et la mémoire, le langage et les capacités motrices ainsi que le comportement, le SAF peut entraîner des déficiences graves au cours de la vie, ce qui représente « un lourd fardeau économique et social pour les personnes atteintes, les familles, les collectivités et la société en général » (Santé Canada, 2005b: 2).

L'alcool peut être dommageable pour le fœtus, quelle que soit l'étape de la grossesse puisqu'« il traverse rapidement la barrière placentaire, produisant des concentrations équivalentes dans la circulation fœtale » (Fetus and Newborn Committee, 1997, Définitions, para. 4). On ne dispose pas d'informations définitives sur la quantité d'alcool qu'une femme enceinte peut absorber sans causer de dommages à son enfant à naître. Même si les études ont montré que le SAF est plus susceptible de découler d'une consommation importante et continue (Barr et Streissguth, 2001; Streissguth et al., 1989), on est moins certain que des seuils supplémentaires relatifs à la consommation faible ou modérée d'alcool puissent également entraîner des déficiences (Sampson et al., 2000).

Tableau 1 : Effets de l'exposition prénatale à l'alcool sur la croissance et le développement

Particularités faciales anormales	<ul style="list-style-type: none"> • Fentes palpébrales fines • Augmentation de la distance intercanthale • Visage aplati et nez court • Philtrum lisse ou absent • Bouche convexe et lèvre supérieure mince
Retard de croissance pré et post-natal	<ul style="list-style-type: none"> • Circonférence de la tête inférieure à la normale • Troubles de l'ouïe • Anomalies oculaires • Peut entraîner des déficiences physiques comme des problèmes rénaux ou d'organes internes • Anomalies congénitales • Faible poids à la naissance • Taux de croissance lent
Dysfonction du système nerveux central et manifestations comportementales	<ul style="list-style-type: none"> • Retard de développement moteur et du langage • Habiletés cognitives amoindries • Difficultés liées aux aptitudes aux relations interpersonnelles • Déficit d'attention, hyperactivité et comportement impulsif • Déficience en matière d'apprentissage du langage et du traitement des nombres • Difficulté à comprendre les conséquences des actes • Comportement impulsif • Peut entraîner des incapacités secondaires comme des problèmes de santé mentale (dépression, trouble obsessionnel-compulsif), démêlés avec la justice et abus d'alcool et de drogue

Source : Adapté à partir du Comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis et la Société canadienne de pédiatrie, 2002, et de Santé Canada, 2006a.

¹⁰ PAG signifie que le poids à la naissance est inférieur au 10^e centile.

¹¹ Un faible poids à la naissance correspond à moins de 2 500 g.

Tableau 2 : Effets possibles de diverses drogues sur le fœtus et le nouveau-né

Substance	Effets sur le nouveau-né
Marijuana	Risques inconnus, mais certaines études révèlent un faible poids à la naissance et des difficultés d'apprentissage.
Cocaïne	Travail et accouchement prématurés; malformation des membres et des reins; dépendance du nourrisson à la cocaïne et syndrome de sevrage; augmentation possible du syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN); retard de développement et déficit d'attention et d'apprentissage.
Produits opiacés/héroïne, méthadone	Risque d'avortement spontané ou de travail prématuré; faible poids à la naissance; syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN); dépendance du nourrisson à la drogue et syndrome de sevrage; retard développemental à long terme; dommages au cerveau.
PCP Phénécyclidine	Graves déficits neurologiques et comportementaux, retards développementaux et possibilité de problèmes d'apprentissage.

Source : Adapté de l'University of Nevada (nd) et Chiang et Lee (1985).

Même si la prévalence exacte de l'ETCAF est inconnue, tous les groupes socioéconomiques et ethniques sont touchés. Dans la population canadienne en général, on estime que l'incidence globale du FAS se situe entre 2,8 et 4,8 pour 1 000 naissances vivantes (Comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis et Société canadienne de pédiatrie, 2002). Dans les communautés autochtones, il y a une sensibilisation croissante à l'étendue et aux répercussions du FAS. Cependant, comme il y a peu d'études examinant la prévalence du FAS/ETCAF chez les Autochtones, il faut faire attention à ne pas généraliser l'étendue de ce problème dans ces communautés. Plusieurs études isolées entreprises dans certaines communautés autochtones – dont la plupart remontent à longtemps – estiment que la prévalence atteint des taux considérablement supérieurs à ceux de la population canadienne en général. Certaines de ces études estiment que 16 % des enfants souffrent du SAF/ETCAF dans les communautés autochtones de la Colombie-Britannique (Robinson et al., 1987); que 7,2 pour 1 000 naissances vivantes souffrent du SAF dans une communauté des Premières

Nations du Manitoba (ibid.); que chez les Autochtones du Yukon, 46 enfants pour 1 000 souffrent d'ETCAF (Asante et Nelms-Matzke 1985, cité dans Bray et Anderson, 1989) et que dans une autre Première Nation du Manitoba, il y a 100 cas de SAF/ETCAF pour 1 000 naissances (Square, 1997).

Des taux élevés d'incidence ont également été découverts chez les Amérindiens. Une étude effectuée dans une communauté indienne du nord-ouest des États-Unis révèle des taux de SAF de 9,2 pour 1 000 naissances (Rhoades, 2000). Une autre étude sur les communautés autochtones au sud-ouest des États-Unis effectuée au début des années 1980 indique que les taux de SAF/effets de l'alcoolisme fœtal (EAF) varient au fil du temps selon les tribus et les groupes culturels (May et al., 1983). Alors que les taux étaient respectivement de 2,5 et de 2,7 pour 1 000 naissances chez les Navahos et les Pueblos, ceux des Indiens des plaines du sud-ouest étaient de 19,5 pour 1000 naissances. Comme de nombreuses études ont montré que souvent, le SAF et l'EAF ne sont diagnostiqués que lorsque l'enfant entre à l'école, l'incidence réelle du FAS doit être considérée comme plus élevée

que les taux rapportés (Comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis et Société canadienne de pédiatrie, 2002). Cependant, la variation des taux chez les différents groupes de peuples autochtones souligne la nécessité d'éviter de généraliser quant à la prévalence plus élevée (Pacey, 2009).

Comme l'abus d'alcool, l'abus de drogue peut avoir des conséquences nuisibles sur le développement cognitif, social et physique du fœtus. Pour des questions d'éthique, les études sur les effets des drogues consécutifs à l'exposition prénatale se limitent généralement à « une observation clinique des résultats de la grossesse ou à la détermination de la concentration de drogue dans les échantillons de fluides biologiques fœtaux et maternels collectés au moment de l'accouchement »¹² (Chiang et Lee, 1985: 1). Généralement, les résultats montrent que la consommation de drogues chez la mère peut entraîner « un accouchement prématuré, un avortement spontané, un faible poids à la naissance ainsi que des anomalies de nombreux systèmes organiques, particulièrement du cerveau, qui se manifestent par plusieurs déficiences neurologiques, émotionnelles et cognitives » (Nestler, 2009: 6). Même si on sait que « les effets à long terme de l'exposition fœtale à la drogue dépendent de plusieurs facteurs, notamment la dose, la durée et la diversité des drogues concernées » (Bhide et Kosofsky, 2009: 5), l'évaluation de ces effets est très difficile puisque parfois, les désordres du développement cérébral apparaissent plus tard dans la vie (Frederick et Stanwood, 2009).

Les effets possibles de diverses drogues sur le fœtus et le nouveau-né sont résumés au tableau 2. Il est important de rappeler qu'il ne s'agit pas des effets d'une combinaison de plusieurs substances avec le tabac et l'alcool.

¹² La méthodologie de ces études laisse souvent à désirer parce qu'elles ne tiennent pas compte de la consommation de plus d'une drogue.

Au Canada, on sait que l'abus d'alcool et d'autres drogues, y compris la consommation de drogues illicites, a des répercussions importantes sur de nombreuses communautés autochtones. Même si l'information sur la consommation de drogues chez ces populations est limitée, celle que l'on possède indique des taux de consommation qui sont presque le double de ceux de l'ensemble de la population (Santé Canada, 2000a; RHS National Team, 2007). On possède encore moins d'informations sur la consommation de drogues chez les femmes autochtones enceintes. Cela provient peut-être du fait qu'on prête généralement moins attention à l'abus d'alcool et d'autres drogues chez les femmes que chez les hommes, « en partie parce que la consommation des femmes n'est pas aussi élevée que celle des hommes » (Centre

d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique, 2005: 1). Un exemple de prévalence de la consommation de drogues chez les mères constitué à partir des données de 2008 de la British Columbia's Vital Statistics Agency (bureau de l'état civil de la Colombie-Britannique) et du Perinatal Database Registry (registre de la base de données sur la périnatalité) compare les femmes enceintes ayant le statut d'Indiennes inscrites vivant dans une réserve aux femmes enceintes vivant hors réserve et aux autres femmes non autochtones en Colombie-Britannique. Les données révèlent que la consommation de drogue est plus élevée chez les Indiennes inscrites enceintes hors réserve (6,9 %), suivie par les Indiennes inscrites enceintes vivant dans une réserve (4,4 %). Respectivement, ces taux sont plus de trois et deux fois plus élevés que celui

des femmes enceintes de l'ensemble de la Colombie-Britannique (Office of the Provincial Health Officer, 2009: 80).

La recherche indique un lien solide entre l'abus d'alcool ou d'autres drogues et la victimisation (National Institute on Drug Abuse, 1999) et les problèmes de santé mentale (Cormier et Poole, 2003). Dans une étude effectuée par Cormier (2000), 86 % des femmes qui abusaient de ces produits avaient été victimes de violences physiques ou sexuelles soit à l'âge adulte, soit pendant l'enfance. Une autre étude révèle qu'environ les deux tiers des femmes qui ont des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues avaient également des problèmes de santé mentale concomitants « comme la dépression, le trouble de stress post-traumatique, le trouble panique et un trouble de l'alimentation »



(Zilberman, 2003, cité dans Cormier et Poole, 2003: 14).

Les interventions qui ciblent la consommation de drogues chez les mères doivent tenir compte du contexte de la colonisation et de l'expérience des pensionnats qui ont contribué à la violence contre les femmes, à l'abus d'alcool ou d'autres drogues et à la toxicomanie. Elles doivent aussi prendre en considération le contexte des iniquités continues relatives aux déterminants de la santé qui sont également associées à l'abus d'alcool et d'autres drogues, qui, malgré des améliorations, montre encore « des différences claires entre les Autochtones et les non-Autochtones en ce qui a trait à l'achèvement des études, au revenu et aux possibilités d'emploi » (Adelson, 2003 cité dans RHS National Team, 2007: 114). La consommation de drogue chez la mère entraîne des coûts sociaux énormes, des complications médicales et la nécessité de fournir une éducation spécialisée à ses enfants (Nestler, 2009).

6.3 Allaitement maternel

Santé Canada encourage les mères à allaiter parce que l'allaitement maternel répond aux besoins nutritionnels et émotionnels des nourrissons et procure des bienfaits immunologiques qui améliorent leur croissance et leur développement (Comité directeur du Système canadien de surveillance périnatale et al., 1998). L'allaitement maternel joue un rôle important en ce qui a trait à la prévention des maladies, parce que les nourrissons allaités reçoivent une protection accrue contre les infections respiratoires, de l'oreille et des intestins; les composants uniques du lait humain contribuent à protéger les nourrissons des infections extérieures (ibid.). En plus des avantages pour la santé, « l'allaitement maternel est avantageux sur le plan social et économique puisque c'est une source alimentaire écologique, efficace et

autosuffisante » (ibid.: 23). Cependant, dans de nombreux pays développés, chez les femmes de statut socioéconomique inférieur, le taux d'allaitement maternel a tendance à être moins élevé (Amir et Donath, 2008; Millar et MacLean, 2005; Flacking et al., 2007). Il y a de nombreuses explications à cela, notamment le fait que les femmes dans les familles à faible revenu « ont moins de soutien familial relatif à l'allaitement, moins de capacités à chercher de l'aide lorsqu'elles ont des difficultés à allaiter, bénéficient de moins de souplesse pour ce qui est des arrangements au travail et sont gênées d'allaiter en public » (Amir et Donath, 2008: 256).

Comme tous les bébés nés avant l'invention du lait de formule, les enfants autochtones étaient nourris au sein jusqu'à ce qu'ils soient capables de digérer d'autres aliments (Banks, 2003). Les pratiques d'allaitement maternel traditionnel ont cependant été remplacées par l'allaitement au biberon dans les années 1950, au moment où le lait de formule a été introduit dans la population (MacMillan et al., 1996). À part quelques études qui documentent les taux relativement faibles d'allaitement maternel (Gilchrist et al., 2004; Banks, 2003), les pratiques d'allaitement dans les communautés autochtones du Canada n'ont pas été bien recensées. Une étude menée par Turcotte et Zhao (2004) utilisant les données de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 révèle que les enfants autochtones hors réserve âgés de trois ans et moins étaient moins susceptibles d'avoir été allaités au sein que les autres enfants du Canada (73 % comparés à 82 %). Une autre étude a découvert que même si les taux d'allaitement maternel chez les femmes autochtones vivant dans une réserve étaient considérablement inférieurs à ceux de l'ensemble de la population, ce type d'allaitement a augmenté entre 1997 à 2002, passant de 50 % à 60 % (Organisation nationale de la santé autochtone [ONSA], 2005).

Les chercheurs n'ont pas découvert de différences majeures entre les enfants des Premières Nations, inuits et métis en ce qui a trait au commencement de l'allaitement maternel. Les enfants inuits sont allaités plus longtemps (RHS National Team, 2007). Ces taux d'allaitement inférieurs sont une préoccupation pour la santé publique à cause du lien avec la prévalence des affections des voies respiratoires chez les enfants autochtones du Canada (Jenkins et al., 2004).

En plus des facteurs socioéconomiques qui ont des répercussions sur les taux d'allaitement, les forces culturelles peuvent également influencer l'allaitement chez les peuples autochtones (Banks, 2003). Par exemple, contrairement à la plupart des femmes canadiennes, la réussite ou l'échec de l'allaitement chez les femmes mohawks (et peut-être dans d'autres groupes autochtones) est fortement influencé par la grand-mère du bébé qui joue un rôle essentiel dans l'éducation de l'enfant (ibid.). L'allaitement maternel peut également sembler peu pratique aux mères, puisque la plupart des grands-mères et des membres de la famille élargie veulent également participer à l'alimentation de l'enfant, ce que permet l'allaitement au biberon. D'autres influences culturelles, comme le lait de formule subventionné par le gouvernement, qui contribue au faible taux d'allaitement maternel (ibid.), doivent être étudiées plus en profondeur. Même si davantage de recherche est nécessaire sur ce sujet, l'éducation sur les bienfaits de l'allaitement maternel ne peut qu'être avantageuse pour la santé du nourrisson (Halken, 2004) et constitue un bon début pour augmenter les taux chez les Autochtones. À l'avenir, les interventions devront viser à habiliter, éduquer et encourager les femmes (et la communauté élargie) à pratiquer l'allaitement maternel (Banks, 2003).



7. VIE SAINE



Les chercheurs ont démontré que l'accès à des aliments abordables nutritifs et le fait d'avoir un mode de vie actif avaient un effet positif et direct sur la santé au cours de la vie. Dans de nombreuses communautés autochtones, une diète inadéquate et un mode de vie plus sédentaire se sont traduits par une augmentation des taux d'obésité, de diabète et de maladies cardiovasculaires, à tel point que ces maladies sont devenues un problème de santé publique. Cette section est centrée sur les répercussions d'une diète et d'une activité physique inadéquates sur les peuples autochtones du Canada.

La diète saine et l'approvisionnement alimentaire adéquat dépendent en tout premier lieu de la capacité de se procurer des aliments sains et nutritifs et de leur coût, ce qui peut varier considérablement selon les régions. Dans les communautés

nordiques et éloignées, étant donné la grande distance que les aliments doivent parcourir, les coûts sont plus élevés et la variété des produits frais est beaucoup plus limitée (Skinner et Hanning, 2005). Lorsqu'ils s'ajoutent à la situation socioéconomique, à savoir un revenu et un taux d'emploi inférieurs, ces coûts plus élevés appliqués à l'achat d'aliments sains deviennent exorbitants. Pour les populations autochtones du Canada, la bonne nutrition dépend également de l'accès et de la sécurité des sources d'aliments traditionnels sur lesquelles nombre d'entre elles comptent encore.

L'insécurité alimentaire est très préoccupante pour de nombreux Autochtones, ce qui se traduit par des périodes de faim et contribue aux mauvais choix diététiques. Wilkinson et Marmot (2003) indiquent qu'une « bonne diète



et un approvisionnement alimentaire adéquat sont essentiels à la promotion de la santé et du bien-être » (p. 26). Lorsqu'il y a pénurie de nourriture (ou absence de variété), des maladies liées à la malnutrition et aux carences peuvent apparaître. La consommation excessive d'aliments gras, à faible valeur nutritive et la dépendance envers ces aliments peut entraîner d'autres problèmes de santé comme « les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, les maladies oculaires dégénératives, l'obésité et les caries dentaires » (ibid.). Les répercussions d'une diète inadéquate se font énormément sentir dans le système de soins de santé puisque « les personnes mal nourries résistent généralement moins aux infections et ont tendance à guérir plus lentement, sont plus malades, restent à l'hôpital plus longtemps et entraînent des coûts de soins de santé plus élevés » (Che et Chen, 2001: 11).

Au fil du temps, les diètes traditionnelles autochtones ont connu des changements considérables, attribuables à une

perturbation de l'approvisionnement alimentaire traditionnel, à un faible revenu, au coût élevé des aliments sains comparés aux aliments transformés préemballés, et à l'absence de connaissances relatives à ce qui constitue une bonne nutrition (Boult, 2004; Skinner et al., 2006). Les diètes traditionnelles autochtones qui comprenaient du gibier, du poisson, des baies et à des aliments végétaux, contenaient « beaucoup de protéines animales, peu de graisses et d'hydrates de carbone et fournissaient une quantité adéquate d'énergie et d'oligo-éléments pour la santé » (Willows, 2005: S32). Ces aliments provenaient de la chasse et de la cueillette, des activités qui demandaient des efforts physiques et une grande dépense d'énergie (Samson et Pretty, 2006). Ce régime alimentaire traditionnel a en grande partie été remplacé par une diète « occidentale » basée sur des aliments du commerce dont plusieurs sont de faible qualité nutritionnelle (Willows, 2005) et contiennent beaucoup de gras et de sucre simple (Skinner et Hanning,

2005). De plus, il s'accompagne d'un mode de vie plus sédentaire (Compher, 2006). Ces changements alimentaires et de mode de vie se sont produits sur une période relativement courte, soit moins d'une génération, et se reflètent dans les taux croissants de cancer, d'obésité et de diabète dans la population autochtone (Hegele et al., 1997; Hegele et al., 2001; Daneman, 1993).

7.1 Obésité

Il y a obésité clinique lorsque l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 30 kg/m² (Dictionary, 2002). L'obésité est liée à des maladies chroniques importantes comme l'arthrite, le diabète (Grundy, 2004; Ziegler, 2005), les maladies cardiovasculaires (Liu et al., 2006) et le cancer (Mokdad et al., 2003). Par exemple, les personnes dont l'indice de masse corporelle est de 35 ou plus sont 20 fois plus susceptibles de développer le diabète que leurs homologues du même sexe dont l'IMC se situe entre 18,5 et 24,9 (Field et al., 2001). On sait également que l'obésité dans la région abdominale entraîne les risques les plus élevés de maladies chroniques (Field et al., 2001) et qu'elle est plus courante dans les populations autochtones (Delisle et al., 1995; Harris, Caulfield et al., 1997). Plusieurs études ont démontré l'existence d'un lien solide entre la graisse abdominale, l'intolérance au glucose et le diabète, y compris chez les Plats-Côtés-de-Chien dans les Territoires du Nord-Ouest (Szarthmary et Holt., 1983), les Cris et les Ojibwés au Manitoba et en Ontario (Young, Sevenhuysen et al., 1990) et les Salish de l'intérieur en Colombie-Britannique, entre autres (Daniel et al., 1999).

À cause du passage de la diète traditionnelle à la diète « occidentale » et de la vie active à une vie plus sédentaire, les taux d'obésité chez les peuples autochtones sont beaucoup plus élevés que chez les autres Canadiens et constituent un problème majeur de santé publique. Il

Tableau 3 : Répartition du poids corporel chez les adultes des Premières Nations et chez les autres Canadiens



Poids corporel	Adultes des Premières Nations	Adultes canadiens
Normal	25,9 %	49 %
Surpoids	37,0 %	33 %
Obésité	31,2 %	15 %

Source : RHS National Team: 99-100.

n'existe pas de source de données unique permettant de comparer l'obésité chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada. L'ERLSPN de 2002-2003 a révélé que le taux d'obésité chez les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve était de 31,2 %, ce qui représente plus du double du taux de l'ensemble de la population canadienne (voir tableau 3) (RHS National Team, 2007). L'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 fournit une estimation de l'obésité chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits et les Métis et situe ces taux à 26,1 %, 26,4 % et 23,9 % respectivement. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007 rapporte un taux d'obésité de 16,6 % chez les adultes non autochtones (ASPC, 2009).

Les chercheurs ont découvert que les taux d'obésité étaient aussi plus élevés chez les populations indigènes aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande que dans le reste de la population. Aux États-Unis, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les Amérindiens et les Autochtones de l'Alaska est supérieure à celle de toutes les races combinées (Zephier et al., 2006; Denny et al., 2005; Halpern, 2007). En Australie, la National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Survey (enquête nationale sur la santé des Autochtones et des insulaires du détroit de Torres) effectuée en 2004-2005 révèle que 28 % des Indigènes australiens sont obèses comparés à 16 % chez les non-Indigènes (AIHW, 2008a); alors qu'en Nouvelle-Zélande, en 2006-2007, 43 % des Maoris âgés de plus de 15 ans étaient

considérés comme obèses comparés à seulement 23 % des Néo-Zélandais d'origine européenne ou autre (Ministry of Social Development, 2010).

Les taux d'obésité varient selon les différents groupes d'âge et le sexe. Chez les adultes des Premières Nations, les hommes sont surreprésentés dans le groupe de personnes en surpoids alors que les femmes sont surreprésentées dans celui des obèses et des obèses morbides (RHS National Team, 2007). Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2006, la prévalence de l'obésité chez les enfants et les jeunes autochtones de 6 à 14 ans (excluant les Premières Nations vivant dans les réserves) est de 20,4 % pour les hommes et de 17,2 % chez les femmes, et chez les adultes, elle se situe à 27 % pour les hommes et à 25,1 % chez les femmes (ASPC, 2011). En ce qui concerne les enfants et les jeunes, la prévalence de l'obésité est supérieure chez les Inuits (25,6 %), suivis par les Premières Nations vivant hors réserve (20 %), et les Métis (16,9 %) (ibid.). Il est cependant essentiel de souligner que dans le cas des enfants autochtones vivant dans l'Arctique, l'indice de masse corporelle devrait être interprété avec prudence parce que leur modèle de croissance est différent; ils présentent en effet un modèle anthropométrique élevé en ce qui a trait au poids par rapport à la taille, et ne devraient donc pas être considérés comme obèses (MacMillan et al., 1996).

L'obésité est non seulement liée à la diète et à la nutrition, mais également à plusieurs autres facteurs de risque. Dans une étude

longitudinale anglaise, les chercheurs ont examiné les facteurs de risque pendant les premières années de la vie sur l'obésité pendant l'enfance et ont découvert que les enfants qui écoutaient la télévision plus de huit heures par semaine couraient un risque accru d'obésité (Reilly et al., 2005). Dans cette même étude, la durée du sommeil a également été associée indépendamment à l'obésité pendant l'enfance: les enfants qui se classent dans les deux quartiles inférieurs de durée de sommeil (10,5 heures et entre 10,5 et 10,9 heures) à trente mois étaient plus susceptibles d'être obèses à sept ans que les enfants appartenant au quartile le plus élevé (> 12 heures; test du chi carré pour la tendance linéaire de 17,8). Le raisonnement qui sous-tend cette corrélation est que l'écoute de la télévision diminue la dépense d'énergie, que la durée du sommeil modifie la sécrétion d'hormones de croissance et l'exposition de l'enfant aux facteurs favorisant l'obésité comme la consommation de nourriture pendant la soirée et qu'elle agit comme un marqueur du niveau d'activité physique (ibid.). Des études similaires ont été entreprises auprès des enfants et des jeunes autochtones au Canada. Une étude effectuée par Hanley et al. (2000) a examiné la corrélation entre l'obésité et l'écoute de la télévision dans la communauté de la Première Nations de Sandy Lake et a découvert que les enfants qui passaient plus de cinq heures par jour à écouter la télévision couraient deux fois et demie plus de risques de devenir (ou d'être) préobèses comparés aux enfants qui passaient moins de deux heures par jour devant le poste.

L'inactivité physique est un prédicteur important de l'obésité (Katzmarzyk, 2008). Cependant, les données probantes sur l'activité physique des Autochtones sont inégales. Une étude effectuée par Findlay et Kohen (2007) auprès d'enfants et de jeunes autochtones et utilisant les données de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 a révélé que ces enfants étaient

aussi susceptibles de faire du sport que les autres, mais que certains enfants et jeunes autochtones l'étaient moins. Les résultats de leur étude montrent une corrélation entre les activités sportives et plusieurs variables y compris le sexe (le taux d'activité des garçons est supérieur à celui des filles), l'âge (le taux est supérieur chez les enfants par rapport aux jeunes), les facteurs familiaux (le niveau de revenus et de scolarité des parents ainsi que le fait d'avoir moins de frères et sœurs sont associés à un taux d'activité sportive plus élevé), l'identité de Première Nations (le taux était plus élevé chez les Métis et les Inuits que chez les Premières Nations, les enfants des Premières Nations hors réserve avaient des taux plus élevés que ceux qui vivaient dans une réserve) et la participation à d'autres activités (le fait de passer plus de temps à écouter la télévision ou à jouer à des jeux vidéo est associé à des taux inférieurs de participation). Chez les adultes, les résultats de l'analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 montrent que les Premières Nations et les Métis vivant hors réserve sont plus susceptibles que les non-Autochtones d'être actifs physiquement et que les Inuits sont aussi susceptibles de l'être.

Le problème majeur lié à l'obésité dans les communautés autochtones du Canada a trait à l'accessibilité (ou à son absence) des installations et des activités sportives et de loisirs. Lorsqu'on les interroge sur les installations sportives et culturelles dans leur communauté, moins de la moitié des jeunes autochtones de l'Ontario déclare avoir un centre d'activités sportives (First Nations Centre [FNC], 2004). Les besoins les plus couramment cités sont une piscine communautaire, suivie de matériel de terrain de jeu, d'un aréna et de haltes-garderies (ibid.). Dans les communautés autochtones rurales et éloignées, il existe plusieurs obstacles à l'augmentation du taux d'activité physique chez les enfants et les adolescents autochtones. Une étude effectuée par Skinner et al. (2006) révèle

que l'absence de sports organisés et de personnel qualifié, les installations limitées, les équipements insuffisants, l'absence de ressources financières, le manque d'accès aux espaces de jeux et à l'équipement et la concurrence entre les activités effectuées à l'intérieur et celles qui sont axées sur la technologie sont des obstacles importants à l'activité physique chez les enfants et les jeunes autochtones de Fort Albany, en Ontario. Combinés au fait de vivre dans un climat qui empêche de faire des activités extérieures pendant une grande partie de l'année, ces obstacles représentent des défis considérables en ce qui a trait à la promotion d'un mode de vie actif.

7.2 Implications de l'obésité chez les enfants et les adolescents pour la santé publique au Canada

Le diabète est devenu un problème de santé publique chez les populations indigènes de l'Amérique du Nord depuis les années 1950 (Cohen, 1954 cité par

RHS National Team, 2007: 70). Depuis ce temps, les études effectuées auprès des Indigènes aux États-Unis, au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Australie ont montré une prévalence systématiquement supérieure du diabète chez les Indigènes par rapport au reste de la population (McNamara et al., 2011; Dyck et al., 2010; Bruce et al., 2003; Janz et al., 2009; Garner et al., 2010; New Zealand Ministry of Health, 2000; Ghodes, et al., 2004; RHS National Team, 2007; Knowler et al., 1981, 1990; AIHW, 2008b). Des études longitudinales ont montré que le fait d'être en surpoids ou obèse pendant l'enfance et l'adolescence permet de prédire l'obésité à l'âge adulte (Serdula et al., 1993; Guo et al., 1994), un problème qui est associé au diabète de type 2 (Barrett-Connor, 1989; Skinner et Hanning, 2005) et aux maladies cardiaques (Hubert et al., 1983). Le diabète de type 2, aussi appelé diabète non insulino-dépendant ou diabète de l'adulte, est de loin le type le plus courant de diabète et est généralement traité en faisant un régime et de l'exercice (Garner et al., 2010).



Alors que le taux de diabète de type 2 est généralement plus élevé chez les Autochtones canadiens que dans l'ensemble de la population, il varie selon l'identité autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuits), le fait de vivre dans une réserve ou hors réserve, l'âge (Skinner et Hanning, 2005), le sexe (Dyck et al., 2010), le lieu de résidence et l'isolement (Young, Reading et al., 2000; Young, Szathmary et al., 1990).

L'ERLSPN de 2002-2003 rapporte un taux de prévalence de 19,7 % chez les Premières Nations (vivant dans une réserve) comparé à seulement 5,2 % chez les Canadiens en général (RHS National Team, 2007). L'étude de Garner et al. (2010) révèle une prévalence plus élevée de diabète chez les adultes des Premières Nations (9,3 %) et métis (7,5 %) vivant hors réserve par rapport aux adultes non autochtones (6,5 %), mais une prévalence inférieure chez les adultes inuits (4,9 %). De plus, une étude effectuée par Dyck et al. (2010), qui a utilisé les données des bases de données administratives afin d'étudier la fréquence du diabète en Saskatchewan entre 1980 et 2005, révèle que les femmes des Premières Nations étaient affectées par le diabète de façon disproportionnée, surtout pendant les années où elles sont en âge de procréer, leur taux de prévalence étant quatre fois supérieur à celui des femmes n'appartenant pas aux Premières Nations.

L'âge auquel le diabète est diagnostiqué et l'augmentation rapide de la prévalence chez les populations indigènes sont encore plus inquiétants. De plus en plus d'enfants et d'adolescents autochtones au Canada reçoivent un diagnostic de diabète (Young, Dean et al., 2000). Les enfants des Premières Nations, particulièrement ceux qui vivent dans le nord-ouest de l'Ontario et dans le nord du Manitoba, ont été identifiés comme un groupe à risque élevé de contracter le diabète de type 2 (Harris et al., 1996; Dean, 1998). Chez les adultes, l'étude de Dyck et al. (2010) sur la population de la Saskatchewan révèle que le nombre de cas nouveaux de diabète est plus élevé

chez les personnes des Premières Nations âgées de 40 à 49 ans alors que chez les autres personnes, il est plus élevé à l'âge de 70 ans ou plus. Les chercheurs ont découvert des résultats similaires chez les enfants, les jeunes et les adultes indigènes en Australie (O'Dea et al., 2007; Craig et al., 2007) et aux États-Unis (McLaughlin, 2010).

La prévalence accrue du diabète au fil du temps est une tendance particulièrement préoccupante, qui a des implications coûteuses pour les soins de santé publique au Canada. Le diabète peut entraîner des complications à long terme qui affectent le système cardiovasculaire, les yeux, les reins et les nerfs. Il peut aussi causer des maladies cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux, des maladies rénales, la cécité, des amputations de membres et une susceptibilité accrue aux infections et aux autres maladies (ASPC, 2008b; Conseil canadien de la santé, 2007). Le diabète devient de plus en plus courant et s'accroît à un rythme rapide, surtout chez les hommes des Premières Nations. Le Conseil canadien de la santé (2007) a utilisé des sources de données multiples, a suivi l'augmentation de la prévalence du diabète et a découvert que le taux de croissance le plus rapide au cours d'une période de cinq ans (1997-2002/2003) concernait les hommes des Premières Nations âgés de 45 à 64 ans. Dyck et al. (2010) ont remarqué une tendance similaire, la prévalence du diabète chez les hommes des Premières Nations passant de 9,5 % à 20,3 % entre 1980 et 2005 (alors qu'elle était passée de 2 % à 6,2 % chez les autres hommes), et chez les femmes des Premières Nations, passant de 9,5 % à 20,3 % (alors qu'elle était passée de 2 % à 5,5 % chez les autres femmes).

Des programmes novateurs et efficaces de prévention et de traitement du diabète ont été mis sur pied dans certaines communautés des Premières Nations. Par exemple, le programme de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake a

réussi à « mettre un frein à l'augmentation persistante des nouveaux cas de diabète dans la communauté de la Première Nation mohawk près de Montréal » (Conseil canadien de la santé, 2007: 7); et le programme régional de santé rénale d'Island Lake a été mis sur pied en réaction au taux élevé d'insuffisance rénale dans les communautés nordiques et éloignées au Manitoba. Il fournit des services de prévention, de dépistage et de traitement des maladies rénales (ibid.). Ce taux de prévalence croissant souligne la nécessité d'instaurer des programmes de traitement et de prévention du diabète plus efficaces comme ceux-ci.

Les taux de maladies cardiovasculaires ont également augmenté au cours des 40 dernières années (Reading, 2009b). Les données de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuits effectuée en 1997 montrent que les taux de problèmes cardiaques autodéclarés sont trois fois supérieurs chez ces peuples que dans l'ensemble de la population (Comité directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1999). Des données plus récentes continuent à démontrer le fardeau disproportionné de maladies cardiovasculaires chez les Autochtones canadiens. Une étude effectuée par la réserve des Six Nations dans le sud de l'Ontario a découvert que 17 % de ses résidents souffraient de maladies cardiovasculaires comparés à seulement 7 % des personnes non autochtones (Myers, 2002). De plus, l'administrateur provincial de la santé de la Colombie-Britannique a rapporté que les taux d'accidents vasculaires cérébraux en 2006-2007 étaient 70 % plus élevés, que les cardiopathies ischémiques étaient 25 % plus élevées et que l'insuffisance cardiaque congestive était 75 % plus élevée chez les Indiens inscrits que chez les autres résidents de la province (Office of the Provincial Health Officer, 2009). Chez les Inuits, le taux de maladies cardiovasculaires a généralement été inférieur à celui de la

population canadienne. Cependant, en 2000-2001, les taux de facteurs de risque spécifique ont augmenté, y compris la proportion d'Inuits ayant un indice de masse corporelle de 25 ou plus qui excédait celui de l'ensemble de la population, ce qui suggère que les problèmes de santé liés aux maladies cardiovasculaires deviendront aussi de plus en plus préoccupants pour cette population (Young, 2003).

Au Canada, les peuples autochtones sont également plus susceptibles de mourir de maladies cardiovasculaires que l'ensemble de la population¹³. Par exemple, en 2000-2001, le taux de mortalité attribuable à l'infarctus aigu du myocarde chez les Premières Nations vivant dans une réserve était de 72,7 pour 100 000 comparé à 52,1 pour 100 000 chez les autres Canadiens, et le taux de mortalité attribuable aux accidents cérébrovasculaires était de 71,5 pour 100 000 comparé à 34,2 pour 100 000 chez les autres Canadiens (Santé Canada, 2005a).

À cause de la modification de la diète et du mode de vie, l'incidence du cancer a également augmenté chez les peuples autochtones. De nombreuses études sur le cancer ont montré que la consommation élevée de protéines animales, de gras et d'hydrates de carbone ainsi que la faible consommation de fibres alimentaires et d'aliments végétaux augmentent le risque de développer un cancer du sein, du côlon et de la prostate (Slattery, 2005; Key et al., 2002). Les chercheurs qui étudient la santé des Autochtones ont découvert une augmentation aigüe de la prévalence du cancer du côlon, du sein et de la prostate chez les peuples autochtones qui atteint des niveaux correspondants à ceux des non-Autochtones (Marrett et Chaudhry, 2003). Des tendances similaires ont été constatées chez les Amérindiens et chez

les populations autochtones de l'Alaska comparés à l'ensemble de la population américaine (Byers, 1996).

7.3 Programmes d'intervention relatifs à l'obésité destinés aux Autochtones

Les programmes d'intervention relatifs à l'obésité sont généralement inclus dans les programmes de promotion de la santé et d'éducation ou dans les programmes d'intervention propres à certaines maladies (Young, 1994; Young et Harris, 1994). Par exemple, l'Unité de l'activité physique été mise sur pied pour aider les Canadiens à améliorer leur santé en pratiquant régulièrement des activités physiques, et fait partie de la Stratégie en matière de modes de vie sains, une initiative intersectorielle visant à améliorer la santé et à réduire les disparités en matière de santé au Canada (ASPC, 2010a).

Le gouvernement du Canada offre deux programmes dans le cadre d'une stratégie d'intervention précoce ciblant les jeunes enfants autochtones. L'Agence de la santé publique du Canada offre le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des communautés urbaines et nordiques (PAPA) qui répond aux besoins des jeunes enfants autochtones de 0 à 6 ans vivant dans les centres urbains et dans les grandes communautés nordiques (ASPC, 2010b). Il vise à répondre aux besoins spirituels, émotionnels, intellectuels et physiques de l'enfant. Santé Canada offre un programme similaire, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves, pour répondre aux besoins de cette population (Santé Canada, 2009a).

Les autres programmes visent d'autres groupes d'âge. Vie Active 2010 est un

programme de promotion de l'activité physique qui aide les organisations autochtones (et les autres minorités ethniques) en fournissant des occasions de pratiquer des activités physiques, de sports et de loisirs communautaires en Ontario (ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario, 2005). Il y a également des programmes d'intervention relatifs à l'obésité qui sont intégrés dans les initiatives d'intervention pour les maladies chroniques, comme la Stratégie canadienne du diabète, le programme de prévention des maladies cardiovasculaires, le programme de promotion de la santé et le projet sur les facteurs de risque¹⁴.

7.4 Disponibilité et sécurité des sources d'aliments traditionnels

L'insécurité alimentaire chez les Autochtones du Canada est liée non seulement à l'accessibilité des aliments nutritifs abordables, mais également à celle des sources d'aliments traditionnels et à leur sécurité. Les aliments traditionnels¹⁵, qui proviennent des activités de chasse, de piégeage et de pêche « constituent un ancrage pour le bien-être culturel et personnel dans le Nord. Ils sont essentiels à la santé nutritionnelle et sociale des autochtones » (Furgal et al., 2005: 104). La nourriture – sa collecte, sa consommation et son commerce – est considérée comme faisant « partie intégrante de la communauté, et possède des ramifications sociales, culturelles, économiques et spirituelles » (Wheatly, 1996 cité dans El-Hayek, 2007: 69).

Les aliments traditionnels constituent encore une partie importante de l'énergie alimentaire de nombreux Autochtones, particulièrement pour ceux qui habitent

¹³ Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000/2001 citées dans Young, 2003.

¹⁴ Les détails de ces programmes se trouvent sur la page d'accueil de l'Agence de la santé publique du Canada sous Maladies chroniques, Diabète/facteurs de risque, promotion de la santé et maladies cardiovasculaires à www.phac-aspc.gc.ca/index-fra.php.

¹⁵ Aussi appelés « aliments prélevés dans la nature ».

loin des régions urbaines ou des routes accessibles, pour ceux qui vivent sous des latitudes nordiques (Kuhnlein et al., 2004), et pour ceux qui n'ont pas accès à d'autres solutions de rechange saines (Furgal et al., 2005). Cependant, alors que l'alimentation traditionnelle composait auparavant 100 % de l'énergie alimentaire, elle n'en constitue que 10 % à 36 % aujourd'hui (Kuhnlein et al., 2004). Une des raisons de ce détournement des nourritures traditionnelles est la préoccupation concernant la contamination environnementale de ces sources alimentaires, qui a contribué à la popularité des produits du commerce (Furgal et al., 2005).

Plusieurs études semblent appuyer ces préoccupations ainsi que les répercussions sur la santé des peuples autochtones. Des chercheurs ont établi un lien entre la présence de métaux lourds et de polluants organiques persistants dans les sources d'aliments traditionnels et les atteintes neurologiques ainsi que certains cancers (Canuel et al., 2009; El-Hayek, 2007).

Par exemple, des données des enquêtes alimentaires indiquent que les Inuits ont le taux de consommation de mercure le plus élevé, avec des niveaux qui pourraient excéder les lignes directrices acceptables (El-Hayek, 2007). La contamination par le mercure provient principalement des phoques, des ours polaires, des narvals et des caribous, des mammifères chez qui les métaux comme le mercure s'accumulent principalement dans les organes internes. Les chercheurs ont également découvert que les membres des nations tribales du nord-ouest du Pacifique consomment en moyenne dix fois plus de poisson et de fruits de mer que le consommateur américain moyen et qu'ils sont significativement exposés aux polluants persistants et aux biotoxines que l'on trouve dans cette source d'aliments (Wiseman et Gobas, 2002; Judd et al., 2004).

On trouve un exemple des répercussions sur la santé de l'abandon radical des aliments traditionnels résultant de la contamination environnementale chez les communautés crie dans le nord du

Québec. Les projets de développement hydroélectrique du bassin de la baie d'Hudson et de la baie James ont entraîné des dangers importants d'empoisonnement au méthylmercure en aval et des avis incitant à réduire la consommation de poisson d'eau douce (O'Brien, 2002). Vers les années 1980, de nombreux Crie avaient abandonné les aliments traditionnels, ce qui a provoqué une augmentation de l'obésité, du diabète non insulino-dépendant et de l'hypertension artérielle (Belinsky et Kuhnlein, 2000). Plus particulièrement, les chercheurs ont observé une prévalence élevée du diabète depuis. Les taux de prévalence ont augmenté à un rythme alarmant dans les communautés des Premières Nations du nord du Québec (Eeyou Istchee), passant de 4,1 % en 1989 à plus du triple en 2005 (Dannenbaum et al., 2008).

Alors que certains chercheurs ont lié la contamination environnementale à une série de maladies et de malaises, les données probantes ne sont pas concluantes et de nombreux chercheurs pensent encore que les avantages des aliments traditionnels pour la santé sont supérieurs aux risques (El-Hayek, 2007; Kuhnlein et al., 2000). Les aliments traditionnels apportent des bénéfices nutritionnels supérieurs à ceux des aliments du commerce. Dans leur étude, Kuhnlein et al. (2004) ont découvert que le niveau de protéines et de la plupart des oligo-éléments est supérieur les jours où les personnes ont déclaré avoir consommé des aliments traditionnels, et que la consommation de ces aliments est associée à un taux moindre de gras saturés et d'hydrates de carbone. Par ailleurs, la consommation d'aliments traditionnels remplace les aliments du commerce moins nutritifs à faible coût, jouant ainsi un rôle important dans le maintien du poids santé et de la santé optimale. Étant donné la supériorité nutritionnelle des aliments traditionnels, il est cependant important de maintenir un équilibre sain entre le régime traditionnel et les aliments du commerce (El-Hayek, 2007; O'Brien, 2002).





8. CONSOMMATION ET MÉSUSAGE DE L'ALCOOL ET D'AUTRES DROGUES



La consommation de drogue est à la fois une réaction à la rupture sociale et un facteur important qui aggrave les inégalités de santé qui en résultent... La dépendance à l'alcool, la consommation de drogues illicites et de cigarettes sont étroitement associées aux marqueurs des désavantages sociaux et économiques (Wilkinson et Marmot, 2003: 24).

Les coûts sociaux de la consommation d'alcool et d'autres drogues sont considérables. En 2002 par exemple, les coûts de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues, y compris les services de soins de santé, d'application des lois et de la perte de productivité au travail ou à la maison s'élevaient à 39,8 milliards de dollars, et les substances légales (tabac et alcool) représentaient 79,3 % de cet estimé total, alors que les drogues illicites expliquaient le 20,7 % restant (Rehm

et al., 2006). Cette section porte sur l'interconnexion entre les déterminants sociaux, la consommation d'alcool et d'autres drogues et la santé des peuples autochtones. Elle aborde spécifiquement la prévalence de la consommation de tabac, d'alcool, de solvants et de drogue chez ces peuples; les répercussions de l'abus sur la santé des peuples autochtones en général et la nécessité d'élaborer des stratégies de lutte de prévention adaptées au contexte propre à ces peuples.

8.1 Consommation de tabac

La consommation de tabac est la principale cause de maladies évitables et chaque année, environ 37 000 personnes meurent (16 % de tous les décès) au Canada à cause du tabagisme (Conseil canadien pour le contrôle du tabac, 2009). La consommation de tabac est un facteur de

risque majeur de nombreuses maladies, comme les maladies cardiovasculaires (Ellison et al., 1999), les maladies respiratoires chroniques (Sin et al., 2002), le cancer (RHS National Team, 2007) et l'arthrite (Albano, 2001; Hutchinson et al., 2001). De plus, les chercheurs ont établi un lien entre le fait de mâcher du tabac et le cancer de la bouche (Key et al., 2002). Étant donné que ce rapport a déjà abordé le sujet de la consommation de tabac dans le cadre de l'exposition prénatale à la fumée, cette section sera principalement axée sur la consommation de tabac chez les enfants, les jeunes et les adultes autochtones.

Chez de nombreuses personnes des Premières Nations et métisses, le tabac est considéré comme une plante sacrée et est utilisé à diverses fins médicales, spirituelles et cérémoniales. Cependant, malgré la diminution de la prévalence du tabagisme chez tous les Canadiens au cours des 30 dernières années (Chassonneuve, 2007), les peuples autochtones ont des taux élevés alarmants de consommation non traditionnelle de tabac, particulièrement les Premières Nations et les Inuits. Comparés à 17 % de l'ensemble des fumeurs au Canada¹⁶, 31 % des Métis (Janz et al., 2009), 58 % des Inuits (Tait, 2008) et 58,8 % des Premières Nations adultes fument (RHS National Team, 2007)¹⁷.

Malgré l'absence de données de surveillance, celles qui existent révèlent que les peuples autochtones ont des taux plus élevés de maladie et de décès liés au tabac. Les taux d'incidence du cancer du poumon augmentent et s'approchent de la moyenne canadienne (Unité de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones, 2002), alors que les taux de cancer du poumon au Nunavut sont quatre fois plus élevés que la moyenne nationale (Association pour les droits des non-fumeurs/Fondation pour la lutte contre le tabac, 2009). Les peuples des

Premières Nations ont des taux plus élevés d'asthme que l'ensemble de la population canadienne (9,7 % comparés à 7,8 %) et la prévalence des maladies cardiaques est de plus du double (11,5 % comparé à 5,5 %) (RHS National Team, 2007: 59). De plus, les Autochtones ont un taux plus élevé de diabète, pour lequel le tabagisme est un facteur de risque, comparés aux non-Autochtones (RHS National Team, 2007).

La prévalence élevée de tabagisme n'est pas propre aux peuples autochtones du Canada. En Australie, en 2004-2005, 52 % des Indigènes et des insulaires du détroit de Torres se déclaraient également fumeurs, un taux qui est plus du double de la prévalence que l'on trouve dans l'ensemble de la population australienne (Scollo et Winstanley, 2008). En Nouvelle-Zélande, 45 % des Maoris fumaient en 2006, comparés à 21 % dans le reste de la population (Ministry of Health, 2006 cité dans Scollo et Winstanley, 2008), alors qu'aux États-Unis, 32 % des Amérindiens et des Autochtones de l'Alaska fumaient en 2005 comparés à 21 % de l'ensemble de la population (Mariolis et al., 2005 cité dans Scollo et Winstanley, 2008).

Compte tenu de la prévalence du tabagisme chez les peuples autochtones du Canada, l'exposition des enfants autochtones à la fumée de cigarette est clairement préoccupante pour la santé. Le fait que la fumée du tabac aggrave les risques de maladies respiratoires pendant les premières années de la vie en endommageant l'appareil respiratoire et en favorisant ou en aggravant le développement de problèmes respiratoires chroniques est bien documenté (Mann et al., 1992). L'exposition à la fumée secondaire est également associée à la mort subite du nourrisson, à des taux accrus d'infections des voies respiratoires inférieures, à une diminution de la

croissance pulmonaire, à une augmentation de l'otite moyenne, et à un risque accru d'asthme et de diabète de type 2 (Adgent, 2006; Comité de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis et Société canadienne de pédiatrie, 2005; Gaffney, 2000; Jenkins et al., 2003, Wang et Pinkerton, 2008). En plus des répercussions sur la santé physique, l'exposition à la fumée du tabac peut également perturber la santé mentale et le développement intellectuel de l'enfant. Une étude longitudinale avec suivi sur cinq ans a révélé un lien statistiquement significatif ($p=0,05$) entre le fait de commencer à fumer à un jeune âge et les comportements à risque élevé chez les adolescents en septième année (Ellickson et al., 2001). Par exemple, comparés aux non-fumeurs, les fumeurs précoces étaient 82 fois plus susceptibles de consommer de la marijuana toutes les semaines et 36 fois plus de consommer des drogues dures; 11 fois plus susceptibles de consommer de l'alcool toutes les semaines, 8 fois plus susceptibles de connaître des épisodes d'alcoolisation aigüe et 7 fois plus susceptibles de commettre des vols (ibid.). Ces adolescents couraient également des risques accrus de faible rendement scolaire, de problèmes de comportement à l'école et de recours à la violence abusive et relationnelle.

Il y a un manque de recherches sur l'exposition des enfants autochtones à la fumée secondaire du tabac. Une étude a documenté les taux élevés de tabagisme chez les parents d'enfants inuits. Les parents ont déclaré être non-fumeurs dans seulement trois des ménages de l'échantillon, alors que le tabagisme parental concernait 42 ménages (48,8 %), et à proximité de la maison, 31 ménages (Orr et al., 2001). Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes effectuée

¹⁶ Basé sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 citée dans Tait, 2008.

¹⁷ Les données concernant les Métis et les Inuits sont basées sur l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et les données concernant les Premières Nations sont tirées de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuits de 2002-2003.

Tableau 4 : Pourcentage de non-fumeurs de 12 ans et plus qui sont exposés à la fumée secondaire

Lieu	Autochtones	Non-Autochtones
Domicile	16	4,6
Véhicule privé	14	5,6
Espace public	14,9	10,4
Véhicule privé ou espace public	24,2	13,8

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichiers de partage Cycle 3.1, 2005 cité dans Office of the Provincial Health Officer, p. 162.

par Statistique Canada en 2005 révèlent des taux significativement plus élevés d'exposition à la fumée secondaire chez les Autochtones de 12 ans et plus que chez les non-Autochtones (voir tableau 4). De la même façon, l'Enquête de 1997 sur la consommation de tabac en Colombie-Britannique indique que 32 % des enfants autochtones étaient exposés à la fumée de cigarette quotidiennement ou quasi quotidiennement à leur domicile comparés à 18 % de tous les enfants de la Colombie-Britannique (Office of the Provincial Health Officer, 2001).

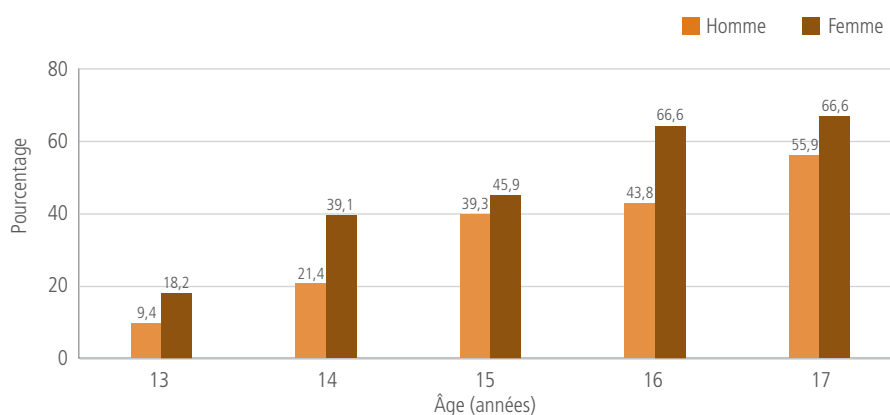
Comme chez les adultes, chez les enfants et les jeunes autochtones, le tabagisme est plus prévalent et commence un très jeune âge. L'ERLSPN de 2002-2003 révèle que l'âge moyen auquel les enfants

des Premières Nations habitant dans une réserve commencent à fumer est 12,2 ans (RHS National Team, 2007). Tout au long de l'adolescence, le taux de tabagisme augmente avec l'âge et est supérieur chez les femmes (figure 5). Elton-Marshall et al. ont aussi trouvé des taux élevés dans leur étude effectuée en 2011 qui utilisait des données transversales basées sur les déclarations des personnes sondées, extraites de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes de 2008-2009, pour examiner la prévalence du tabagisme chez les jeunes autochtones de la 9^e à la 12^e année vivant hors réserve. Ils ont découvert que 24,9 % des répondants autochtones se déclaraient fumeurs actuels comparés à 10,4 % des répondants non autochtones, et que la prévalence du tabagisme était plus élevée chez les filles que chez les garçons (27,1 % comparée à 22,9 %).

Les taux élevés de tabagisme chez les adolescents autochtones sont particulièrement inquiétants parce que ces personnes représentent un groupe démographique important et croissant au sein de la population autochtone et parce que le tabagisme aura des effets à long terme sur leur santé. La prévalence particulièrement élevée de tabagisme chez les jeunes femmes pose un problème supplémentaire étant donné l'influence des facteurs de risque sur les générations futures. Cela montre également la nécessité de lutter contre ce facteur de risque grâce à des programmes d'intervention axés non seulement sur l'âge, mais également sur le sexe.

De nombreux chercheurs établissent des corrélations entre le tabagisme et les désavantages socioéconomiques (Scollo et Winstanley; RHS National Team, 2007; Sin et al., 2002; Laaksonen et al., 2005). Selon un rapport de 1999 sur le tabagisme chez les peuples autochtones au Canada, il y a une solide relation inverse entre le tabagisme et la scolarité: plus les Autochtones sont éduqués, moins ils sont susceptibles de fumer (Stephens et Santé Canada, 1999). Chez les jeunes adultes autochtones âgés de 15 à 24 ans, 75 % des diplômés universitaires n'avaient jamais fumé quotidiennement, comparés à 24 % chez ceux qui n'avaient pas terminé leur neuvième année (ibid.). De plus, les diplômés universitaires autochtones, quel que soit leur groupe d'âge, étaient plus susceptibles d'avoir cessé de fumer. Ce même rapport souligne également une relation inverse entre le revenu et le tabagisme. Les Autochtones qui gagnaient 50 000 \$ et plus étaient presque deux fois plus susceptibles de ne jamais avoir fumé quotidiennement que ceux dont le revenu se situait entre 5 000 et 9 999 \$ (ibid.). Selon ces statistiques, les mesures visant à améliorer les problèmes socioéconomiques des peuples autochtones peuvent être bénéfiques pour la santé.

Figure 5 : Consommation de tabac chez les jeunes des Premières Nations selon l'âge et le sexe (n=2 494)



Source : RHS National Team, 2007: 203.

Les résultats de recherche indiquent clairement que les stratégies de prévention et de lutte contre le tabagisme doivent comporter plusieurs facettes et être généralisées afin de cibler les caractéristiques propres à la consommation de tabac chez les Autochtones. Elles doivent aussi tenir compte du rôle de la culture dans la consommation de tabac chez les Premières Nations et les Métis, ainsi que de l'âge et du sexe de la population ciblée, et viser à améliorer les conditions socioéconomiques des communautés autochtones.

8.1.1 Programmes d'intervention et de lutte contre le tabagisme

Les politiques et les programmes gouvernementaux ciblant les interventions et la lutte contre le tabagisme peuvent réduire certaines inégalités de santé existantes entre les Autochtones et les autres Canadiens. Étant donné les répercussions élargies de la consommation de tabac sur la santé, il n'est pas surprenant que ces programmes de lutte contre le tabac figurent sur la liste des priorités gouvernementales depuis un certain temps. En 2001, le gouvernement du Canada a mis en place la Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits (SLTPNI), un programme de cinq ans visant particulièrement ces populations. Ce programme était financé à hauteur de 6 millions de dollars la première année, 10 millions les deux années suivantes et 12 millions les deux dernières années (Médecins pour un Canada sans fumée, 2007). Même si le programme a réussi à sensibiliser les personnes aux problèmes, il a été interrompu par le gouvernement en 2006 à cause de perceptions concernant l'inefficacité des méthodes utilisées pour évaluer l'atteinte des objectifs (ibid.).

Depuis ce temps, plusieurs programmes d'intervention et de lutte contre le tabagisme ont ciblé la population canadienne dans son ensemble, certains volets spécifiques étant axés sur les peuples

autochtones. En octobre 2007, une nouvelle stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme a été annoncée, son objectif étant de faire passer le nombre de fumeurs de 19 % à 12 % avant 2011 (Mosazai, 2007). Le gouvernement fédéral a alloué 480 millions de dollars sur cinq ans, et 50 millions supplémentaires pour réduire les taux élevés de consommation de tabac chez les Premières Nations et chez les Inuits (Santé Canada, 2008b).

En 2009, il y a eu un appel de propositions pour la lutte contre le tabac correspondant aux objectifs de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme et aux priorités stratégiques du gouvernement. Le financement concernait deux volets : un destiné à la population en général et un autre aux Autochtones. Dans le cadre de ce dernier, les propositions considérées étaient liées à la cessation, à la prévention et à la protection; aux activités de développement et de transfert des connaissances, comme les façons novatrices d'aider les gens à cesser de fumer; aux approches holistiques qui intègrent la réduction et la prévention du tabagisme dans des initiatives élargies; à la recherche sur l'arrêt tabagique; à l'élaboration et à la prestation de formations destinées aux praticiens; aux activités axées sur la protection des enfants contre la fumée secondaire ou visant à les empêcher de commencer à fumer; à l'augmentation des capacités permettant de résoudre les problèmes relatifs aux politiques; et au partage de pratiques exemplaires en matière de politiques et d'approches efficaces entre les communautés autochtones (ibid.). Le financement des projets en vertu de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme a été prolongé jusqu'en mars 2012 (Strizzi, 2011).

En plus des initiatives nationales de lutte contre le tabagisme, des initiatives provinciales ont également eu lieu au cours des quinze dernières années. En Ontario par exemple, la Stratégie antitabac à l'intention des Autochtones (SAA)

a été créée en 2004 et fait partie de la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones. Elle vise à fournir du financement pilote à plusieurs projets communautaires afin d'encourager les communautés qui « connaissent la différence entre le tabac traditionnel et commercial et qui possèdent les connaissances, la volonté, les ressources et les compétences nécessaires à la promotion et à la protection du bien-être de leurs membres » à faire une « utilisation sage du tabac » (Action Cancer Care, 2009: 23). Entre 2004 et 2009, 49 projets ont été financés pour un montant total de 503 000 \$ (ibid.). En Colombie-Britannique, la stratégie de lutte contre le tabac chez les Autochtones Honoring Our Health (notre santé à l'honneur) a été dévoilée en 2001 et consiste en un cadre de lutte contre le tabac dans la communauté (ministère de la Santé et de la Colombie-Britannique et le ministère responsable des personnes âgées, 2001). Un autre exemple est la Stratégie relative à l'usage du tabac par les Autochtones de l'Alberta, qui a été mise sur pied en 2002 dans le cadre de la stratégie provinciale de réduction du tabagisme. En 2004-2005 et 2005-2006, 19 communautés et organisations autochtones vivant hors réserve ont reçu du financement pour « mettre au point et offrir des programmes de prévention, d'éducation, de cessation et de protection, en mettant l'accent sur les différences entre l'usage sacré et l'usage récréatif du tabac » (Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 2005; 2006).

Selon la Société canadienne du cancer, les cigarettes bon marché auxquelles ont accès les Premières Nations sont particulièrement responsables des taux extrêmement élevés de tabagisme dans les réserves et ce problème doit être résolu afin d'améliorer la santé de cette population (CBC News, 2007). Par exemple, en Saskatchewan, les fumeurs des Premières Nations peuvent acheter jusqu'à trois cartouches de cigarettes par semaine chacun pour environ cinq dollars le paquet

sans avoir à payer de taxes provinciales sur le tabac – environ la moitié du prix que cela coûterait si la taxe provinciale de 4,50 \$ était ajoutée (ibid.). D'après la Société canadienne du cancer, « la façon la plus efficace de diminuer le tabagisme est d'augmenter les taxes et d'utiliser les revenus provenant de ces dernières afin d'encourager les personnes à écraser » (ibid.: para. 14).

De nombreuses données probantes appuient l'adoption d'une stratégie de réduction du tabac axée sur l'augmentation de la taxation des cigarettes, bien que la nature de ces données diffère selon les études. Le rapport annuel 2000 de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (Santé Canada, 2000b) indique une légère augmentation de l'usage du tabac dans les provinces où le taux de taxation est relativement bas. L'Enquête montre que dans les provinces où le taux de taxation est « élevé » (C.-B., Alb., Sask., Man., T.-N.-L.), le taux de prévalence du tabagisme est inférieur à celui des provinces ayant un taux de « taxation faible », tout comme le nombre de cigarettes fumées quotidiennement déclarées par les fumeurs (ibid.: p. 1). Plusieurs autres études suggèrent que l'accroissement des coûts de la cigarette pourrait entraîner une diminution directe de la prévalence de l'usage du tabac chez les personnes qui ont moins de revenu disponible. Townsend et al. (1994) ont montré que les hommes et les femmes appartenant à des groupes socioéconomiques moins favorisés sont plus susceptibles de réagir à l'augmentation du coût des cigarettes que ceux et celles qui appartiennent à des groupes socioéconomiques plus fortunés, et Levit et al. (1981) ont souligné que les jeunes adultes fumeurs de 20 à 24 ans (qui sont susceptibles d'avoir moins de revenu disponible que les adultes plus âgés) sont plus affectés par le prix que les adultes plus âgés. Une autre étude effectuée par Hamilton et al. (1997) a montré que bien que la prévalence du tabagisme ait diminué dans toutes les provinces que la

taxe soit réduite ou pas, une réduction des taxes semblait se traduire par des taux plus élevés de personnes qui commençaient à fumer et par des taux inférieurs d'abandon du tabagisme. Compte tenu de ce type de données probantes et des caractéristiques sociodémographiques des peuples autochtones au Canada (personnes relativement jeunes et taux relativement élevé de pauvreté), il est probable qu'une stratégie de réduction du tabagisme qui consiste à augmenter les taxes sur les cigarettes réussira à prévenir et à réduire la consommation de tabac chez cette population vulnérable. Cependant, d'autres personnes conseillent de trouver un équilibre entre le taux d'augmentation de la taxation et celui de la consommation de cigarettes de contrebande qui en résulterait (Luk et al., 2007; Unité de recherche sur le tabagisme en Ontario, 2009).

8.2 Mésusage de l'alcool et de la drogue

L'abus d'alcool et d'autres drogues a été décrit comme étant une manifestation de « l'aliénation » des peuples autochtones à la suite de la colonisation. Une étude sur l'abus d'alcool et de drogues effectuée par la Federation of Saskatchewan Indian Nations (fédération des nations indiennes de la Saskatchewan) en 1984 a déterminé huit facteurs principaux qui contribuent à l'abus, notamment : la perte d'identité culturelle, la pauvreté et le chômage, l'absence d'occasions sociales, un faible niveau d'instruction, l'accessibilité de la substance intoxicante, l'absence d'activités de loisirs, la pression des pairs et de la famille. Les répercussions de l'abus d'alcool et d'autres drogues se manifestent dans de nombreuses communautés autochtones par des taux plus élevés de chômage, de violence familiale, de comportement criminel, de suicide, et par un modèle cyclique d'incapacité à réussir (CRPA, 1996).

L'alcool en particulier a été identifié comme étant un problème majeur dans les communautés autochtones (SPNI, nd). Cependant, la recherche souligne que les répercussions de la consommation d'alcool dans ces communautés sont plus directement « associées à une consommation problématique qu'à l'usage général » (RHS National Team, 2007: 116). Actuellement, on ne s'entend pas sur ce qui constitue une consommation modérée comparée à une consommation problématique ou forte parce que les effets de l'alcool peuvent varier considérablement selon les groupes et les personnes au sein d'une population (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2003). Cependant, généralement, une forte consommation d'alcool signifie plus de deux consommations par jour pour les hommes et plus d'une pour les femmes, et l'épisode d'alcoolisation aiguë (qui, selon le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [institut national sur l'abus d'alcool et l'alcoolisme] entraîne une concentration d'alcool de 0,08 % ou plus) correspond à cinq consommations ou plus en une seule fois chez l'homme et à quatre chez la femme en deux heures (Department of Health and Human Services CDC, 2008).

Les données des études antérieures indiquent que les Autochtones sont plus susceptibles de s'abstenir de consommer de l'alcool que les non-Autochtones; cependant, ceux qui en consomment sont plus susceptibles de connaître des épisodes d'alcoolisation aiguë (RHS National Team, 2007; NWT Bureau of Statistics, 2006; Korhonen, 2004). Par exemple, l'ERLSPN de 2002-2003 révèle que 16 % des Premières Nations ont une consommation abusive d'alcool comparés à uniquement 6,2 % de l'ensemble de la population canadienne. Le Northwest Territories Alcohol and Drug Survey 2006 (enquête des Territoires du Nord-Ouest sur l'alcool et la drogue) révèle que 52,1 % des Autochtones consomment cinq verres ou plus par occasion comparés à

24,4 % chez les non-Autochtones (NWT Bureau of Statistics, 2006). En Colombie-Britannique, une étude effectuée en 1998 révèle des tendances similaires chez une cohorte de jeunes de la 7^e à la 12^e année. En effet, 51 % des élèves autochtones qui buvaient ont déclaré avoir connu des épisodes d'alcoolisation aiguë au cours du mois précédent l'enquête comparés à 43 % chez leurs homologues non autochtones (Office of the Provincial Health Officer, 2001). Cependant, il est important de se souvenir que ces résultats ne peuvent pas être généralisés à toutes les communautés autochtones. Par exemple, une enquête auprès des jeunes des Premières Nations dans trois écoles du district de Kenora/Rainy River révèle que la consommation d'alcool chez les élèves des Premières Nations est inférieure à celle des autres élèves du nord de l'Ontario (53 % comparés à 69 %), et qu'il n'y a pas de différences significatives entre les deux groupes en ce qui a trait à la consommation excessive (Addictions Services Kenora et al., 2005).

Ces résultats indiquant des taux inférieurs de consommation rapportée et une prévalence plus élevée de consommation excessive ne sont pas propres au Canada. Les peuples indigènes d'Australie et de Nouvelle-Zélande manifestent des tendances similaires en ce qui a trait à la consommation d'alcool. Une étude effectuée par Condon et al. (2003) révèle qu'une très petite proportion d'Indigènes australiens déclarait consommer de l'alcool comparée aux autres Australiens, pourtant, les Indigènes australiens étaient plus susceptibles d'avoir un niveau de consommation nuisible (79 % par rapport aux non-Indigènes dont le taux était de 12 %). En Nouvelle-Zélande, une étude de Bramley et al. (2003) qui comprenait des données de cinq enquêtes englobant près de 45 000 personnes a révélé que les non-Maoris buvaient plus fréquemment, mais en moyenne, consommaient moins d'alcool par occasion que les Maoris.



Alors que la consommation modérée peut entraîner des avantages potentiels pour la santé (particulièrement en diminuant le nombre de maladies cardiovasculaires), la consommation excessive est associée à une série de maladies chroniques, à des effets cognitifs, à une augmentation des blessures et des décès ainsi qu'à une gamme de répercussions sur les nouveaux-nés attribuables à l'exposition prénatale à l'alcool (déjà soulignées dans ce rapport) (NIAAA, 2003). La consommation élevée d'alcool augmente significativement le risque de cancer de la bouche, du larynx, du pharynx, de l'œsophage, du foie, du côlon, du rectum et du sein (ibid.).

L'alcool est responsable d'une portion considérable des blessures et des décès. Au Canada, des études montrent que la mortalité liée à l'alcool est plus élevée chez les Autochtones que chez les autres Canadiens. Une étude révèle que le taux de décès dus à l'alcool chez les Autochtones est près de deux fois plus élevé que celui

de l'ensemble de la population, se situant à 43,7 pour 100 000 cas comparé à 23,6 pour 100 000 (Single et al., 1997, cité dans Dell et Lyons, 2007). Une deuxième étude comprenant l'analyse des données sur la mortalité et issues du recensement canadien entre 1991 et 2001 révèle des taux de décès liés à l'alcool considérablement plus élevés chez les hommes et chez les femmes autochtones vivant en milieu urbain que chez leurs homologues non autochtones (Tjepkema et al., 2010). En Colombie-Britannique, même si le taux de décès liés à l'alcool chez les non-Autochtones est demeuré plutôt constant depuis 1993, chez les Indiens inscrits, il y a eu une diminution plutôt constante du taux, bien qu'il reste environ cinq fois plus élevé que celui des autres résidents (tableau 5) (Office of the Provincial Health Officer, 2009). Bien que les décès liés à l'alcool reflètent de façon importante la consommation de cette substance, ils ne représentent pas nécessairement la prévalence réelle de

l'abus d'alcool; en conséquence, il faut faire preuve de prudence dans l'interprétation des données du tableau 5.

La consommation de drogue est également un problème persistant chez de nombreux jeunes et adultes autochtones au Canada et dans les autres pays. Les répercussions économiques et sociales de l'usage abusif des drogues sur les familles sont considérables (Catto et Thomson, 2010; Collin, 2006b). Les coûts économiques peuvent comprendre une augmentation de l'utilisation des services de santé résultant des problèmes de santé physique et mentale attribuables à la consommation de drogues (surdose, psychose causée par une drogue, hépatite C et VIH); un besoin accru de policiers pour assurer la sécurité des personnes et des communautés ainsi qu'une perte de productivité (Collin, 2006b). Les coûts sociaux peuvent comprendre une augmentation des crimes, de la violence, de l'éclatement de la famille et des troubles de santé mentale. La consommation de drogue est liée à plusieurs problèmes de santé potentiellement nuisibles. Par exemple, les effets négatifs du cannabis sur la santé sont souvent contestés, mais son utilisation est associée à un risque accru de cancer du poumon, de bronchite chronique et d'autres maladies pulmonaires (Collins 2006b). La cocaïne peut entraîner des « hallucinations, des idées paranoïdes, des convulsions et des crises épileptiques, des accidents vasculaires cérébraux, des hémorragies cérébrales et des insuffisances cardiaques » (ibid.: 7). Les hallucinogènes peuvent causer de l'anxiété, la dépression et un comportement psychotique et les utilisateurs chroniques d'héroïne « sont aux prises avec de sérieux problèmes de santé, sociaux et économiques y compris des maladies cardiaques, du foie et des poumons, des maladies infectieuses, des troubles de santé mentale, le sans-abrisme, le chômage, la pauvreté et la criminalité » (ibid.: 9-10).

Le cannabis est considéré comme la substance illicite la plus largement

Tableau 5 : Décès liés à l'alcool de 1993 à 2006, Indiens inscrits et autres résidents de la C.-B. (correction faite des effets dus à l'âge par 10 000 habitants)



Année	Indien inscrit	Autres résidents
1993	21,0	3,1
1994	20,7	3,5
1995	19,0	3,7
1996	22,7	4,0
1997	19,8	3,9
1998	20,8	3,8
1999	19,1	3,6
2000	17,8	3,6
2001	19,7	3,8
2002	18,7	3,7
2003	16,5	3,6
2004	16,7	3,6
2005	18,5	3,5
2006	15,1	3,4

Source : Tiré de BC Vital Statistics Agency, 2008 tel que documenté dans Office in the Provincial Health Officer, 2009: 144.

consommée dans le monde (Rapport mondial sur les drogues, 2005, cité dans Collin, 2006b: 4). En réalité, la consommation de cannabis a augmenté au cours des dix dernières années (NWT Bureau of Statistics, 2006; Santé Canada, 2005c; Catto et Thomson, 2010). Elle est plus répandue chez les hommes que chez les femmes, chez les jeunes que chez les personnes âgées et chez les Autochtones moins éduquées et chez les Autochtones que chez les non-Autochtones (ibid.). Des études sur les populations autochtones en Australie (2004-2005) et celle effectuée par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest révèlent que les Autochtones de 15 ans et plus sont environ deux fois plus susceptibles d'avoir consommé du cannabis que l'ensemble de la population (Catto et Thomson, 2010; NWT Bureau of Statistics, 2006). L'ERLSPN de 2002-2003 révèle que 27 % des adultes et 32,7 %

des jeunes des Premières Nations disent avoir consommé du cannabis au moins une fois par an (RHS National Team, 2007). Le tableau 6 illustre l'usage de la drogue chez les jeunes des Premières Nations.

D'autres types de drogues ont été identifiés comme ayant des répercussions considérables sur certaines communautés autochtones ou sur certains segments de la population autochtone. La méthamphétamine en cristaux s'avère être un problème de santé chez certaines communautés des Premières Nations (FNC, 2006). Elle peut être fabriquée à partir de produits vendus sans ordonnance et coûte relativement peu cher à l'achat, ce qui la rend attirante pour les jeunes des Premières Nations qui n'ont pas beaucoup d'argent (ibid.). Pour le moment, il y a peu de données permettant d'établir une différence entre les Autochtones et les

Tableau 6 : Proportion des jeunes des Premières Nations qui ont utilisé diverses substances au moins une fois en 2001

Substance	Proportion d'utilisateurs (%)
Cannabis	32,7
Amphétamines	1,5
Inhalants	1,5
Cocaine, Crack, Freebase	1,8
Codéine, morphine, produits opiacés	3,5
Héroïne	0,2

Source : Adapté de l'ERLSPN de 2002-2003 (RHS National Team, 2007: 203).

autres en ce qui a trait à sa prévalence. Par exemple, à Yorkton, en Saskatchewan, une communauté comprenant une concentration élevée d'Autochtones des Premières Nations, les taux d'utilisation sont extrêmement élevés, se situant à 33 % de la population, cependant il n'y a pas de différenciation relative aux données concernant les utilisateurs des Premières Nations et les autres (Saskatchewan Indian Institute of People Technology, 2204a, cité dans FNC, 2006). Néanmoins, l'Assemblée des Premières nations du Canada considère que l'utilisation de cette drogue est un problème suffisamment important, à tel point qu'elle a adopté une résolution concernant particulièrement ce problème émergent et soulignant la nécessité de mettre sur pied un groupe de travail national des Premières Nations sur la méthamphétamine en cristaux afin d'élaborer un plan d'action stratégique (FNC, 2006).

Selon certaines indications, les peuples autochtones pourraient être surreprésentés parmi les utilisateurs de drogues injectables (cocaïne, héroïne et speedballs)¹⁸. La consommation de drogues injectables constitue un mode de transmission important du VIH chez les Autochtones,

particulièrement chez les femmes (Dell et Lyons, 2007). Une étude effectuée par Spittal et al. (2006) révèle que le taux de mortalité des utilisatrices de drogues injectables (principalement à cause d'une surdose, d'homicide, ou du VIH/sida) était 50 fois plus élevé que celui des femmes de la Colombie-Britannique en général. Bien que cette étude n'établisse pas de distinctions entre les femmes autochtones et les autres femmes, elle est basée sur des données sur les femmes participant à l'enquête auprès des utilisateurs de drogues injectables à Vancouver, qui montre une représentation disproportionnée d'Autochtones (27 %)¹⁹. Dans une autre étude menée par Craib et al. (2003) sur les utilisateurs de drogues injectables dans la partie est du centre-ville de Vancouver, les Autochtones composent 25 % de l'échantillon, pourtant ils ne représentent que 4 à 5 % de la population totale de la province. Même si cette étude était de type exploratoire et si d'autres recherches sont nécessaires à ce sujet, elle a mis en lumière certains résultats qui vont avoir des implications importantes pour la population autochtone. Ces résultats montrent que l'incidence de l'infection au VIH chez les hommes et les femmes autochtones utilisateurs de

drogues injectables est près du double de celle des utilisateurs de drogues injectables non autochtones. Étant donné que les déterminants importants de la consommation de drogues injectables sont la pauvreté, le sans-abrisme, la violence pendant l'enfance et la dislocation culturelle (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002), les Autochtones sont particulièrement vulnérables en ce qui a trait à ce type de drogues.

Certains chercheurs et leaders de la communauté ont également découvert que la consommation inappropriée de médicaments vendus sur ordonnance représentait un problème important chez certaines communautés autochtones (Wardman et al., 2002; Sioux Lookout First Nations Health Authority, 2009; Ministerial Council on Drug Strategy, 2006). Chez les communautés des Premières Nations de la région de Sioux Lookout, la consommation de médicaments sur ordonnance est considérée comme « un problème grave qui provoque une crise dans la communauté » (Sioux Lookout First Nations Health Authority, 2009: 5). Étant donné l'absence générale de données sur la consommation de médicaments d'ordonnance au Canada en général (Dell et Lyons, 2007), et particulièrement chez les Autochtones, il est nécessaire de mieux comprendre ce problème.

Dans certaines communautés autochtones du Canada et de l'Australie, l'abus de solvants est considéré comme un problème majeur chez les jeunes autochtones (Collin, 2006b; WA Solvents Abuse Working Party, 2001). La consommation de solvants est « associée à un taux de morbidité et de mortalité important, y compris à des lésions du système nerveux central, à des lésions pulmonaires, à une perte auditive, et au syndrome de mort

¹⁸ Les speedballs sont une puissante combinaison d'héroïne et de cocaïne (Craib et al., 2003).

¹⁹ Spittal et al. (2006) indiquent que les données de leur étude proviennent de l'enquête sur les utilisateurs de drogue injectable à Vancouver et que la description des données démographiques de cette cohorte se trouve dans Strathdee et al. (1997). Le pourcentage de participants autochtones est donc tiré de Strathdee et al. et représente le total des participants hommes et femmes de l'étude.

subite après inhalation volontaire » (Collin, 2006b: 12). Alors que l'abus de solvants est considéré comme épidémique dans certaines communautés autochtones éloignées, dans d'autres, il est pratiquement inexistant (ibid.). Chez les communautés autochtones qui ont déterminé que l'abus de solvants était un problème majeur, les taux sont exceptionnellement élevés. Par exemple, un rapport publié en 2003 par la Première Nation Pauingassi au Manitoba indique que 50 % des jeunes de moins de 18 ans vivant dans la réserve abusent des solvants alors que d'autres études ont trouvé des taux allant jusqu'à 60 % (ibid.) Cependant, pour le moment, il n'existe pas de données nationales sur la prévalence.

Malgré le manque de données concernant la consommation de drogues chez les populations autochtones, ce qui transparait, c'est l'impression que la consommation de drogue est un problème de santé majeur dans certaines communautés et chez certains segments de ces populations. Il existe clairement des facteurs sous-jacents uniques qui rendent ces communautés et ces segments de population particulièrement vulnérables. Ce problème révèle la nécessité d'élaborer des stratégies d'intervention et de prévention ciblées qui s'attaquent aux facteurs sous-jacents contribuant à la prévalence élevée de consommation de drogue dans ces communautés particulières. Les communautés autochtones qui ont réussi à lutter contre ces facteurs sous-jacents pouvant mener à une consommation accrue de drogue ont beaucoup de choses à nous apprendre.

8.2.1 Intervention et prévention de l'abus d'alcool et de drogue

Encore une fois, les programmes et les politiques gouvernementaux axés sur la prévention de l'abus d'alcool et de drogues et sur l'intervention ont le potentiel d'améliorer considérablement la santé des peuples autochtones. Au cours des vingt dernières années, l'approche canadienne envers la consommation d'alcool et de

drogue a été centrée sur des stratégies visant à réduire les effets nuisibles de l'abus sur les individus, les familles et les communautés en ciblant la diminution de l'offre et de la demande de substances licites et illicites (Collin, 2006a). Ces stratégies sont basées sur la reconnaissance de la nécessité d'avoir une approche équilibrée envers les politiques sur les drogues, une approche généralement reconnue comme essentielle à la fois au plan national et au plan international (DeBeck et al., 2009). Les éléments de cette approche équilibrée comprennent « l'acceptation des approches de réduction des méfaits et les politiques qui impliquent un équilibre entre l'application de la loi et les interventions plus axées sur la santé (ibid.: 188). Le gouvernement fédéral a élaboré des stratégies nationales concernant la drogue et l'alcool afin d'améliorer la situation des Canadiens en général et celle des peuples autochtones en particulier.

Initiatives nationales en matière de drogue et d'alcool

Le gouvernement canadien a lancé la Stratégie nationale antidrogue de 210 millions de dollars en 1987 et a renouvelé son engagement pour une seconde phase en 1992 et pour une troisième en

1998 (bien que le financement ait été réduit) (Collin, 2006a). En mai 2003, le gouvernement fédéral a annoncé un autre investissement de 245 millions de dollars sur cinq ans dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, qui repose sur quatre piliers, reflétant les principes de l'approche équilibrée :

- éducation et prévention
- traitement et réadaptation
- réduction des méfaits
- application de la loi et contrôle (Collin, 2006a).

En octobre 2007, une nouvelle stratégie nationale antidrogue de 64 millions de dollars a été lancée. Cette stratégie repose sur trois piliers : prévention, traitement et application de la loi, les deux tiers du financement fédéral allant aux initiatives de prévention et de traitement (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies [CCLT], 2011c). En 2011, les investissements annuels de la Stratégie sont passés à 100 millions de dollars pour le traitement, à 30 millions pour la prévention, et à 102 millions pour l'application de la loi sur une période de cinq ans (Gouvernement du Canada, 2011a, 2011b, 2011c). Même si cette



stratégie ne vise pas spécifiquement les populations autochtones, ces dernières ont été identifiées comme des populations cibles à la fois dans le volet prévention et dans le volet traitement (Gouvernement du Canada, 2010).

Malgré cet effort pour que la prévention et le traitement deviennent une priorité nationale, la Stratégie a été critiquée. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) (2008) a exprimé des inquiétudes par rapport à l'aspect incomplet de la Stratégie parce qu'elle ne fournit pas une définition assez large des drogues (qui selon lui, devrait aussi comprendre l'alcool); elle comprend uniquement les drogues illicites (et pas l'usage problématique des médicaments d'ordonnance); exclut les politiques et les programmes liés à la réduction des méfaits, ce qui faisait partie des précédentes itérations de la Stratégie canadienne antidrogue (CTSM, 2008). Le CTSM pense que l'exclusion du volet réduction des méfaits reflète un changement de politique fédérale, qui est désormais axée sur « l'abstinence et la dissuasion grâce au système de justice criminelle » et prétend que les données probantes provenant des États-Unis montrent que cette approche peut en fait augmenter les problèmes liés à la santé (ibid.: 3). Ce changement de politique semble être appuyé par des résultats provenant d'une vérification non officielle effectuée par DeBeck et al. (2009) qui souligne que malgré l'affirmation du premier ministre selon laquelle la stratégie antidrogue sera axée sur la prévention et le traitement, on continue à « insister démesurément sur les interventions visant l'application des lois concernant les drogues, qui ont plusieurs fois démontré leur incapacité à réduire les méfaits liés aux drogues » (DeBeck et al., 2009: 188). Ce changement se reflète également dans la nature discriminatoire du projet de loi C-10, Loi sur la sécurité des rues et des communautés, qui a récemment été adoptée et qui impose des peines obligatoires pour les infractions

mineures sans violence peu importantes les circonstances (y compris la pauvreté, l'éclatement familial, le chômage et les structures sociales et économiques médiocres) qui ont contribué à la perpétration de l'infraction. L'Assemblée des Premières Nations (APN) (2011) et l'Association du Barreau canadien (2011) s'accordent sur le fait que cette loi « empire à la discrimination institutionnalisée et croissante des Premières Nations dans le système de justice criminelle » (APN, 2011: 4).

Dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, plusieurs programmes éducatifs culturellement spécifiques ont été créés afin d'éduquer les jeunes autochtones sur les problèmes d'abus d'alcool et de drogue. Par exemple, le programme Bouclier autochtone est une initiative de prévention des abus conçue spécialement pour les jeunes autochtones. Il repose sur une conception holistique de la santé qui comprend des éléments spirituels, émotionnels et physiques et insiste sur les relations saines et solides au sein de la communauté autochtone traditionnelle (GRC, 2007). Le programme permet aux jeunes de « renforcer les liens qu'ils entretiennent avec leur culture et [de] se sentir fiers de leurs racines, tout en prenant des décisions éclairées relativement à la consommation de drogues et aux activités qui y sont liées » (GRC, 2010: para 2). Le contenu du programme a été élaboré par la GRC en partenariat avec le Nechi Institute on Alcohol and Drug Education et vise à compléter les programmes existants d'éducation sur l'abus d'alcool et d'autres drogues (GRC, 2007).

Des efforts ont également été entrepris pour mettre en œuvre les recommandations de 2007 issues du Groupe de travail sur la stratégie nationale sur l'alcool (GTSNA) concernant une stratégie nationale sur l'alcool. Ces recommandations sont au nombre de 41 et prônent la consommation sensée d'alcool dans quatre grands domaines d'action : la promotion, la

prévention et l'éducation relatives à la santé; les répercussions sur la santé et le traitement; l'accessibilité de l'alcool; des communautés plus sécuritaires (Groupe de travail sur la stratégie nationale sur l'alcool [GTSNA]). Le Comité consultatif sur la Stratégie nationale sur l'alcool, constitué de personnes détenant une expertise sur les problèmes liés à l'alcool provenant de tous les ordres de gouvernement, d'organisations non gouvernementales, de fournisseurs de services des Premières Nations et métis et de l'industrie de l'alcool a été créé en 2008 pour superviser la mise en place, la surveillance et l'évaluation de la Stratégie nationale sur l'alcool (CCLT, 2008). Même si on reconnaît que cette stratégie ne comble pas tous les besoins des Premières Nations, des Inuits et des Métis, on constate que des progrès significatifs ont été effectués relativement à 34 des 41 recommandations (CCLT, 2008).

Au milieu des années 1970, Santé Canada a mis sur pied le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA) destiné particulièrement aux Autochtones afin d'aider les communautés des Premières Nations et inuites à mettre sur pied et à gérer des programmes d'intervention et de prévention en matière d'alcool et de drogue. Le programme est devenu permanent en 1982 et est en grande partie géré par les communautés et les organisations des Premières Nations (Santé Canada, 2006b). Il soutient un réseau de 52 centres de traitement pour patients hospitalisés situés dans les communautés des Premières Nations et inuites, et offre 550 programmes de prévention avec plus de 700 employés, principalement autochtones (ibid.). Les activités de prévention comportent des programmes d'éducation et des campagnes de sensibilisation ainsi que des événements culturels et spirituels. Quant aux activités d'intervention, elles comprennent des groupes récréatifs, des groupes de discussion ainsi que des composantes spirituelles et culturelles. De plus, ces

programmes offrent des activités post soins visant à prévenir la récurrence des problèmes d'abus d'alcool et de drogue.

Autres programmes d'intervention et de prévention

Il existe aussi une série de programmes d'intervention, à la fois provinciaux et fédéraux, ciblant les femmes autochtones enceintes qui consomment de la drogue ou de l'alcool. À l'échelle provinciale, il y a le programme de suivi des nouveau-nés mis en place à Winnipeg, au Manitoba, au début des années 1980, qui vise à renseigner le public sur les effets de l'alcool sur le développement du fœtus et de l'enfant (Square, 1997) et le programme Meilleur départ à l'Île-du-Prince-Édouard, un programme offert dans les réserves, qui identifie les facteurs de risques prénataux et qui lutte contre ces facteurs. Deux initiatives nationales participent partiellement à la prévention de l'intervention en matière de SAF/EAF : le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP). Les objectifs de ces programmes sont entre autres d'établir, de fournir et d'améliorer les services destinés aux femmes enceintes à risque de mauvaise alimentation ou d'abus d'alcool afin d'améliorer le résultat des grossesses (ASPC, 2007b).

Il y a aussi plusieurs programmes de réduction des méfaits. Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies définit la réduction des méfaits comme une approche axée sur la santé qui vise à réduire les méfaits sociaux et sanitaires associés à la consommation d'alcool et de drogues, sans nécessairement exiger que les personnes deviennent abstinentes (Dell et Lyons, 2007: 2). Bien que controversées, les initiatives de réduction des méfaits sont devenues plus prévalentes dans le domaine de l'abus d'alcool et de drogues (ibid.). Dell et Lyon (2007) ont identifié quatre caractéristiques clés de la réduction des méfaits: 1) le pragmatisme – l'acceptation du fait qu'un certain niveau d'abus d'alcool

et d'autres drogues est inévitable ; 2) des valeurs humaines – le respect de la dignité et des droits des consommateurs de drogues et d'alcool; 3) l'approche axée sur les méfaits – la portée de l'abus d'alcool et autres drogues d'une personne est d'une importance secondaire par rapport aux méfaits pouvant résulter d'une telle consommation; 4) la hiérarchie des objectifs – les besoins les plus pressants sont comblés d'abord et les objectifs plus généraux sont abordés plus tard. D'une certaine façon, les principes de la réduction des méfaits cadrent bien avec l'approche holistique autochtone du traitement de l'abus d'alcool et d'autres drogues, « y compris l'importance des liens entre la communauté et l'individu ». Cependant, plusieurs programmes autochtones de traitement ainsi que plusieurs personnes et communautés des Premières Nations, inuites et métisses qui adhèrent au modèle d'abstinence et de prohibition ne permettant généralement pas une consommation modérée ni réduite, résistent souvent aux initiatives de réduction des méfaits, alors qu'il s'agit d'une caractéristique inhérente à ce type de politiques et de programmes (Dell et Lyons, 2007).

Néanmoins, Dell et Lyon (2007) soutiennent que l'abstinence et la réduction des méfaits ne sont pas complètement incompatibles. Ils fournissent de nombreux exemples canadiens et australiens de politiques et de programmes de réduction des méfaits utilisés chez les Autochtones qui ont réussi à réduire les méfaits et les taux d'abus d'alcool et de drogue. Ils déclarent que toutes les mesures de réduction des méfaits ne sont pas applicables aux personnes et aux communautés autochtones, mais que les fondements de celles qui sont efficaces sont basés sur le principe du « respect » et reconnaissent que les politiques et les programmes de réduction des méfaits doivent être axés sur les communautés et sur leurs membres. Ils traitent de huit types de programmes de réduction des

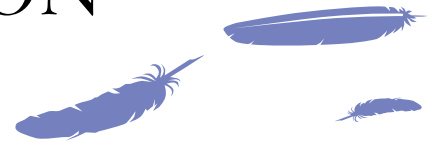
méfaits utilisés par les Autochtones inspirés du Canada et de l'Australie. Ces programmes comprennent la gestion de l'offre, la consommation réglementée, la gestion de la consommation d'alcool, les lieux plus sécuritaires, les services liés à l'usage de drogue injectable, les services qui répondent aux besoins particuliers des femmes autochtones, les programmes d'éducation et de prévention et l'altération des produits pour réduire les méfaits (ibid., p. 8-11).

8.3 Résumé

De plus en plus de données probantes indiquent que les facteurs de risque sociaux et individuels comme la négligence pendant l'enfance, la dépression, les pensionnats et le fait d'être victime de violence sont liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les peuples autochtones (RHS National Team, 2007). Il semble clair que pour diminuer cet abus, il faut s'intéresser aux facteurs de risque sociaux et individuels sous-jacents. Des exemples comme l'Accord de transformation pour le changement, un accord tripartite de la Colombie-Britannique, constituent un pas dans la bonne direction. Cet accord engage le gouvernement de la Colombie-Britannique à améliorer la santé mentale et les problèmes de toxicomanie des peuples autochtones en mettant sur pied des programmes de santé mentale et en faisant des efforts concertés pour effacer les différences socioéconomiques (qui sous-tendent les nombreux problèmes de santé mentale et de toxicomanie chez les peuples autochtones) entre les Autochtones et les autres habitants de la province (Government of British Columbia et al., 2005).



9. CONCLUSION



Ce document explore l'influence réciproque des facteurs socioéconomiques sur la santé et le bien-être chez les peuples autochtones. Ces facteurs influencent les circonstances dans lesquelles les bébés naissent, les enfants se développent et grandissent, les jeunes apprennent à faire des choix de vie saine et les adultes développent des problèmes de santé physique et mentale. La documentation accessible sur les déterminants sociaux et la santé des Indigènes établit clairement non seulement les impacts de la mauvaise situation socioéconomique sur l'état de santé de ces peuples, mais aussi les répercussions de ces situations pendant l'enfance sur la santé des adultes plus tard dans la vie. Les iniquités socioéconomiques et de santé actuelles chez les Indigènes sont étroitement liées à l'imposition des politiques coloniales, tant dans le passé qu'aujourd'hui, qui ont marginalisé et discriminé ces peuples. Les populations indigènes de pays développés comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis ont également vécu cette expérience.

La santé et la situation socioéconomique des Indigènes se sont considérablement améliorées au cours des dernières

décennies. C'est en partie attribuable aux initiatives gouvernementales et communautaires ciblant des problèmes sociaux et de santé particuliers. Cependant, beaucoup de choses restent à faire et doivent être faites pour s'assurer que les Autochtones du Canada présentent un état de santé comparable à celui des autres Canadiens. Il est clair que l'approche axée sur le parcours de vie est nécessaire. Il s'agit d'une approche centrée sur la promotion de choix sains pendant la grossesse, pendant les premières années de la vie, de l'enfance à l'âge adulte, afin de créer un environnement favorable à la santé. Il est également clair que les politiques gouvernementales doivent tenir compte des déterminants sociaux à grande échelle plutôt que de se baser uniquement sur les facteurs de risque de maladies afin de mettre fin aux déséquilibres créés par les politiques coloniales gouvernementales. Enfin, les données probantes montrent que les peuples indigènes ne sont pas uniformément touchés par les problèmes de santé. Il y a une considérable diversité culturelle et linguistique chez ces peuples, tout comme il y a une énorme diversité de manière de vivre les problèmes de santé physique et mentale.

10. BIBLIOGRAPHIE



- Aboriginal and Torres Strait Islander Social Justice Commissioner (2009). Appendix 2: A statistical overview of Aboriginal and Torres Strait Islander peoples in Australia. In 2008 Social Justice Report, pp. 283-312. Sydney, AU: Australian Human Rights and Equal Opportunity Commission, Report #1. Consulté le 3 novembre 2011 à http://www.hreoc.gov.au/social_justice/sj_report/sjreport08/downloads/SJR_2008_full.pdf
- Aboriginal Cancer Care Unit, Cancer Care Ontario (2002). Analysis of the findings: Aboriginal cancer care needs assessment. "It's our responsibility." Ottawa, ON: Cancer Care Ontario. Consulté le 24 novembre 2011 à <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13686>
- Addiction Services Kenora, the Child Development Centre, Kenora Chiefs Advisory, Kenora Health Access Centre, Lake of the Wood District Hospital, Northwestern Health Unit, Centre for Addiction and Mental Health, First Nations and Inuit Health Branch and First Nations communities & schools (2005). First Nations student drug use survey general results: A first look. Consulté le 25 novembre 2011 à http://www.camh.net/Research/Grants_and_Contracts/FIRST%20NATIONS%20STUDENT%20DRUG%20USE%20SURVEY.pdf
- Adgent, M.A. (2006). Environmental tobacco smoke and sudden infant death syndrome: A review. *Birth Defects Research (Part B)*, 77: 69-85.
- Albano, S. (2001). Cigarette smoking and rheumatoid arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 31(3): 146-159.
- Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (2006). Alberta Tobacco Reduction Strategy highlights 2005/06. Edmonton, AB: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. Consulté le 8 juillet 2010 à http://www.aadac.com/documents/2006_ATRS_highlights.pdf
- Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (2005). Alberta Tobacco Reduction Strategy highlights 2004/05. Edmonton, AB: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. Consulté le 8 juillet 2010 à http://www.aadac.com/documents/2005_ATRS_highlights.pdf
- Amir, L.H. & Donath, S.M. (2008). Socioeconomic status and rates of breastfeeding in Australia: Evidence from three recent national health surveys. *Medical Journal of Australia*, 189(5): 254-256.
- Antó, J.M., Vermeire, P., Vestbo, J., & Sunyer, J. (2001). Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal*, 17(5): 982-94.

- Assembly of First Nations [AFN] (2011). Submission: Bill C-10 Safe Streets and Communities Act. Ottawa, ON: Author. Consulté le 9 mai 2012 à <http://www.afn.ca/uploads/files/parliamentary/billc-10.pdf>
- Australian Institute of Health and Welfare [AIHW] (2008a). Aboriginal and Torres Strait Islander health performance framework 2008 report: Detailed analysis. Canberra, AU: Author. Consulté le 7 novembre 2011 à <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442468199&tab=2>
- Australian Institute of Health and Welfare [AIHW] (2008b). Diabetes: Australian facts 2008. Canberra, AU: Australian Institute of Health and Welfare. Consulté le 8 novembre 2011 à <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442468075>
- Baillie, R., Stevens, M., McDonald, E., Brewster, D., & Guthridge, S. (2010). Exploring cross-sectional associations between common childhood illness, housing and social conditions in remote Australian Aboriginal communities. *BMC Public Health*, 10: 147-157.
- Banerji, A., Greenberg, D., White, L., Macdonald, A., Saxton, A., Thomas, E., Sage, D., et al. (2009). Risk factors and viruses associated with hospitalization due to lower respiratory tract infections in Canadian Inuit children: A case-control study. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 28(8): 697-701.
- Banks, J.W. (2003). A native community rekindles the tradition of breastfeeding. *AWHONN Lifelines*, 7(4): 340-347.
- Barr, H.M. & Streissguth, A.P. (2001). Identifying maternal self-reported alcohol use associated with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 25(2): 283-87.
- Barrett-Connor, E. (1989). Epidemiology, obesity, and non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Epidemiologic Reviews*, 11: 172.
- Belinsky, D.L. & Kuhnlein, H.V. (2000). Macronutrient, mineral, and fatty acid composition of Canada Goose (Branta Canadensis): An important traditional food resource of the Eastern James Bay Cree of Quebec. *Journal of Food Composition and Analysis*, 13(2): 101-115.
- Ben-Shlomo & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2): 285-93.
- Berghout, J., Miller, J.D., Mazerolle, R., O'Neill, L., Wakelin, C., Mackinnon, B., Maybee, K., et al. (2005). Indoor environmental quality in homes of asthmatic children on the Elsipogtog Reserve (NB), Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 64(1): 77-85.
- Bhide, P.G. & Kosofsky, B.E. (2009). Preface. *Developmental Neuroscience*, 31: 5.
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J., & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88: 68-74.
- Boult, D.A. (2004). Hunger in the Arctic: Food (in)security in Inuit communities: A discussion paper. Ottawa, ON: Ajungjiniq Centre, National Aboriginal Health Organization. Consulté le 9 juillet 2010 à http://www.naho.ca/inuit/english/documents/FoodSecurityPaper_final.pdf
- Bowd, A.D. (2005). Otitis media: Health and social consequences for Aboriginal youth in Canada's north. *International Journal of Circumpolar Health*, 64(1): 5-15.
- Boyce, W.T. & Keating, D.P. (2004). Should we intervene to improve childhood circumstances. In *A life course approach to chronic disease epidemiology*, D. Kuh & Y. Ben-Schlomo (eds.), pp. 415-445. New York: Oxford University Press.
- Bramley, D.M., Broad, J.B., Harris, R., Reid, P., & Jackson, R. (2003). Differences in patterns of alcohol consumption between Maori and non-Maori in Aotearoa (New Zealand). *The New Zealand Medical Journal*, 116(1184).
- Brant Castellano, M., Archibald, L., & DeGagne, M. (2008). From Truth to Reconciliation: Transforming the legacy of residential schools. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
- Bray, D.L. & Anderson, P.D. (1989). Appraisal of the epidemiology of Fetal Alcohol Syndrome among Canadian Native peoples. *Canadian Journal of Public Health* 80(1): 42-5.
- British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (2005). Girls, women, substance use and addiction. *Women's Health Policy Brief*. Ottawa, ON: Health Canada, The Women's Health Contribution Program. Consulté le 29 juin 2010 à <http://www.cewh-cesf.ca/PDF/bcccewh/policyBCCEWH.pdf>
- British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors (2001). Honouring Our health: An Aboriginal Tobacco Strategy for British Columbia. Victoria, BC: Government of British Columbia. Consulté le juillet 2010 à <http://www.llbc.leg.bc.ca/public/pubdocs/bcdocs/343378/honouring.pdf>
- Bruce, S.G., Kliever, E.V., Kue Young, T., Mayer, T., & Wajda, A. (2003). Diabetes among the Métis: Defining the population, estimating the disease. *Canadian Journal of Diabetes*, 27(4): 442-448.
- Byers, T. (1996). Nutrition and cancer among American Indians and Alaska Natives. *Cancer*, 78(7 Suppl): 1612-6.
- Canada Mortgage and Housing Corporation [CMHC] (2006). 2006 Census Housing Series: Issue 6 – Off-reserve status Indian households: Housing conditions and core housing need. Research Highlight. Ottawa, ON: Author. CMHC Socio-economic series 09-024.
- Canada Mortgage and Housing Corporation [CMHC] (2005). Canadian housing observer 2005. Ottawa, ON: Author.
- Canadian Bar Association (2011). 10 reasons to oppose Bill C-10. Ottawa, ON: Author. Consulté le 9 mai 2012 à http://www.cba.org/cba/blastemail/pdf/10_reasons_to_oppose.pdf
- Canadian Broadcasting Corporation [CBC] News (2007, January 29). First Nations want more cigarettes, cancer society wants fewer. Consulté le 24 juillet 2010 à <http://www.cbc.ca/news/story/2007/01/29/cigarettes.html>
- Canadian Centre on Substance Abuse [CCSA] (2008). Alcohol in Canada. Ottawa, ON: Author. Mis à jour le 25 novembre 2011, consulté le 29 novembre 2001 à <http://www.ccsa.ca/Eng/Priorities/Alcohol/Pages/default.aspx>
- Canadian Centre on Substance Abuse [CCSA] (2007). A drug prevention strategy for Canada's youth. Ottawa, ON: Author.
- Canadian Council for Tobacco Control (2009). How Tobacco Use Can Shorten Your Life. Ottawa, ON: Canadian Council for Tobacco Control. Consulté le 6 juillet 2010 à <http://nns.w.ca/theme-2010/factsheet-tobacco-shorten-life>
- Canadian HIV/AIDS Legal Network (2002). Drug policy in Canada – The way forward. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review*, 7(1), [online]. Consulté le 14 juillet 2010 à http://epe.lac-bac.gc.ca/100/202/300/cdn_hiv_aids_pol_law_review/2002/v07n01/www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/vol7no12002/drugpolicy.htm
- Canadian Institute for Health Information [CIHI] (2006). How healthy are rural Canadians? An assessment of their health status and health determinants. Ottawa, ON: Canadian Population Health Initiative. Consulté le 26 juin 2010 à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/rural06/pdf/rural_canadians_2006_report_e.pdf
- Canadian Institute for Health Information [CIHI], Canadian Lung Association, Health Canada, & Statistics Canada (2001). Respiratory disease in Canada. Ottawa, ON: Health Canada. Consulté le 25 juin 2010 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/rdc-mrc01/pdf/rdc0901e.pdf>

- Canadian Perinatal Surveillance System Steering Committee & Staff of the Bureau of Reproductive and Child Health (1998). Perinatal health indicators for Canada: A resource manual. Ottawa, ON: Reproductive Health Division, Health Protection Branch, Health Canada. Consulté le 29 juin 2010 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/phic-ispc/pdf/indperic.pdf>
- Canadian Public Health Association [CPHA] (2010). TB and Aboriginal people. Ottawa, ON: Author. Consulté le 15 juin 2010 à <http://cpha100.ca/12-great-achievements/tb-and-aboriginal-people>
- Canadian Real Estate Foundation [CREA](2006). Aboriginal housing in Canada: Building on promising practices. The International Housing Coalition (IHC) Case Study 3. Ottawa, ON: Author.
- Canadian Tuberculosis Committee (2007). Housing conditions that serve as risk factors for tuberculosis. Canadian Communicable Disease Report, 33, Advisory Committee Statement 9. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada. Consulté le 26 juin 2010 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07pdf/acs33-09.pdf>
- Cancer Care Ontario (2009). Aboriginal Cancer Strategy: Honouring the Aboriginal path of well-being – 5-year status update –Major initiatives and accomplishments. Toronto, ON: Author, Department of Prevention and Screening. Consulté le 8 juillet 2010 à <http://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=72830>
- Canuel, R., Lucotte, M., & Bocher de Grosbois, S. (2009). Mercury cycling and human health concerns in remote ecosystems in the Americas. *Surveys and Perspectives Integrating Environment and Society*, 2(1). Consulté le 9 mai 2012 à <http://sapiens.revues.org/index766.html>
- Cardinal, J.C. (2004). First Nations in Alberta: A focus on health service use. Edmonton, AB: Alberta Health & Wellness.
- Catto, M. & Thomson, N. (2010). Review of illicit drug use among Indigenous peoples. *Australian Indigenous HealthInfoNet*, 3: 1-23. Perth, AU: Edith Cowan University. Consulté le 13 juillet 2010 à http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/uploads/docs/illicits_review_2008.pdf
- Centre for Addiction and Mental Health [CAMH] (2008). The National Anti-Drug Strategy: A CAMH Response. Toronto, ON: Author. Consulté le 14 juillet 2010 à http://www.camh.net/Public_policy/NADS%20Response%20Final%202008.pdf
- Chaing, C.N. & Lee, C.C. (1985). Introduction and overview. In *Prenatal drug exposure: Kinetics and dynamics*, C.N. Chiang & C.C. Lee (eds.), pp. 1-4. Rockville, MA: National Institute on Drug Abuse, NIDA Research Monograph 60. Consulté le 10 mai 2012 à <http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/60.pdf>
- Chan, A., Keane, R.J., & Robinson, J.S. (2001). The contribution of maternal smoking to preterm birth, small for gestational age and low birthweight among Aboriginal and non-Aboriginal births in South Australia. *Medical Journal of Australia*, 174(8): 389-93.
- Chassoneuve, D. (2007). Addictive behaviours among Aboriginal people in Canada. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
- Che, J. & Chen, J. (2001). Food insecurity in Canadian households. *Health Reports*, 12(4): 11-22. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue 82-003.
- Clark, M., Riben, P., & Nowgesic, E. (2002). The association of housing density, isolation and tuberculosis in Canadian First Nations communities. *International Journal of Epidemiology*, 31: 940-945.
- Claussen, B., Davey Smith, G., & Thelle, D. (2003). Impact of childhood and adulthood socioeconomic position on cause specific mortality: The Oslo Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(1): 40-45.
- Clover, S.G., Goldenberg, R.L., Cutter, G.R., Hoffman, H.J., Davis, R.O., & Nelson, K.G. (1995). The effect of cigarette smoking on neonatal anthropometric measurements. *Obstetrics & Gynecology*, 85(4): 625-30.
- Coates, H. (2003). Topical treatment of chronic suppurative otitis media in Aboriginal children. *Ear Nose & Throat Journal*, 82(8 Suppl 2): 13.
- Coates, H.L., Morris, P.S., Leach, A.J., & Couzos, S. (2002). Otitis media in Aboriginal children: Tackling a major health problem. *Medical Journal of Australia*, 177: 177—178.
- Collin, C. (2006a). Substance abuse issues and public policy in Canada: Canada's federal drug strategy. Ottawa, ON: Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament, PRB06-15E.
- Collin, C. (2006b). Substance abuse issues and public policy in Canada: IV. Prevalence of use and its consequences. Ottawa, ON: Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament, PRB06-19E.
- Commonwealth of Australia (2001). The management of middle ear infection in Aboriginal and Torres Strait Islander populations: Plain language summary of the systematic review of the management of Otitis Media (middle ear infection) in Aboriginal and Torres Strait Islander populations. Canberra, AU: Indigenous and Public Health Media Unit, Commonwealth Department of Health and Aged Care. Consulté le 17 juin 2010 à [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/E769255CE4197794CA25743C00083165/\\$File/opls.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/E769255CE4197794CA25743C00083165/$File/opls.pdf)
- Compher, C. (2006). The Nutrition Transition in American Indians. *Journal of Transcultural Nursing* 17(3): 217-223.
- Condon, J., Armstrong, B.K., Barnes, A., & Cunningham, J. (2003). Cancer in Indigenous Australians: A review. *Cancer Causes and Control*, 14: 109-121.
- Cormier, R.A. (2000). Predicting treatment outcome in chemically dependent women: A test of Marlatt and Gordon's relapse model. Windsor, ON: Unpublished doctoral dissertation, University of Windsor.
- Cormier, R.A. & Poole, N. (2003). Women and substance abuse problems. Women's health surveillance report, Chapter 7. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information. Consulté le 29 juin 2010 à http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/WHSR_Chap_7_e.pdf
- Craib, K.J.P., Spittal, P.M., Wood, E., Laliberte, N., Hogg, R.S., Li, K., Heath, K. et al. (2003). Risk factors for elevated HIV incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver. *Canadian Medical Association Journal*, 168(1): 19-24.
- Craig, M.E., Femia, G., Broyda, V., Lloyd, M., & Howard, N.J. (2007). Type 2 diabetes in Indigenous and non-Indigenous children and adolescents in New South Wales. *MJA*, 186(10): 497-499.
- Daigler, G.E., Markello, S.J., & Cummings, K.M. (1991). The effect of indoor air pollutants on otitis media and asthma in children. *Laryngoscope*, 101(3): 293-6.
- Daneman, D. (1993). The diabetes epidemic and thrifty genes. *Canadian Diabetes Association*, 6:1-2.
- Daniel, M., Marion, S.A., Sheps, S.B., Hertzman, C., & Gamble, D. (1999). Variation by body mass index and age in waist-to-hip ratio associations with glycemic status in an aboriginal population at risk for type 2 diabetes in British Columbia, Canada. *American Journal of Clinical Nutrition*, 69: 455-60.

- Dannenbaum, D., Kuzmina, E., Lejeune, P., Torrie, J., & Gangbe, M. (2008). Prevalence of diabetes and diabetes-related complications in First Nations communities in northern Quebec (Eeyou Istchee), Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 32(1): 46-52.
- Dean, H.J. (1998). NIDDM-Y in First Nation children in Canada. *Clin Pediatr*, 37: 89-96.
- DeBeck, K., Wood, E., Montaner, J., & Kerr, T. (2009). Canada's new federal 'National Anti-Drug Strategy': An informal audit of reported funding allocation. *International Journal of Drug Policy*, 20: 188-191.
- Delisle, H.F., Rivard, M., & Ékoé J. (1995). Prevalence estimates of diabetes and of other cardiovascular risk factors in the two largest Algonquin communities of Quebec. *Diabetes Care*, 18(9): 1255-9.
- Dell, C.A. & Lyons, T. (2007). Harm reduction policies and programs for persons of Aboriginal descent. Harm reduction for special populations in Canada. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse. Consulté le 15 juillet 2010 à <http://www.ccsa.ca/2007%20CCSA%20Documents/ccsa-011515-2007.pdf>
- DeNavas-Walt, C., Proctor, B.D., & Hill Lee, C. (2006). Income, poverty, and health insurance coverage in the United States: 2005. Washington, DC: US Census Bureau Current Population Reports, P60-231, US Government Printing Office.
- Denny, C.H.D., Goins, R.T., & Croft, J.B. (2005). Disparities in chronic disease risk factors and health status between American Indian/Alaska Native and White elders: Findings from a telephone survey, 2001 and 2002. *American Journal of Public Health*, 95(5): 825-27.
- Department of Health and Human Services Centers for Disease Control [CDC] and Prevention (2008). Alcohol and public health – Frequently asked questions. Washington, DC: Author. Consulté le 10 juillet 2008 à <http://www.cdc.gov/alcohol/faqs.htm>
- Department of Labour (2007). Māori labour market outcomes – October 2007. Wellington, NZ: Government of New Zealand. Consulté le 3 novembre 2011 à <http://www.dol.govt.nz/lmr/lmr-maori-outcomes.asp>
- Dictionary, C.M.O.R.O. (2002). Obesity. Oxford University Press [online].
- Dooley, D., Fielding, J., & Levi, L. (1996). Health and unemployment. *Annual Review of Public Health*, 17: 449-465.
- Dyck, R., Osgood, N., Lin, T.H., Gao, A., & Stang, M.R. (2010). Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations adults. *Canadian Medical Association Journal*, 182(3): 249-256.
- El-Hayek, Y.H. (2007). Mercury contamination in Arctic Canada: Possible implications for Aboriginal health. *Journal of Developmental Disabilities*, 13(1): 67-89.
- Ellickson, P.T., Tucker, J., & Klein, D.J. (2001). High-risk behaviors associated with early smoking: Results from a 5-year follow-up. *Journal of Adolescent Health*, 28(6): 465-473.
- Ellison, L.F., Morrison, H.I., de Groh, M., & Villeneuve, P.J. (1999). Health consequences of smoking among Canadian smokers: An update. *Chronic Diseases in Canada*, 20(1): 36.
- Elton-Marshall, T., Leatherdale, S.T., & Burkhalter, R. (2011). Tobacco, alcohol and illicit drug use among Aboriginal youth living off-reserve: Results from the Youth Smoking Survey. *Canadian Medical Association Journal*, 183(8): DOI: 10.1503/cmaj.101913
- Estey, E.A., Kmetz, A.M., & Reading, J. (2007). Innovative approaches in public health research. Applying life course epidemiology to Aboriginal health research. *Canadian Journal of Public Health*, 98(6): 444-446.
- Everson, S.A., Maty, S.C., Lynch, J.W., & Kaplan, G.A. (2002). Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4): 891.
- FAS/FAE Technical Working Group and the National Steering Committee (2001). It takes a community: Framework for the First Nations and Inuit Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Effects Initiative. Ottawa, ON: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada. Consulté le 10 juillet 2010 à http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/preg-gros/2001_takes-prend-commun-eng.pdf
- Federation of Saskatchewan Indian Nations (1984). Alcohol and drug abuse among treaty Indians in Saskatchewan: Needs assessment and recommendations for change. Saskatoon, SK: Health and Social Development Committee.
- Fetus and Newborn Committee (1997). Prevention of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE) in Canada – Position statement. *Paediatric Child Health*, 2(2): 143-5.
- Field, A.E., Coakley, E.H., Must, A., Spadano, J.L., Laird, N., Dietz, W.H., Rimm, E. et al. (2001). Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. *Archives of Internal Medicine*, 161(13): 1581-6.
- Findlay, L.C. (2011). Physical activity among First Nations people off reserve, Métis and Inuit. *Health Reports*, 22(1). Ottawa, ON: Statistics Canada, Component of Catalogue no. 82-003-X.
- Findlay, L.C. & Kohen, D.E. (2007). Aboriginal children's sport participation in Canada. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 5(1): 192-206.
- First Nations and Inuit Health Branch (nd). Non-Insured Health Benefits for First Nations and Inuit. Ottawa, ON: Health Canada. Consulté le 10 novembre 2010 de <http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spnia/nihb-ssna/index-eng.php>
- First Nations, Inuit and Aboriginal Health [FNAIAH] (nd). Literature review: Evaluation strategies in Aboriginal substance abuse programs: A discussion. Ottawa, ON: Author. Consulté le 25 novembre 2011 de http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/ads/literary_examien_review-eng.pdf
- First Nations and Inuit Health Committee & Canadian Paediatric Society [CPS] (2005). Risk reduction for type 2 diabetes in Aboriginal children in Canada – Position statement. *Paediatric Child Health*, 10(1): 49-52.
- First Nations and Inuit Health Committee & Canadian Paediatric Society [CPS] (2002). Fetal alcohol syndrome – Position statement. *Paediatric Child Health*, 7(3): 161-74. Consulté le 10 novembre 2010 à <http://www.cps.ca/english/statements/II/ii-2-01.htm>
- First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee (1999). First Nations and Inuit Regional Health Survey – Final report. Consulté le 16 juillet 2010 à http://rhs-ers.ca/english/pdf/rhs1997/rhs_1997_final_report.pdf
- First Nations Centre [FNC] (2006). The emerging issue of crystal methamphetamine use in First Nations communities: A discussion paper. Ottawa, ON: First Nations Centre, National Aboriginal Health Organization. Consulté le 14 juillet 2010 à http://www.naho.ca/firstnations/english/documents/research/FNC_CrystalMethamphetamineDiscussionPaper.pdf
- First Nations Centre [FNC] (2004). First Nations and Inuit Regional Health Surveys, 1997: A Synthesis of the national and regional reports. Ottawa, ON: First Nations Centre, prepared on behalf of the First Nations Information Governance Committee. Consulté le 16 juillet 2010 à http://rhs-ers.ca/english/pdf/rhs1997/rhs_1997_synthesis_report.pdf
- Flacking, R., Hedberg Nyqvist, K., & Ewald, U. (2007). Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. *European Journal of Public Health*, 17(6): 579-584.
- Frederick, A.L. & Stanwood, G.D. (2009). Drugs, biogenic amine targets and the developing brain. *Developmental Neuroscience*, 31: 7-22.

- Furgal, C.M., Powell, S., & Myers, H. (2005). Digesting the message about contaminants and country foods in the Canadian North: A review and recommendations for future research and action. *Arctic*, 58(2): 103-114.
- Gaffney, K.F. (2000). Tobacco smoke exposure and pediatric otitis media: An empirical basis for practice. *Lippincott's Prim Care Pract*, 4(5): 508-14.
- Galobardes, B., Lynch, J.W., & Davey Smith, G. (2004). Childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality in adulthood: Systematic review and interpretation. *Epidemiologic Reviews*, 26:7-21.
- Garner, R., Carrière, G., Sanmartin, C. and the Longitudinal Health and Administrative Data Research Team (2010). The health of First Nations living off-reserve, Inuit, and Métis adults in Canada: The impact of socio-economic status on inequalities in health. Ottawa, ON: Statistics Canada, Health Research Working Paper Series, Catalogue no. 82-622-X – No. 004.
- Ghodes, D., Oser, C.S., Harwell, T.S., Moore, K.R., McDowall, J.M., & Helgerson, S.D. (2004). Diabetes in Montana's Indians: The epidemiology of diabetes in the Indians of the North Plains and Canada. *Current Diabetes Reports*, 4(3): 224-229.
- Gilchrist, D., Woods, B., Binns, C., Scott, J., Gracey, M., & Smith, H. (2004). Aboriginal mothers, breastfeeding and smoking. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 28(3): 225-228.
- Gilliland, F.D., Berhane, K., McConnell, R., Gauderman, W.J., Vora, H., Rappaport, E.B., Avol, E. et al. (2000). Maternal smoking during pregnancy, environmental tobacco smoke exposure and childhood lung function. *Thorax*, 55(4): 271-6.
- Government of British Columbia, Government of Canada, & Leadership Council Representing the First Nations of British Columbia (2005). Transformative Change Accord. Consulté le 16 juillet 2010 à http://www.gov.bc.ca/arr/social/down/transformative_change_accord.pdf
- Government of Canada (2011a). Treatment. National Anti-Drug Strategy. Ottawa, ON: Government of Canada. Consulté le 29 novembre 2011 à <http://www.nationalantidrugstrategy.gc.ca/treat-trait.html>
- Government of Canada (2011b). Enforcement. National Anti-Drug Strategy. Ottawa, ON: Government of Canada. Consulté le 29 novembre 2011 à <http://www.nationalantidrugstrategy.gc.ca/enf-app.html>
- Government of Canada (2011c). Prevention. National Anti-Drug Strategy. Ottawa, ON: Government of Canada. Consulté le 29 novembre 2011 à <http://www.nationalantidrugstrategy.gc.ca/prevention/index.html>
- Government of Canada (2010). National Anti-Drug Strategy Overview. National Anti-Drug Strategy. Ottawa, ON: Government of Canada. Consulté le 29 novembre 2011 à <http://www.nationalantidrugstrategy.gc.ca/pdf/plan.pdf>
- Greenwood, M. (2009). Places for the good care of children: A discussion of Indigenous cultural considerations and early childhood in Canada and New Zealand. Vancouver, BC: Unpublished PhD dissertation, Cross-Faculty Inquiry in Education, University of British Columbia.
- Grundy, S.M. (2004). Obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular disease. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 89(6): 2595.
- Guo, S.S., Roche, A.F., Chumlea, W.C., Gardner, J.D., & Siervogel, R.M. (1994). The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35 years. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 59(4): 810-819.
- Halken, S. (2004). Prevention of allergic disease in childhood: Clinical and epidemiological aspects of primary and secondary allergy prevention. *Pediatric Allergy & Immunology*, 15(Suppl 16): 4-5, 9-32.
- Halpern, P. (2007). Obesity and American Indians/Alaska Natives. Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Consulté le 7 novembre 2011 à <http://aspe.hhs.gov/hsp/07/ai-an-obesity/report.pdf>
- Hamilton, V., Levinton, C., St-Pierre, Y., & Grimard, F. (1997). The effect of tobacco tax cuts on cigarette smoking in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 156(2): 187-91.
- Hanley, A.J., Harris, S.B., Gittelsohn, J., Wolever, T.M.S., Saksvig, B., & Zinman, B. (2000). Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: Prevalence and associated factors. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 71(3): 693.
- Harris, S.B., Caulfield, L.E., Sugamori, M.E., Whalen, E.A., & Henning, B. (1997). The epidemiology of diabetes in pregnant Native Canadians. A risk profile. *Diabetes Care*, 20(9): 1422-5.
- Harris, S.B., Glazier, R., Eng, K., & McMurray, L. (1998). Disease patterns among Canadian Aboriginal children – Study in a remote rural setting. *Canadian Family Physician*, 44: 1869-1877.
- Harris, S.B., Perkins, B.A., & Whalen-Brough, E. (1996). Non-insulin-dependent diabetes mellitus among First Nations children. New entry among First Nations people of Northwestern Ontario. *Canadian Family Physician*, 42: 869-76.
- Hart, M. (2002). Seeking mino-pimatisiwin: An Aboriginal approach to helping. Halifax, NS: Fernwood Publishing.
- Health Canada (2009a). Aboriginal Head Start On-Reserve. First Nations, Inuit and Aboriginal Health. Ottawa, ON: Author. Consulté à http://hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/famil/develop/ahsor-papa_intro-eng.php
- Health Canada (2009b). Federal Tobacco Control Strategy Contribution Funding 2009 National Call for Proposals. Health Concerns. Ottawa, ON: Health Canada. Consulté le 6 juillet 2010 à http://hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/commun/res-finance/_contribution/national-eng.php
- Health Canada (2008a). First Nations and Inuit Health Branch – Fact sheet. Ottawa, ON: Author. Consulté à <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/fact-fiche-eng.php>
- Health Canada (2008b). Supporting communities. Ottawa, ON: FNIHB, Author. Consulté le 6 juillet 2010 à <http://hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/substan/tobac-tabac/commun/index-eng.php>
- Health Canada (2007). Tobacco. First Nations, Inuit and Aboriginal Health. Ottawa, ON: Author. Consulté le 17 juin 2010 à <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/substan/tobac-tabac/index-eng.php>
- Health Canada (2006a). Fetal Alcohol Spectrum Disorder. It's Your Health. Ottawa, ON: Author. Consulté à: http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/diseases-maladies/fasd-etcaf-eng.pdf
- Health Canada (2006b). National Native Alcohol and Drug Abuse Program. Ottawa, ON: Health Canada, First Nations, Inuit and Aboriginal Health. Consulté le 2 décembre 2011 à <http://hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/substan/ads/nnadap-pnlaada-eng.php>
- Health Canada (2005a). First Nations Comparable Health Indicators. Ottawa, ON: Author. Consulté le 2 décembre 2011 à http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/2005-01_health-sante_indicat-eng.php
- Health Canada (2005b). Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Ottawa, ON: Author. Consulté le 2 décembre 2011 à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/fasd-fw-etcaf-ca/pdf/fasd-fw_e.pdf
- Health Canada (2005c). Canadian Addiction Survey (CAS): A national survey of Canadians' use of alcohol and other drugs. Ottawa, ON: Author. Consulté le 13 juillet 2010 à <http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-004028-2005.pdf>
- Health Canada (2000a). Literature review evaluation strategies in Aboriginal substance abuse programs: A discussion. Ottawa, ON: Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.

- Health Canada (2000b). You're not the only one smoking this cigarette. Canadian Tobacco Use Monitoring Survey. Ottawa, ON: Author. Consulté le 10 juillet 2010 http://hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_fs-if/2000-alone-seul-eng.pdf
- Health Canada (1999). Tuberculosis in First Nations communities, 1999. Ottawa, ON: Author. Consulté le 15 juin 2009 à http://www.hc-sc.gc.ca/fniiah-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/tuberculosis/1999_commun-eng.pdf.
- Health Council of Canada (2007). Why health care renewal matters: Lessons from diabetes. Ottawa, ON: Author. Consulté le 10 novembre 2011 à http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.24-HCC_DiabetesRpt.pdf
- Heaman, M.C. & Chalmers, K. (2005). Prevalence and correlates of smoking during pregnancy: A comparison of Aboriginal and non-Aboriginal women in Manitoba. *Birth*, 32(4): 299-305.
- Hegele, R.A., Murray, W.H., & Young, T.K. (2001). Common genomic variation in LMNA modulates indexes of obesity in Inuit. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 86: 2747-2751.
- Hegele, R.A., Young, T.K., & Connelly, P.W. (1997). Are Canadian Inuit at increased genetic risk for coronary heart disease? *Journal of Molecular Medicine*, 75: 364-370.
- Hubert, H.B., Feinleib, M., McNamara, P.M., & Castelli, W.P. (1983). Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: A 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation*, 67(5): 968.
- Humphrey, M.H. & Holzheimer, D. (2000). A prospective study of gestation and birth weight in Aboriginal pregnancies in far north Queensland. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 40(3): 326-30.
- Hutchinson, D., Shepstone, L., Moots, R., Leard, J.T., & Lynch, M.P. (2001). Heavy cigarette smoking is strongly associated with rheumatoid arthritis (RA), particularly in patients without a family history of RA. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 60: 223-227.
- Hwang, S.W. (2001). Homelessness and health. *Canadian Medical Association Journal*, 164(2): 229-33.
- Indian and Northern Affairs Canada [INAC] (2006). Fact sheet: 2006 Census Aboriginal demographics. Ottawa, ON: Author. Consulté le 9 juin 2010 à <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/is/cad-eng.asp>
- Indian and Northern Affairs Canada [INAC] (2004). Measuring First Nations well-being. Ottawa, ON: Strategic Research and Analysis Directorate, INAC, Catalogue 348/2004. Consulté le 24 novembre 2010 à <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/R2-348-2004E.pdf>
- Irvine, K. (2009). Supporting Aboriginal parents: Teachings for the future. Prince George, BC: National collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Janz, T., Seto, J., & Turner, A. (2009). Aboriginal Peoples Survey, 2006: An overview of the health of the Métis population. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue no. 89-637-X-No. 004.
- Jenkins, A.L., Gyorkos, T.W., Culman, K.N., Ward, B.J., Pekeles, G.S., & Mills, E.L. (2003). An overview of factors influencing the health of Canadian Inuit infants. *International Journal of Circumpolar Health*, 62(1): 17-39.
- Jenkins, A.L., Gyorkos, T.W., Joseph, L., Culman, K.N., Ward, B.J., Pekeles, G.S., & Mills, E.L. (2004). Risk factors for hospitalization and infection in Canadian Inuit infants over the first year of life: A pilot study. *International Journal of Circumpolar Health* 63(1): 61-70.
- Judd, N.L., Griffith, W.C., & Faustman, E.M. (2004). Consideration of cultural and lifestyle factors in defining susceptible populations for environmental disease. *Toxicology*, 198(1-3): 121-33.
- Kallen, K. (2001). The impact of maternal smoking during pregnancy on delivery outcome. *European Journal of Public Health*, 11(3): 329-33.
- Katzmarzyk, P.T. (2008). Obesity and physical activity among Aboriginal Canadians. *Obesity*, 16: 184-190. DOI: 10.1038/oby.2007.51
- Key, T.A., Allen, N.E., Spencer, E.A., & Travis, R.C. (2002). The effect of diet on risk of cancer. *The Lancet*, 360(Sept): 861.
- Kirmayer, L.J., Brass, G.M., Holton, T., Paul, K., Simpson, C., & Tait, C. (2007). Suicide among Aboriginal people in Canada. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
- Kirmayer, L.J., Brass, G.M., & Tait, C.L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(7): 607-616.
- Knowler, W.C., Pettitt, D.J., Saad, M.F., & Bennett, P.H. (1990). Diabetes mellitus in the Pima Indians: Incidence, risk factors and pathogenesis. *Diabetes Metab Rev*, 6: 1-27.
- Knowler, W.C., Pettitt, D.J., Savage, P.J., & Bennett, P.H. (1981). Diabetes incidence in Pima Indians: Contribution of obesity and parental diabetes. *American Journal of Epidemiology*, 113(2): 144-156.
- Koch, A., Molbak, K., Homøe, P., Sorensen, P., Hjuler, T., Olesen, M.E., Pejil, J. et al. (2003). Risk factors for acute respiratory tract infections in young Greenlandic children. *American Journal of Epidemiology*, 158(4): 374-84.
- Korhonen, M. (2004). Alcohol problems and approaches: Theories, evidence and northern practice. Ottawa, ON: Ajunnginiq Centre, National Aboriginal Health Organization. Consulté le 15 juillet 2010 à http://www.naho.ca/english/pdf/alcohol_problems_approaches.pdf
- Kovesi, T., Gilbert, N.L., Stocco, C., Fugler, D., Dales, R.E., Guay, M., & Miller, J.D. (2007). Indoor air quality and the risk of lower respiratory tract infections in young Canadian Inuit children. *Canadian Medical Association Journal*, 177(2): 155-160.
- Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(10): 778-83.
- Kuhnlein, H.V., Receveur, O., Chan, H.M., & Loring, E. (2000). Assessment of dietary benefit/risk in Inuit communities. Ste-Anne-de-Bellevue, QB: Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment (CINE).
- Kuhnlein, H.V., Receveur, O., Soueida, R., & Egeland, G.M. (2004). Arctic Indigenous peoples experience the nutrition transition with changing dietary patterns and obesity. *The Journal of Nutrition*, 134: 1447-1453.
- Laaksonen, M., Rahkonen, O., Karvonen, S., & Lahelma, E. (2005). Socioeconomic status and smoking. *European Journal of Public Health*, 15(3): 262-269.
- Langan, L.A., Sockalingam, R., Caissie, R., & Corsten, G. (2007). Occurrence of otitis media and hearing loss among First Nations elementary children. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 31(4): 178-185.
- Lavoie, J.G., O'Neil, J., Sanderson, L., Elias, B., Mignone, J., Bartlett, J., et al. for FNIHB-Health Canada (2005). The Evaluation of the First Nations and Inuit Health Transfer Policy. Final Report: Volume 1, Executive Summary. Winnipeg, MB: Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba. Consulté le 25 juin 2010 à http://www.umanitoba.ca/centres/cahr/docs/health_transfer_exec_eng.pdf
- Lawlor, D.A. & Smith, G.D. (2005). Early life determinants of adult blood pressure. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 14(3): 259.
- Lawrence, R. & Martin, D. (2001). Moulds, moisture and microbial contamination of First Nations housing in British Columbia, Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 60(2): 150-6.
- Leach, A.J. (1999). Otitis media in Australian Aboriginal children: An overview. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 49 (Suppl 1): S173-8.

- Levit, E.M., Coate, D., & Grossman, M. (1981). The effects of government regulation on teenage smoking. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research Working paper Series. Consulté le 10 juillet 2010 à http://www.nber.org/papers/w0655.pdf?new_window=1
- Li, J.S., Peat, J.K., Xuan, W., & Berry, G. (1999). Meta-analysis on the association between environmental tobacco smoke (ETS) exposure and the prevalence of lower respiratory tract infection in early childhood. *Pediatric Pulmonology*, 27: 5-13.
- Liu, J., Young, T.K., Zinman, B., Harris, S.B., Connelly, P.W., & Hanley, A.J.G. (2006). Lifestyle variables, non-traditional cardiovascular risk factors, and the metabolic syndrome in an Aboriginal Canadian population. *Obesity*, 14(3): 500-508.
- Luk, R., Cohen, J.E., & Ferrence, R. (2007). Contraband cigarettes in Ontario. Toronto, ON: Ontario Research Unit, Special Report Series. Consulté le 10 juillet 2010 à http://www.otru.org/pdf/special/special_nov_2007.pdf
- MacMillan, H.L., MacMillan, A.B., Offord, D.R., & Dingle, J.L. (1996). Aboriginal health. *Canadian Medical Association Journal*, 155(11): 1569-78.
- Mann, S.L., Wadsworth, M.E., & Colley, J.R.T. (1992). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 46(3): 286-92.
- Mao, Y., Moloughney, B.W., Semenciw, R.M. & Morrison, H.L. (1992). Indian reserve and registered Indian mortality in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 83: 350-353.
- Marmot, M.G. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365: 1099-1104.
- Marmot, M.G.K., Kogevinas, M., & Elston, M.A. (1987). Social/economic status and disease. *Annual Reviews Public Health*, 8: 111-35.
- Marrett, L.C. & Chaudhry, M. (2003). Cancer incidence and mortality in Ontario First Nations, 1968-1991 (Canada). *Cancer Causes & Control*, 14: 259-268.
- May, P.A., Hymbaugh, K.J., Aase, J.M. & Samet, J.M. (1983). Epidemiology of fetal alcohol syndrome among American Indians of the southwest. *Social Biology*, 30(4): 374-87.
- McEwen, B. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: Central role of the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4): 367-81.
- McLaughlin, S. (2010). Traditions and diabetes prevention: A healthy plan for Native Americans. *Diabetes Spectrum*, 23(4): 272-277.
- McNamara, B.J., Sanson-Fisher, R., D'Este, C., & Eades, S. (2011). Type 2 diabetes in Indigenous populations: Quality of intervention research over 20 years. *Preventive Medicine*, 52: 3-9.
- Mehaffey, K., Higginson, a., Cowan, J., Osborne, G.M., & Arbour, L.T. (2010). Maternal smoking at first prenatal visit as a marker of risk for adverse pregnancy outcomes in the Qikiqtaaluk (Baffin) region. *Rural and Remote Health*, 10(3): 1484.
- Millar, W.J. & Maclean, H. (2005). Breastfeeding practices. *Health Reports*, 16(2): 23-31. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue 82-003.
- Ministerial Council on Drug Strategy (2006). National Drug Strategy: Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples Complementary Action Plan 2003-2009 – Background paper. Canberra, AU: Commonwealth of Australia. Consulté le 13 juillet 2010 à [http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/545C92F95DF8C76ACA257162000DA780/\\$File/Indigenous-background.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/545C92F95DF8C76ACA257162000DA780/$File/Indigenous-background.pdf)
- Ministry of Social Development (2010). Obesity. In *Social Report 2010: Te pūrongo orango tangata*. Wellington, NZ: Government of New Zealand. Consulté le 7 novembre 2011 à <http://socialreport.msd.govt.nz/health/obesity.html>
- Mohsin, M.G., Bauman, A., & Jalaludin, B. (2006). The influence of antenatal and maternal factors on stillbirths and neonatal deaths in New South Wales, Australia. *Journal of Biosocial Science*, 38(5): 643-657 (published online July 2005).
- Mokdad, A.H.F., Earl, S., Bowman, B.A., Dietz, W.H., Vinicor, F., Bales, V.S., & Marks, J.S. (2003). Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. *Journal of the American Medical Association*, 289(1): 76-79.
- Morris, K., Morgenlander, M., Coulehan, J.L., Gahagen, S., & Arena, V.C. (1990). Wood-burning stoves and lower respiratory tract infection in American Indian children. *American Journal of Diseases of Children*, 144(1): 105-8.
- Morris, P.S., Leach, A.J., Silberberg, P., Mellon, G., Wilson, C., Hamilton, E., & Beissbarth, J. (2005). Otitis media in young Aboriginal children from remote communities in Northern and Central Australia: A cross-sectional survey. *BMC Pediatrics*, 5: 27-37.
- Morrisseau, K. (2009). Aboriginal cancer control progress report. Winnipeg, MB: Aboriginal Services. Consulté le 6 août 2009 à http://www.cancercare.mb.ca/resource/File/Aboriginal_CancerControlProgressReport_07-08.pdf
- Mosazai, J. (2007, October 19). Aboriginals not butting out, Tories not butting in. *Capital News Online*. Consulté le 19 juillet 2010 à <http://www.carleton.ca/JMC/cnews/19102007/n3print.shtml>
- Mumford, J.L., Lee, X., Lewtas, J., Young, T.L., & Santella, R. (1993). DNA adducts as biomarkers for assessing exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons in tissues from Xuan Wei women with high exposure to coal combustion emissions and high lung cancer mortality. *Environmental Health Perspectives*, 99: 83-7.
- Mussell, B., Cardiff, K., & White, J. (2004). The mental health and well-being of aboriginal children and youth: Guidance for new approaches and services. Chilliwack, BC: The Salishan Institute.
- Myers, K.A. (2002). Cardiovascular disease and risk in the Aboriginal population. *Canadian Medical Association Journal*, 166(3): 355.
- National Aboriginal Health Organization [NAHO]. (2005). Preliminary findings of the First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002-03: Children's survey. Ottawa, ON: First Nations Centre, National Aboriginal Health Organization.
- National Alcohol Strategy Working Group [NASWG] (2007). Reducing alcohol-related harm in Canada: Toward a culture for moderation. Recommendations for a National Alcohol Strategy. Ottawa, ON: Author. Consulté le 29 novembre 2011 à http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/FINAL_NAS_EN_April3_07.pdf
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCAHA] (2009). Family violence as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis Health. Prince George, BC: Author. Consulté à <http://www.nccah-ccnsa.ca/myfiles/nccah-factsheet-web-SDOH-FAMILYVIOLENCE.pdf>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA] (2003). State of the science report on the effects of moderate drinking. Washington, DC: Author, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services. Consulté le 10 juillet 2010 à <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/ModerateDrinking-03.htm>
- National Institute on Drug Abuse (1999). Treatment methods for women. NIDA Info Facts. Washington, DC: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services.
- Nestler, E.J. (2009). Foreword. *Developmental Neuroscience*, 31: 6.
- New Zealand Ministry of Health (2000). Diabetes 2000. Wellington, NZ: Government of New Zealand. Consulté le 8 novembre 2011 à <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/1b6468406f6672eccc2570bb006b4d00/4735077ed3fd9b56cc256a41000975ca?OpenDocument>
- Non-smokers' Rights Association/Smoking and Health Action Foundation (2009). Commercial tobacco in First Nations & Inuit communities. Consulté le 24 novembre 2011 à http://www.nsr-adnf.ca/cms/file/pdf/Commercial_Tobacco_in_First_Nations_and_Inuit_Communities.pdf
- Northwest Territories Bureau of Statistics (2006). 2006 Northwest Territories Addiction Survey. Yellowknife, NWT: Government of Northwest Territories. Consulté le 11 juillet 2010 à <http://www.stats.gov.nt.ca/health/alcohol-drug-use/>

- Nunavut Bureau of Statistics (2008). Stats update. Consulté le 15 juin 2012 à <http://www.eia.gov.nu.ca/stats/Publications/Cenpub/StatsUpdate,%20Population%20and%20other%20data%20by%20Inuit%20Identity,%202006%20Census.pdf>
- O'Brien, M. (2002). Editorial – The Cree agree to hydro development in James Bay region. *Vermont Journal of Environmental Law*. Consulté le 5 juillet 2010 à [http://www.vjel.org/print/php?guid=ED10025&cat=editorials](http://www.vjel.org/print.php?guid=ED10025&cat=editorials)
- O'Dea, K., Rowley, K.G., & Brown, A., (2007). Diabetes in Indigenous Australians: Possible ways forward. *MJA*, 186(10): 494-495.
- Office of the Auditor General of Canada (2003). Chapter 6 – Federal government support to First Nations – Housing on reserves. Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons. Ottawa, ON: Author.
- Office of the Provincial Health Officer (2009). Pathways to health and healing: 2nd Report on the health and well-being of Aboriginal people in British Columbia. Victoria, BC: Government of British Columbia.
- Office of the Provincial Health Officer (2002). The health and well-being of people in British Columbia people. Victoria, BC: Government of British Columbia, Ministry of Health Planning. Consulté le 11 juillet 2010 à <http://www.hls.gov.bc.ca/pho/pdf/phoannual2002.pdf>
- Office of the Provincial Health Officer (2001). The health and well-being of Aboriginal people in British Columbia. Victoria, BC: Government of British Columbia, Ministry of Health Planning. Consulté le 11 juillet 2010 à <http://www.hls.gov.bc.ca/pho/pdf/phoannual2001.pdf>
- Ontario Ministry of Education (2009). Backgrounder – Aboriginal education in Ontario. Toronto, ON: Government of Ontario. Consulté le 24 novembre 2010 à <http://www.edu.gov.on.ca/eng/aboriginal/supporting.html>
- Ontario Ministry of Health Promotion (2005). Active2010: Ontario's Sport and Physical Activity Strategy. Toronto, ON: Government of Ontario. Consulté le 5 juillet 2010 à <http://www.mhp.gov.on.ca/en/active2010/about/active2010-strategy-e.pdf>
- Ontario Tobacco Research Unit (2009, April). An update on cigarettes purchased on First Nations reserves. OTRU Update. Toronto, ON: Ontario Tobacco Research Unit, University of Toronto. Consulté le 10 juillet 2010 à http://www.otru.org/pdf/updates/update_apr2009.pdf
- Orr, P.H. (2007). Respiratory tract infections in Inuit children: "Set thine house in order (commentary)." *Canadian Medical Association Journal*, 177(2): 167-168.
- Orr, P., McDonald, S., Milley, D., & Brown, R. (2001). Bronchiolitis in Inuit children from a Canadian central arctic community, 1995-1996. *International Journal of Circumpolar Health*, 60(4): 649-58.
- Pacey, M. (2009). Fetal alcohol syndrome & fetal alcohol spectrum disorder among Aboriginal peoples – A review of prevalence. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health, University of Northern British Columbia.
- Petersen, K.M., Singleton, R.J., & Leonard, L. (2003). A qualitative study of the importance and etiology of chronic respiratory disease in Alaska native children. *Alaska Medicine*, 45(1): 14-20.
- Physicians for a Smoke-Free Canada (2007). Towards effective tobacco control in First Nations and Inuit communities. Ottawa, ON: Author. Consulté le 6 juillet 2010 à http://www.smoke-free.ca/pdf_1/Effective%20tobacco%20control%203.pdf
- Public Health Agency of Canada [PHAC] (2011). Obesity in Canada. Ottawa, ON: Author.
- Public Health Agency of Canada [PHAC] (2010a). The Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy. Ottawa, ON: Author. Consulté le 2 décembre 2010 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs-eng.php>
- Public Health Agency of Canada [PHAC] (2010b). Aboriginal Head Start Urban and Northern Initiative. Ottawa, ON: Author. Consulté le 24 novembre 2010 à http://www.phac-aspc.gc.ca/dea-dea/publications/ahs_princguide-eng.php#a11
- Public Health Agency of Canada [PHAC] (2009). Obesity in Canada: Snapshot. Ottawa, ON: Author. Consulté le 7 novembre 2011 à <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=en&pf=PFC1636>
- Public Health Agency of Canada [PHAC] (2008a). Aboriginal children: The healing power of cultural identity. Ottawa, ON: Author. Consulté le 10 juin 2010 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/aboriginal-autochtones-eng.php>
- Public Health Agency of Canada [PHAC] (2008b). Complications of diabetes. Ottawa, ON: Author. Consulté le 10 juin 2010 à http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/diabetes_complications-diabete_complications-eng.php
- Public Health Agency of Canada [PHAC] (2007a). Life and breath: Respiratory disease in Canada. Ottawa, ON: Author. Consulté le 17 juin 2010 à <http://origin.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/lbrdevsmrc/pdf/PHAC-Respiratory-WEB-eng.pdf>
- Public Health Agency of Canada [PHAC] (2007b). The Canada Prenatal Nutrition Program: A decade of promoting the health of mothers, babies and communities. Ottawa, ON: Author. Consulté le 16 juillet 2010 à http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/mb_e.pdf
- Reading, J. (2009a). Appendix A. A life course approach to the social determinants of health for Aboriginal peoples. Ottawa, ON: The Senate Sub-Committee on Population Health. Consulté le 9 juin 2010 à <http://www.parl.gc.ca/40/2/parlbus/commbus/senate/com-e/popu-e/rep-e/appendixAjun09-e.pdf>
- Reading, J. (2009b). The crisis of chronic disease among Aboriginal peoples: A challenge for public health, population health and social policy. Victoria, BC: Centre for Aboriginal Health Research, University of Victoria.
- Rehm, J.B., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S. et al.. (2006). The costs of substance abuse in Canada 2002. Ottawa, ON: Canadian Centre of Substance Abuse. Consulté le 21 novembre 2010 à <http://www.ccsa.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-011332-2006.pdf>
- Reilly, J.J., Armstrong, J., Dorosty, A.R., Emmett, P.M., Ness, A., Rogers, I., Steer, C. et al.. (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: Cohort study. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 330(7504): 1357.
- Rhoades, E.R. (2000). American Indian health: Innovations in health care, promotion, and policy. Baltimore: John Hopkins University Press.
- RHS National Team (2007). First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03: Results for adults, youth and children living in First Nations communities. Ottawa, ON: Assembly of First Nations/First Nations Information Governance Committee. Consulté le 16 juillet 2010 à <http://rhs-ers.ca/english/pdf/rhs2002-03-technical-report-afn.pdf>
- Richards, J. (2008). Closing the Aboriginal/non-Aboriginal education gaps. Toronto, ON: C.D. Howe Institute Backgrounder.
- Richards, J. & Scott, M. (2009). Aboriginal education: Strengthening the foundations. Canadian Policy Research Networks. Consulté le 16 juillet 2010 à http://www.cprn.org/documents/51984_EN.pdf
- Robinson, G.C., Conry, J.L., & Conry, R.F. (1987). Clinical profile and prevalence of fetal alcohol syndrome in an isolated community in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal*, 137: 203-7.
- Royal Canadian Mounted Police [RCMP] (2010). Aboriginal Shield Program. Ottawa, ON: Author. Consulté le 14 juillet 2010 à <http://www.rcmp-grc.gc.ca/aboriginal-autochtone/abo-aut-shield-couclier-eng.htm>
- Royal Canadian Mounted Police [RCMP] (2007). Aboriginal Shield Program. Ottawa, ON: RCMP. Consulté le 14 juillet 2010 à <http://www.rcmp-grc.gc.ca/aboriginal-autochtone/pdf/abo-aut-shield-bouclier-eng.pdf>

- Royal Commission on Aboriginal Peoples [RCAP] (1996). Report on the Royal Commission on Aboriginal Peoples: Volume 3 – Gathering strength. Ottawa, ON: Indian and Northern Affairs Canada. Consulté le 8 mai 2012 à http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071115053257/http://www.aainc.gc.ca/ch/rcap/sg/sgmm_e.html
- Sampson, P.D., Streissguth, A.P., Bookstein, F.L., & Barr, H.M. (2000). On categorizations in analyses of alcohol teratogenesis. *Environmental Health Perspectives*, 108(Suppl 3): 321-428.
- Samson, C. & Pretty, J. (2006). Environmental and health benefits of hunting lifestyles and diets for the Innu of Labrador. *Food Policy*, 31(6): 528-553.
- Scollo, M.M. & Winstanley, M.H. (Eds.) (2008). Prevalence of tobacco use among Aboriginal peoples and Torres Strait Islanders – Chapter 8. In *Tobacco in Australia: Facts and issues* (3rd edition). Melbourne, AU: Cancer Council Victoria. Consulté le 6 juillet 2010 à <http://www.tobaccoaustralia.org.au>
- Serdula, M.K., Ivery, D., Coates, R.J., Freedman, D.S., Wililamson, D.F., & Byers, T. (1993). Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Preventive Medicine*, 22(2): 167.
- Sin, D.D., Wells, H., Svenson, L.W., & Man, S.F.P. (2002). Asthma and COPD among Aboriginals in Alberta Canada. *Chest*, 121(6): 1841-6.
- Sioux Lookout First Nations Health Authority (2009). Chiefs' Forum on Social Issues: Answering the call for help: Reducing prescription drug abuse in our communities – Final Report. Prepared by Legacy Bowes Group for the Sioux Lookout First Nations Health Authority. Consulté le 13 juillet 2010 à <http://www.nodin.on.ca/images/Final%20PDF%20-%20Forum%20on%20Social%20Issues%20with%20Appendix.pdf>
- Skinner, K. & Hanning, R. (2005). Nutritional health of Aboriginal infants and children. *In-Touch: Heinz Infant Nutrition Institute*, 22(1): 1-4. Consulté le 2 décembre 2010 à http://www.hini.org/HINI/pdfs/InTouchVol22_1.pdf
- Skinner, K., Hanning, R.M., & Tsuji, L.J.S. (2006). Barriers and supports for healthy eating and physical activity for First Nation youths in northern Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 65(2): 148-161.
- Slattery, M.L. (2005). What is the role of diet in the development of cancer in American Indian and Alaska native populations? *Journal of Cancer Education*, 20(Suppl 1): 92-6.
- Spittal, P.M., Hogg, R.S., Li, K., Craib, K.J., Recksky, M., Johnston, C., Montaner, J.S.G. et al. (2006). Drastic elevations in mortality among female injection drug users in a Canadian setting. *AIDS Care*, 18(2): 101-108.
- Square, D. (1997). Fetal alcohol syndrome epidemic on Manitoba reserve. *Canadian Medical Association Journal*, 157(1): 59-60.
- Statistics Canada (2010). Aboriginal, registered or treaty Indian. Aboriginal persons. Ottawa, ON: Author. Consulté le 16 juillet 2010 à <http://www.statcan.gc.ca/concepts/definitions/aboriginal-autochtone-eng.htm>
- Statistics Canada (2008). Aboriginal peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis, and First Nations 2006 Census. Ottawa, ON; Ministry of Industry, Catalogue no. 97-558-XWE2006001.
- Statistics Canada (2006a). Data tables, topic-based tabulations, Aboriginal identity and income. Census 2006. Ottawa, ON: Author, Catalogue #97-559-XCB200608.
- Statistics Canada (2006b). Topic based tabulations, Aboriginal identity and labour force characteristics. Ottawa, ON: Author, Catalogue 97-559-XCB2006008.
- Statistics Canada (2006c). Percentage of Aboriginal people by population, Canada, provinces and territories, 2006. Census 2006. Ottawa, ON: Author, Catalogue 97-558-XCB2006006. Consulté le 22 juin 2010 à <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/figures/c1-eng.cfm>.
- Statistics Canada (2006d). Data tables, topic-based tabulations, Aboriginal identity and area of residence. Census 2006. Ottawa, ON: Author, Catalogue #97-558-XCB2006006.
- Statistics Canada (2001). Data tables, topic based tabulations, Aboriginal identity and labour force. Census 2006. Ottawa, ON: Author, Catalogue 97F0011XCB2001044.
- Stephens, T. and Health Canada (1999). Smoking among Aboriginal people in Canada, 1991. Ottawa, ON: Health Canada.
- Strathdee, S.A., Patrick, D.M., Currie, S.L., Cornelisse, P.G.A., Rekart, M.L., Montaner, J.S.G., Schechter, M.T. et al. (1997). Needle exchange is not enough: Lessons from the Vancouver Injecting Drug Use Study. *AIDS*, 11: F59-F65.
- Streissguth, A.P., Barr, H.M., Sampson, P.D., Darby, B.L., & Martin, D.C. (1989). I.Q. at age 4 in relation to maternal alcohol use and smoking during pregnancy. *Developmental Psychology*, 25: 3-11.
- Strizzi, J. (2011). One year renewal of Federal Tobacco Control Strategy – Will tobacco be a priority with this Conservative majority government? *Tobacco info.ca magazine for a smoke free Canada*, 6: 1-3.
- Syme, S. (2004). Social determinants of health: The community as an empowered partner. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice and Policy*, 1(1): 1-5.
- Syme, L.S. (1998). Mastering the control factor – Part One. *The Health Report*. National Radio with Norman Swan, November 9. Consulté le 5 juillet 2010 à <http://www.abc.net.au/rn/healthreport/stories/1998/14314.htm>
- Syme, S. (1989). Control and health: A personal perspective. Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Szathmary, E.J. & Holt, N. (1983). Hyperglycemia in Dogrib Indians of the Northwest Territories, Canada: Association with age and a centripetal distribution of body fat. *Human Biology*, 55: 493-515.
- Tait, H. (2008). Aboriginal Peoples Survey, 2006: Inuit health and social conditions. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue no. 89-637-X – No. 001.
- Tatemichi, S.M., Miedema, B., & Leighton, S. (2002). Breast cancer screening. *First Nations communities in New Brunswick*. *Canadian Family Physician*, 48: 1084-1089.
- Tjepkema, M., Wilkins, R., Senécal, S., Guimond, D., & Penney, M.A. (2010). Mortality of urban Aboriginal adults in Canada, 1991-2001. *Chronic Diseases in Canada*, 31(1): 4-21.
- Townsend, J., Roderick, P. & Cooper, J. (1994). Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: Effects of price, income, and health publicity. *British Medical Journal*, 309: 923-927.
- Turcotte, M & Zhao, J. (2004). Well being of off-reserve Aboriginal children. *Canadian Social Trends*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Winter 2004.
- University of Nevada, Reno (nd). Module two: Other drugs. Substance-using women and drug-exposed infants. Reno, NV: University of Nevada, Reno. Consulté le 29 juin 2010 à <http://www.unr.edu/educ/tips/module2/efct2-1.htm>
- US Department of Health and Human Services (2011). *Indian health disparities - IHS Fact Sheets*. Washington, DC: Author. Consulté le 10 mai 2012 à <http://www.ihs.gov/PublicAffairs/IHSBrochure/Disparities.asp>
- Valery, P.C., Coory, M., Stirling, J., & Green, A.C. (2006). Cancer diagnosis, treatment, and survival in Indigenous and non-Indigenous Australians: A matched cohort study. *Lancet*, 367(9525): 1842-48.
- van Rossum, C.S., Shipley, M.J., van de Mheen, H., Grobbee, D.E., & Marmot, M.G. (2000). Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54: 178-184.

- Ventura, S.H., Hamilton, B.E., Mathews, T.J., & Chandra, A. (2003). Trends and variations in smoking during pregnancy and low birth weight: Evidence from the birth certificate, 1990-2000. *Pediatrics*, 111(5): 1176-80.
- Wang, L. & Pinkerton, K.E. (2008). Detrimental effects of tobacco smoke exposure during development on postnatal lung function and asthma. *Birth Defects Research (Part C) – Embryo Today*, 84(1): 54-60.
- Ward, E., Jemal, A., Cokkinides, V., Singh, G.K., Cardinez, C., Ghafoor, A., & Thun, M. (2004). Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 54(2): 78-93.
- Wardman, D., Khan, N., & el-Guebaly, N. (2002). Prescription medication use among an Aboriginal population accessing addiction treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47: 355-360.
- WA Solvents Abuse Working Party (2001). Volatile substance abuse background paper. Canberra, AU: Department of Health & Drug Alcohol Office. Consulté le 13 juillet 2010 à <http://www.dao.health.wa.gov.au>
- Westenberg, L., van der Klis, K., Chan, A., Dekker, G., & Keane, R.J. (2002). Aboriginal teenage pregnancies compared with non-Aboriginal in South Australia 1995-1999. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 42(2): 187-92.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. Geneva: World Health Organization [WHO].
- Willows, N.D. (2005). Determinants of healthy eating in Aboriginal peoples in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96 (Supplement 3): S32-S36.
- Wilson, D. & Macdonald, D. (2010). *The income gap between Aboriginal peoples and the rest of Canada*. Ottawa, ON: Canadian Centre for Policy Alternatives.
- Wiseman, C.L. & Gobas, F.A. (2002). Balancing risks in the management of contaminated First Nations fisheries. *International Journal of Environmental Health Research*, 12(4): 331-42.
- Young, T.K. (2003). Contributions to chronic disease prevention and control: Studies among the Kivalliq Inuit since 1990. *International Journal of Circumpolar Health* 62(4): 323-330.
- Young, T.K. (1994). *The health of Native Americans: Toward a biocultural epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Young, T.K., Dean, H.J., Flett, B., & Wood-Steiman, P. (2000). Childhood obesity in a population at high risk for type 2 diabetes. *The Journal of Pediatrics*, 136(3): 365.
- Young, T.K. & Harris, S.B. (1994). Risk of clinical diabetes in a northern Native Canadian cohort. *Arctic Medical Research*, 53(2): 64-70.
- Young, T.K., Reading, J., Elias, B., O'Neil, J.D. (2000). Type-2 Diabetes in Canada's First Nations: Status of an epidemic in progress. *Canadian Medical Association Journal*, 163(5), 561-566.
- Young, T.K., Sevenhuysen, G.P., Ling, N., & Moffatt, M.E.K. (1990). Determinants of plasma glucose level and diabetic status in a northern Canadian Indian population. *Canadian Medical Association Journal*, 142(8): 821-830.
- Young, T.K., Szathmary, E.J., Evers, S., & Wheatley, B. (1990). Geographical distribution of diabetes among the Native population of Canada: A national survey. *Social Science & Medicine*, 31: 129-39.
- Younging, G., Dewar, J., & DeGagné, M. (Eds.) (2009). *Response, responsibility, and renewal: Canada's truth and reconciliation journey*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
- Zephier, E., Himes, J., Story, M., & Zhou, X. (2006). Increasing prevalences of overweight and obesity in Northern Plains American Indian children. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 160: 34-39.
- Ziegler, D. (2005). Type 2 diabetes as an inflammatory cardiovascular disorder. *Current Molecular Medicine*, 5(3): 309.

