Senate Sénat
CANADA

UN CANADA EN SANTÉ ET PRODUCTIF : UNE APPROCHE AXÉE SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie :
Rapport final du
Sous-comité sénatorial sur la santé des populations

L'honorable Wilbert Joseph Keon, président
L'honorable Lucie Pépin, vice-présidente

Juin 2009

Pour plus d'information, prière de communiquer avec nous
par courriel : soc-aff@sen.parl.gc.ca
par téléphone : (613) 990-0088
sans frais : 1 800 267-7362
par la poste : Sous-comité sénatorial sur la santé des populations
Sénat, Ottawa (Ontario), Canada, K1A 0A4
Le rapport peut être téléchargé à l'adresse suivante :
www.senate-senat.ca/santé-f.asp

This report is also available in English

LA SANTÉ EST EN GRANDE PARTIE DÉTERMINÉE PAR DES FACTEURS EXTÉRIEURS AU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

[L]e manque de soins sanitaires n'est pas à l'origine de la lourde charge mondiale de morbidité. Les maladies d'origine hydrique ne sont pas causées par une pénurie d'antibiotiques mais par l'eau polluée et par les forces politique, sociale et économique qui ont échoué à rendre l'eau propre disponible pour tous; la maladie cardiaque n'est pas causée par un manque d'unités de soins coronariens mais par la vie que les gens mènent, une vie modelée par l'environnement dans lequel ils vivent; l'obésité n'est pas causée par une fragilité morale chez les individus mais par l'existence à profusion d'aliments à forte teneur en lipides et en glucides. Ainsi, l'action principale sur les déterminants sociaux de la santé doit venir d'en dehors du secteur de la santé.
[Extrait de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, 2008, p. 35.]

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES RECOMMENDATIONS ii
ORDRE DE RENVOI vii
MEMBRES viii
LISTE D'ABRÉVIATIONS ix
AVANT-PROPOS 1
INTRODUCTION 2
PARTIE I : LA SANTÉ DE LA POPULATION ET LES DISPARITÉS EN SANTÉ ... 4
1. **LA SANTÉ DE LA POPULATION** 4
2. **DES SOINS DE SANTÉ AUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ** 7
3. **L'AMPLEUR DES DISPARITÉS EN SANTÉ** 9
4. **LA NÉCESSITÉ D'AGIR, LE COÛT DE L'INACTION** 16
PARTIE II : LA SANTÉ RAPPORTE – PASSONS À L'ACTION 17
1. **UNE APPROCHE PANGOUVERNEMENTALE** 17
1.1 **Une question de gouvernance** 18
1.2 **La nécessité d'une vision** 22
1.3 **L'examen interministériel des dépenses** 25
1.4 **Une optique santé dans toutes les politiques** 25
2. **INFRASTRUCTURE DE BASE DE DONNÉES** 28
2.1 **Un système pancanadien de comptes communautaires** 28
2.2 **Recherche interventionnelle en santé des populations** 32
3. **METTRE LES COLLECTIVITÉS À CONTRIBUTION** 34
3.1 **Accroître les exigences en matière de rapports** 35
3.2 **Financement à plus long terme** 36
3.3 **Données et recherche sur les collectivités** 36
3.4 **Coordonner ou intégrer les services à l'échelon communautaire : modèles communautaires qui fonctionnent** 38
4. **LA SANTÉ DE LA POPULATION AUTOCHTONE** 42
CONCLUSION 47
ANNEXE A A1
ANNEXE B B1
ANNEXE C C1

LISTE DES RECOMMENDATIONS

1. **Que le premier ministre du Canada prenne les devants pour annoncer, élaborer et mettre en œuvre, à l'échelon fédéral, une politique sur la santé de la population;**

   Qu'un comité du Cabinet sur la santé de la population soit créé et chargé de coordonner l'élaboration et la mise en œuvre de la politique fédérale sur la santé de la population;

   Que le premier ministre du Canada préside le comité du Cabinet sur la santé de la population;

   Que le comité du Cabinet sur la santé de la population soit composé des ministres compétents, notamment ceux qui dirigent les ministères et agences suivants : Ressources humaines et Développement des compétences, Affaires indiennes et du Nord canadien, Finances, Santé, Environnement, Justice, Agriculture et Agroalimentaire, Industrie, Agence de la santé publique et Condition féminine.

2. **Que le premier ministre du Canada convoque une réunion de tous les premiers ministres afin d'établir un mécanisme intergouvernemental de collaboration pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie pancanadienne de santé de la population;**

   Que les premiers ministres des provinces annoncent, élaborent et mettent en œuvre dans leur compétence respective une politique sur la santé de la population inspirée de la politique fédérale;

   Que, dans chaque province et territoire, les premiers ministres mettent sur pied et président un comité du Cabinet sur la santé de la population.

3. **Que le Secrétariat du Conseil du Trésor prenne les devants et élargisse la gamme des modèles et des ressources disponibles en vue de la gestion de collaborations horizontales et verticales.**

4. **Que le gouvernement du Canada augmente le financement de l'Agence de la santé publique du Canada afin de créer un noyau de politiques et de connaissances qui servira de source d'information pour la mise en œuvre de politiques sur la santé de la population et la réduction des disparités en santé, tant à l'horizontale (à l'échelon fédéral) qu'à la verticale (collaboration intergouvernementale).**

5. **Que, dans la mesure du possible, les administrations locales ou municipales d'un bout à l'autre du pays adoptent et mettent en œuvre une vaste approche à l'égard de la santé de la population, au sein de**

leurs limites territoriales et en collaboration avec le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires.

6. **Que les Objectifs de santé pour le Canada adoptés en 2005 soient rétablis et orientent l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la politique pancanadienne sur la santé de la population.**

7. **Que le Groupe d'experts sur la promotion de la santé de la population accélère ses travaux afin de terminer d'ici douze mois l'élaboration d'un ensemble national d'indicateurs des disparités en santé;**

   Que ces indicateurs des disparités en santé soient mis en rapport avec les Objectifs de santé pour le Canada.

8. **Que le ministère des Finances, en collaboration avec le Bureau du Conseil privé et le Secrétariat du Conseil du Trésor, effectue un examen interministériel des dépenses en vue d'affecter les ressources aux programmes qui contribuent à réduire les disparités en santé.**

9. **Que le gouvernement du Canada exige la tenue d'une étude d'impact sur la santé pour tout projet de politiques, de plans ou de programmes soumis au Cabinet et susceptible d'avoir d'importantes répercussions sur la santé;**

   Que le Conseil privé, en collaboration avec Santé Canada, élabore des lignes directrices pour la mise en œuvre de la directive du Cabinet sur l'étude d'impact sur la santé;

   Que les lignes directrices sur l'étude d'impact sur la santé soient élaborées au moyen des documents existants;

   Que le gouvernement du Canada favorise le recours à l'étude d'impact sur la santé dans toutes les provinces et les territoires.

10. **Que le gouvernement du Canada appuie l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de comptes communautaires, inspiré de celui de Terre-Neuve-et-Labrador, dans l'ensemble des provinces et territoires.**

11. **Que le développement, la gestion et le maintien de l'infrastructure de base de données pancanadienne sur la santé de la population soient confiés à l'Institut canadien d'information sur la santé;**

    Que l'ICIS entreprenne sans délai le travail d'intégration verticale des données nécessaire à cette fin, avec la collaboration des principaux partenaires.

12. **Que Statistique Canada, en collaboration avec Inforoute Santé du Canada Inc., l'Institut canadien d'information sur la santé et d'autres**

intervenants clés, élabore des normes pour faciliter le couplage de données entre les comptes communautaires et les Dossiers de santé électroniques sans pour autant compromettre la protection, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels;

Que l'élaboration des normes nécessaires à la protection, à la confidentialité et à la sécurité des renseignements personnels soit terminée d'ici les douze prochains mois.

13. **Que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) travaillent en collaboration avec les ministères et organismes fédéraux compétents afin d'évaluer les investissements actuels dans la recherche interventionnelle en santé des populations et d'en arriver à un consensus sur ce que devrait être le niveau de financement dans ce domaine;**

    Que le gouvernement du Canada investisse davantage dans la recherche interventionnelle en santé des populations pour que le niveau de financement corresponde à celui convenu par les IRSC et les autres ministères et organismes compétents;

    Qu'à l'avenir, la recherche interventionnelle en santé des populations financée par le gouvernement du Canada mise sur les capacités et les atouts des réseaux et des centres de recherche existants et encourage l'établissement de partenariats fondés sur la coopération entre les organismes de recherche municipaux, provinciaux et fédéraux ainsi qu'avec les milieux universitaires, en vue de la réalisation d'un programme de recherche ciblé;

    Que le gouvernement du Canada mette au point des mécanismes de financement concurrentiels afin de mieux soutenir l'innovation et la recherche interventionnelle de pointe en santé des populations;

    Que le gouvernement du Canada envisage l'adoption de mécanismes de financement conjoints pour soutenir les activités interprovinciales et internationales de recherche interventionnelle comparative en santé des populations;

    Que le gouvernement du Canada examine les critères d'admissibilité au fonds pour l'infrastructure de recherche en santé humaine au Canada et essaie de voir comment ceux-ci pourraient mieux cadrer avec la recherche interventionnelle en santé des populations assortie de mécanismes de mise en œuvre dans le domaine de la santé et dans d'autres secteurs;

    Que la recherche interventionnelle en santé des populations portant sur le logement, le développement de la petite enfance et l'atténuation

des effets de la pauvreté sur les Autochtones et les autres populations vulnérables soit considérée comme prioritaire.

14. **Que le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada examine et revoit les exigences en matière de rapports sur les subventions et contributions imposées par les ministères et organismes fédéraux afin de mieux coordonner la production de rapports, tant à l'horizontale qu'à la verticale.**

15. **Que le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada favorise le financement sur plusieurs années des projets assortis d'échéanciers pluriannuels. De même, il faudrait encourager, le cas échéant, les organismes subventionnaires fédéraux à privilégier eux aussi un financement pluriannuel.**

16. **Que le gouvernement du Canada intègre le soutien de la capacité locale d'analyse et d'évaluation aux programmes visant à améliorer la santé de la population et à réduire les disparités en santé.**

17. **Que le gouvernement du Canada travaille en collaboration avec les autres ordres de gouvernement et le secteur non gouvernemental afin d'appuyer l'intégration ou la coordination de services communautaires dans un cadre de déterminants de la santé.**

18. **Que les peuples autochtones – Premières nations, Inuits et Métis – participent à la conception, à l'élaboration et à la prestation des programmes et des services fédéraux visant les déterminants de la santé dans leurs collectivités respectives.**

19. **Que le premier ministre du Canada, dans un premier pas vers l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie sur la santé de la population pancanadienne, travaille de concert avec les premiers ministres des provinces et des territoires, ainsi qu'avec les dirigeants des Premières nations, des Inuits, des Métis et des autres peuples autochtones, afin de combler l'écart quant aux résultats en santé des Canadiens autochtones, au moyen de programmes et de services exhaustifs, holistiques et coordonnés.**

20. **Que la priorité soit accordée aux déterminants de la santé suivants : de l'eau propre, la salubrité des aliments, le rôle parental et l'apprentissage de la petite enfance, l'éducation, le logement, le développement économique, les soins de santé et la violence faite aux femmes, aux enfants et aux aînés autochtones.**

21. **Que le gouvernement du Canada s'entende avec les provinces et les territoires pour appliquer le principe de Jordan à tous les programmes, mesures et services portant sur les déterminants de la santé des Autochtones de tous les groupes d'âge.**

22. **Que le gouvernement du Canada, de concert avec ses homologues provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les organismes des Premières nations, inuits et métis compétents, appuie et finance la mise en place d'un bout à l'autre du pays des structures et mécanismes nécessaires pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de programmes holistiques complets et coordonnés de nature à remédier aux disparités en santé dans les collectivités autochtones.**

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 24 février 2009 :

L'honorable sénateur Eggleton, C.P., propose, appuyé par l'honorable sénateur Fraser,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants de la santé, entre autres les effets de ces déterminants sur les disparités et les inégalités sur le plan des résultats en santé auxquels sont exposés des groupes identifiables ou des catégories de personnes au Canada;

Que le comité examine les politiques, les programmes et les pratiques du gouvernement qui ont une incidence sur les déterminants de la santé et les résultats en santé dans les différents segments de la population canadienne, et qu'il s'informe des moyens que les gouvernements pourraient prendre pour mieux concerter leurs activités en vue d'améliorer les résultats en santé, que ces activités mettent à contribution les différents ordres de gouvernement ou divers ministères et services au sein d'un seul ordre de gouvernement;

Que le comité soit autorisé à étudier des exemples internationaux d'initiatives en matière de santé de la population prises par des pays en particulier ou par des organismes internationaux multilatéraux tels l'Organisation mondiale de la santé, sans toutefois s'y limiter;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le comité sur ce sujet au cours de la première session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au comité;

Que le comité soumette son rapport final au plus tard le 30 juin 2009 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 180 jours suivant le dépôt du rapport final.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

MEMBRES

L'honorable Wilbert Joseph Keon, président du Comité
L'honorable Lucie Pépin, vice-présidente du Comité

Les honorables sénateurs :

Catherine S. Callbeck
Andrée Champagne, C.P.
Joan Cook
Nicole Eaton
Joyce Fairbairn, C.P.

Membres d'office du comité :

Les honorables sénateurs : James Cowan (ou Claudette Tardif) et Marjory LeBreton, C.P. (ou Gérald J. Comeau).

Autre sénateur ayant participé dans une large mesure à cette étude : L'honorable sénateur Eggleton, C.P.

Le comité remercie les membres du personnel suivants qui ont travaillé fort à la préparation du rapport.

Bibliothèque du Parlement :
Odette Madore, chef intérimaire, Section des affaires sociales, culturelles et de la santé, Division des affaires sociales, Service d'information et de recherche parlementaires.

Michael Toye, conseiller

Direction des comités du Sénat :
Barbara Reynolds, greffière du Comité, 2e session de la 39e législature, 2e session de la 40e législature
Tracy Amendola, adjointe administrative, 2e session de la 39e législature

Keli Hogan, greffière du comité, 2e session de la 40e législature
Monique Régimbald, adjointe administrative, 2e session de la 40e législature

LISTE D'ABRÉVIATIONS

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

BCHC: British Columbia Healthy Communities

CA : Community Accounts

CGA : Conseil des gouvernements d'Australie

CLSC : Centre local de services communautaires

CRSH : Conseil de recherches en sciences humaines

CRSNG : Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie

DSE : dossier de santé électronique

EIE : évaluation d'impact sur l'environnement

EIS : étude d'impact sur la santé

F-P-T : fédéral-provincial-territorial

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

LEF: Learning Enrichment Foundation

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : organisation non gouvernementale

R.-U. : Royaume-Uni

RMR : région métropolitaine de recensement

SFR : seuil de faible revenu

AVANT-PROPOS

Le Canada est généralement perçu comme l'un des meilleurs pays du monde où vivre. Son territoire est vaste, diversifié et riche en ressources naturelles et l'air qu'on y respire est de qualité. Pourtant, sur le plan de la santé, notre pays affiche malheureusement de graves disparités. Certains Canadiens sont en excellente santé toute leur vie et leur espérance de vie est parmi les plus élevées au monde; paradoxalement, d'autres sont en mauvaise santé toute leur vie et leur espérance de vie s'apparente à celle de certains pays du tiers monde. Les malheureux Canadiens qui sont en piètre santé toute leur vie sont souvent moins productifs et ajoutent au fardeau du système de soins de santé et au filet de sécurité sociale. Notre système de santé ne peut à lui seul remédier à ces inégalités, peu importe l'argent que nous y investissons.

Il faut changer notre façon de penser et reconnaître qu'une bonne santé dépend de divers facteurs et influences, dont 75 p. 100 n'ont aucun rapport avec le système de soins de santé. Il faut donc agir de façon proactive et aider les collectivités, les villes, les provinces, les territoires et le pays à produire des citoyens en bonne santé, à assurer leur mieux-être physique et mental et à préserver leur productivité. Attendre passivement que la maladie se déclare et essayer ensuite d'y trouver un remède grâce au système de soins de santé n'est tout simplement pas une option. Nous devons donc prendre en considération tous les facteurs qui influencent la santé et, grâce à une approche axée sur la santé de la population, remédier aux inégalités et contribuer au mieux-être et à la productivité.

Les connaissances et les technologies nécessaires à cette fin sont maintenant à portée de main, mais des recherches plus poussées s'imposent. Tout changement exigera une mobilisation de la part de l'ensemble des particuliers, des ONG, des entreprises, des collectivités, des ordres de gouvernement et des différents secteurs de la société canadienne. L'entreprise ne pourra être menée à bien que si notre premier ministre et nos premiers ministres provinciaux, nos maires, nos dirigeants municipaux et communautaires ainsi que les chefs des Premières nations exercent un leadership. Il faudra adopter une approche pangouvernementale axée sur une intervention intersectorielle reposant sur la participation des entreprises, des bénévoles et des organismes communautaires. La tâche ne sera pas facile, mais elle peut et doit être accomplie. Nous ne pouvons nous y soustraire.

Nous devons mettre en place un système d'information sur la santé de la population doté d'une capacité longitudinale, qui permette de suivre et d'évaluer le bien-être tout au long du parcours de vie humain, puis d'en faire rapport. L'intervention communautaire doit quant à elle miser sur l'éducation et mettre à contribution les services de santé et les services sociaux, de façon à réduire les disparités en santé, à contrer la prévalence de la maladie et à accroître la productivité. Cette tâche ne doit pas nous rebuter, puisqu'elle est réalisable et qu'elle contribuera à long terme à l'égalité en santé et au mieux-être de la population et améliorera radicalement notre productivité globale. Chaque Canadien doit relever le défi au bénéfice de tous.

INTRODUCTION

Instaurer l'équité en santé en l'espace d'une génération; il le faut et c'est maintenant qu'il faut agir[1].

Avec le dépôt de ce rapport final, le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie arrive au terme d'un long parcours, qui s'est amorcé en février 2007, au cours de la première session de la 39e législature, lorsque le Sous-comité a reçu du Sénat le mandat d'« examiner les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants de la santé ». Ce mandat a été reconduit deux fois, soit en octobre 2007, au début de la deuxième session de la 39e législature, puis en février 2009, au début de la deuxième session de la 40e législature.

Le présent rapport est donc l'aboutissement d'une étude à laquelle le Sous-comité a consacré deux années complètes. Au cours de cette période, le Sous-comité a siégé pendant 52 heures, tenu 30 séances, entendu au-delà de 117 témoins et reçu des centaines de mémoires. Les membres ont aussi visité six collectivités canadiennes et effectué une mission d'étude à l'étranger. Nous tenons à remercier sincèrement tous ceux qui nous ont donné leur avis sur les mesures à prendre pour améliorer la santé des Canadiens, réduire les disparités en santé et accroître la productivité du Canada. Nous avons examiné attentivement leurs observations et leurs propositions et les avons trouvées particulièrement à propos dans le contexte actuel de ralentissement économique.

Notre rapport final a été précédé de quatre rapports provisoires :

- *Politiques sur la santé de la population : Perspective internationale* présente une analyse des politiques gouvernementales destinées à promouvoir la santé de la population et à réduire les disparités en matière de santé en Australie, en Angleterre, en Finlande, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suède.

- *La santé maternelle et le développement de la petite enfance à Cuba* résume les observations du Sous-comité quant au contenu, à la structure, au coût, à la gestion et à l'incidence des programmes de santé maternelle et des projets de développement de la petite enfance à Cuba. L'efficacité de l'approche cubaine en matière de santé maternelle et de développement de la petite enfance repose en grande partie sur ce que les Cubains appellent la « polyclinique ». Ce genre d'établissement joue un rôle beaucoup plus grand que celui de la clinique de santé telle que la conçoivent les Canadiens, puisqu'il assure l'intégration de la science, le transfert des connaissances, l'éducation des parents et la mobilisation de la collectivité, et donne ainsi une solide dimension multidisciplinaire au secteur des soins de santé primaires.

- *Politiques sur la santé de la population : Perspectives fédérale, provinciale et territoriale* décrit les efforts déployés par le gouvernement fédéral de même que par les provinces et

[1] Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, 2008, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf.

territoires pour élaborer et mettre en œuvre des politiques sur la santé au Canada. L'administration fédérale ainsi que les provinces et territoires ont consacré beaucoup d'énergie à la santé de la population au cours des 35 dernières années. Pourtant, le Canada n'a toujours pas de plan national pour réduire les disparités en santé et améliorer la santé de sa population en général.

- *Politiques sur la santé de la population : enjeux et options* énonce les grands enjeux liés à l'élaboration de politiques sur la santé de la population au Canada et présente des options de politiques à adopter pour améliorer la santé en général et réduire les disparités sur le plan de la santé.

Ces rapports ont permis de lancer un débat public sur le rôle des gouvernements, en particulier du gouvernement fédéral, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une approche axée sur les déterminants de la santé au Canada. Ils ont aussi été le point de départ d'audiences et de consultations publiques tenues avec des Canadiens provenant de tous les coins du pays. Le présent rapport final, qui est l'aboutissement de ce processus de consultation, met fin à l'étude du Sous-comité. Les recommandations qui y sont formulées peuvent être regroupées en quatre catégories :

- Un nouveau style de gouvernance : une direction de la part des instances décisionnelles supérieures pour élaborer et mettre en œuvre une politique sur la santé de la population à l'échelle fédérale, provinciale, territoriale et locale, assortie d'objectifs clairs, et une optique santé à l'égard de toutes les nouvelles politiques et de tous les nouveaux programmes.
- Le fondement : une infrastructure de base de données fiables sur la santé de la population coordonnée par l'Institut canadien d'information sur la santé, inspirée du modèle des comptes communautaires (Community Accounts) de Terre-Neuve-et-Labrador et assortie des liens nécessaires pour permettre un couplage avec les dossiers de santé électroniques. Statistique Canada et les intervenants compétents élaboreront des normes afin d'assurer la protection, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels. Cette infrastructure de base de données s'accompagnera d'une solide recherche interventionnelle en santé des populations de façon à pouvoir prendre des décisions éclairées en matière de politique gouvernementale.
- Bâtir des collectivités saines : parce que les déterminants de la santé se jouent à l'échelon local, les gouvernements doivent miser sur l'expertise des citoyens et chercher à renforcer leur capacité de doter leurs collectivités de la force et de l'ouverture voulues pour que la population soit en santé et productive. Le modèle cubain de polyclinique offre d'intéressantes possibilités de collaboration intersectorielle à l'échelon local et pourrait être adapté dans certaines collectivités canadiennes.
- L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique pancanadienne sur la santé de la population et la réduction des disparités en santé doivent viser en priorité les Premières nations, les Inuits et les Métis; une collaboration doit s'établir avec les dirigeants en place pour répondre aux besoins actuels; les particularités culturelles doivent être valorisées et les perspectives d'avenir élargies.

Le Sous-comité croit que le moment est vraiment propice pour mettre en œuvre ses recommandations. Les appuis sont nombreux de la part des représentants du milieu des affaires, des collectivités rurales, urbaines et autochtones, des organismes non gouvernementaux, des instituts de recherche, des universités, des associations professionnelles, des régies de la santé, des instances gouvernementales, etc. Il y a en outre un mouvement favorable au niveau national et international depuis la publication des recommandations fondées sur des preuves de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, du premier rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada et des résultats de la table ronde du Conference Board du Canada sur les déterminants sociaux de la santé, entres autres documents. Bien d'autres pays – comme l'Angleterre, la Finlande, la Norvège et la Suède – et un certain nombre de provinces – notamment Terre-Neuve-et-Labrador et Québec – ont pris les devants et mis en place des mesures et des programmes pour réduire les disparités en santé. C'est pourquoi nous sommes fermement convaincus que le moment est venu pour le gouvernement fédéral et les autres ordres de gouvernement d'agir en ce qui concerne les déterminants de la santé au Canada. En fait, il n'est pas exagéré d'affirmer qu'aucune société ne peut renverser le ralentissement économique actuel et contribuer ensuite au progrès économique, si elle néglige la santé de sa population. Si nous n'agissons pas, les disparités en santé au Canada, qui sont déjà importantes, risquent de s'aggraver encore, au point de compromettre notre prospérité économique future.

PARTIE I : LA SANTÉ DE LA POPULATION ET LES DISPARITÉS EN SANTÉ[2]

1. LA SANTÉ DE LA POPULATION

> *[…] [J]e crois que le problème de la santé de la population ne porte pas uniquement sur la santé, mais sur la population. C'est très général.*
>
> *Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes, Institut canadien d'information sur la santé, 27 mars 2009 (3:74).*

Notre étude des déterminants de la santé repose sur les notions de santé et de santé de la population. Le Sous-comité a adopté la définition de l'OMS, qui est bien connue et qui décrit la **santé** comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » et « une ressource au quotidien[3] ». De ce point de vue, une bonne santé contribue de façon importante au développement social, économique et personnel et elle joue pour beaucoup dans la qualité de vie. Le corollaire est tout aussi vrai, puisque la notion de **santé de la population** part du principe que la santé est beaucoup plus tributaire de facteurs socioéconomiques, environnementaux et culturels que de facteurs génétiques ou médicaux. Ainsi, des facteurs comme le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi, la hiérarchie sociale et le logement, qui sont tous des **déterminants de la santé**, ont une incidence directe ou indirecte sur la santé et le bien-être de la population. Bon nombre d'entre eux ont une incidence déterminante dans les collectivités canadiennes – les villes, les villages, les quartiers et les régions où les gens vivent, apprennent, travaillent et se divertissent. C'est pourquoi l'approche adoptée par le Sous-comité à l'égard de la santé de la population met l'accent sur le

[2] Dans le présent rapport, les renvois aux témoignages reproduits dans les *Procès-verbaux et les Témoignages du Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie* seront ci-après indiqués uniquement par le numéro de fascicule et le numéro de page.

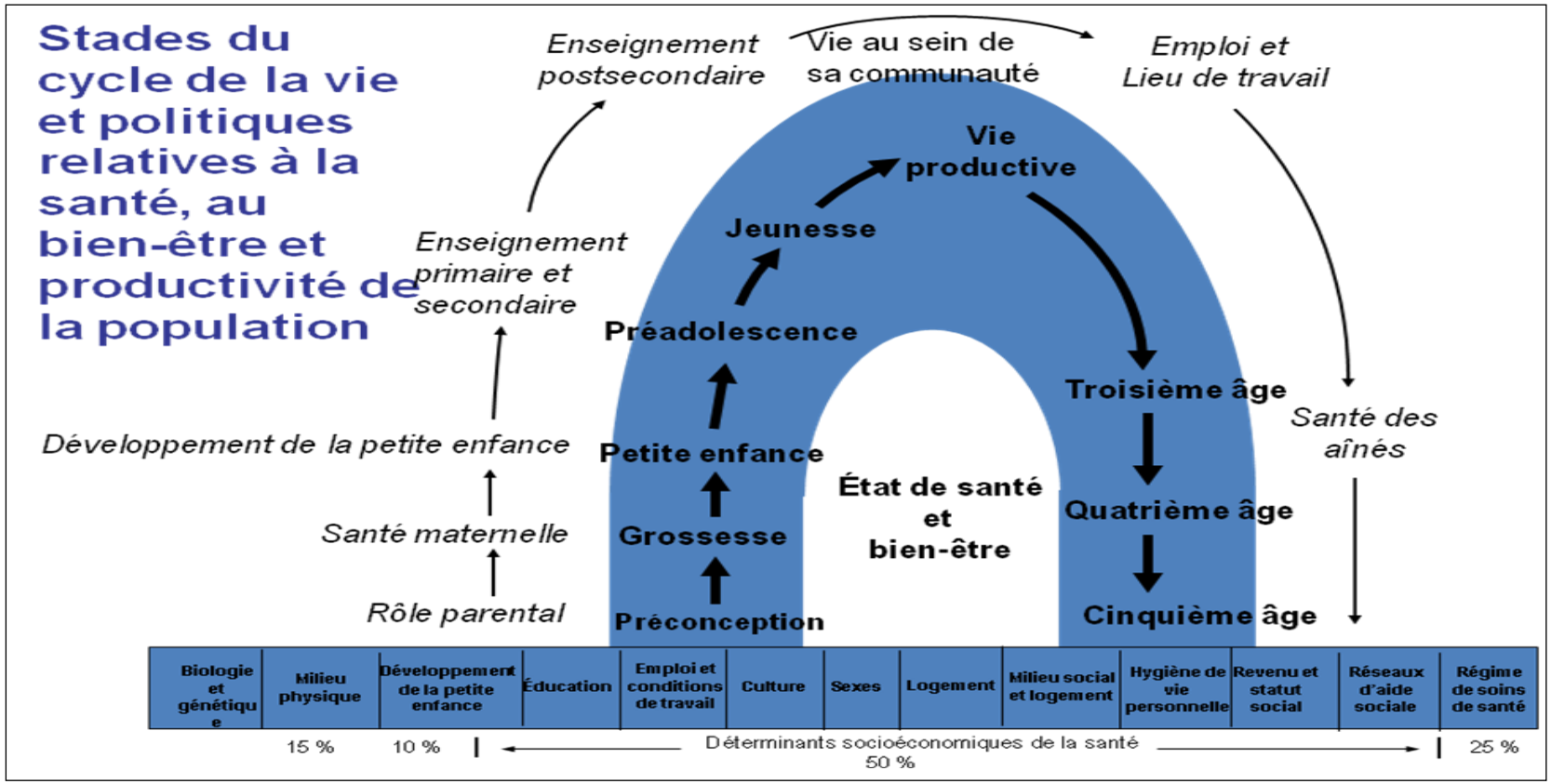
[3] Organisation mondiale de la santé, http://www.who.int/fr/.

contexte communautaire. Par ailleurs, comme les effets des déterminants de la santé varient selon les différentes périodes de la vie d'une personne, notre approche s'inscrit dans une **optique de durée de vie** – c'est-à-dire qu'elle tient compte des facteurs qui peuvent influencer la santé d'une personne dès avant sa naissance jusqu'à l'âge adulte, en passant par l'enfance et l'adolescence. L'approche axée sur les déterminants de la santé que propose le Sous-comité est illustrée au graphique 1.

La combinaison et l'interaction des déterminants de la santé influent de diverses façons sur l'état de santé; ces différences créent à leur tour des **disparités en santé** d'une personne ou d'un segment de la population à l'autre. Il est largement reconnu à l'échelle nationale et internationale que la grande majorité des disparités en santé sont évitables, injustes et, par conséquent, inéquitables. Ces inégalités sur le plan de la santé sont imputables à l'environnement extérieur et à d'autres conditions sociales et économiques sur lesquelles les principaux intéressés ont fort peu de prise, mais qui peuvent être améliorées grâce à la mise en œuvre d'une politique gouvernementale bien conçue que nous appelons ici la **politique sur la santé de la population**.

La politique sur la santé de la population est, de par sa nature, intersectorielle – c'est-à-dire qu'elle est conçue pour tenir compte de façon coordonnée de tout l'éventail des déterminants qui influent sur la santé. Ce genre de **collaboration intersectorielle** revêt deux dimensions : l'une horizontale et l'autre verticale. La dimension horizontale fait intervenir différents secteurs, comme l'éducation, les finances, l'emploi, les services sociaux, l'environnement, la santé, etc. À l'intérieur d'une même administration, une telle approche est dite « interministérielle » ou « pangouvernementale ». La dimension verticale suppose une concertation de secteurs d'intervention à différents échelons gouvernementaux; par exemple, les gouvernements fédéraux, provinciaux/territoriaux, régionaux et locaux ou municipaux s'allient à des groupes, des institutions, des organismes et des entreprises de la collectivité. L'intervention intersectorielle est fructueuse lorsque tous les participants à chaque échelon en sortent gagnants.

GRAPHIQUE 1



Source : Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Les membres du Sous-comité croient qu'il y a définitivement une demande en matière de santé de la population au Canada, mais que celle-ci n'est pas étiquetée comme telle. Les partisans de la lutte à la pauvreté, à l'exclusion et à la dégradation de l'environnement, tout comme les défenseurs de la condition féminine, des logements sociaux, de l'accès à une eau potable de qualité et de la justice sociale de façon générale, sont tous favorables à une intervention pour réduire les disparités et améliorer la santé de façon que les Canadiens puissent s'épanouir, vivre et contribuer pleinement à la société. Malheureusement, il n'existe pas de terminologie simple ou unique pour parler de ces questions. Le Sous-comité, à l'instar des spécialistes en santé publique et en promotion de la santé, utilise les expressions *santé de la population*, *bien-être* et *inégalités en matière de santé*, tandis que les économistes et les gens d'affaires préfèrent parler de *capital humain*. Pour leur part, les sociologues et les biologistes estiment que cet enjeu en est un de *développement humain*, tandis que les environnementalistes l'associent plutôt à la *viabilité de l'environnement*. Pour les Autochtones, c'est la *santé holistique* et le *bien-être* qui est en cause. Peu importe la façon de le formuler, l'objectif ultime du présent rapport est de faire en sorte que la population – sa santé physique et mentale, son bien-être et sa qualité de vie – soit au cœur des politiques gouvernementales. C'est ce que le Sous-comité recommande lorsqu'il prend position en faveur d'une approche axée sur les déterminants de la santé au Canada.

> *L'exigence existe peut-être, mais elle est fragmentée et, à mon avis, impossible à cerner pour le pouvoir politique en ce moment.*
>
> *L'honorable Monique Bégin, 18 avril 2008 (4:104).*

> *En fait, qu'on parle d'économie, de sécurité du revenu ou d'environnement, on en revient toujours à la santé de la population.*
>
> *Mel Cappe, président, Institut de recherche en politiques publiques, 26 février 2009 (1:15).*

2. DES SOINS DE SANTÉ AUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Comme il est mentionné précédemment, les déterminants de la santé sont constitués de facteurs personnels, culturels, socioéconomiques et environnementaux. Le graphique 1 – et les exemples recensés dans les ouvrages canadiens – donne à penser que le système de **soins de santé** contribue à la santé de la population, mais son apport à cet égard ne représente que 25 p. 100, quel que soit le niveau de financement auquel il a droit. Trop souvent, le système de soins de santé réagit après coup, c'est-à-dire une fois que la maladie (dans bien des cas, évitable) s'est déclarée. Il est clair que la santé ne dépend pas seulement des soins de santé et, de tous les déterminants de la santé, le contexte socioéconomique est celui qui a le plus d'impact. L'adoption d'une approche active plutôt que passive à l'égard de la santé et l'idée d'intervenir avant que la maladie ne se déclare sont donc d'autant plus justifiées.

La biologie fondamentale et la constitution organique de l'être humain sont des déterminants fondamentaux qui influent sur la santé d'une personne dans une proportion de 15 p. 100. Dans certains cas, le **patrimoine génétique** semble prédisposer certains individus à certaines maladies ou à des problèmes de santé particuliers.

Le **logement** ou le manque de logement adéquat (surpeuplement, habitations insalubres, maisons exigeant d'importantes réparations, sans-abrisme, etc.) contribue à l'augmentation du stress, de la morbidité, de la mortalité, de l'exclusion sociale et de la maladie physique et

mentale. Inutile de dire que la santé est d'abord tributaire de la qualité du logement; par conséquent, la promotion de la santé de la population passe d'abord par l'accès à un logement sain et abordable. D'autres éléments de notre **environnement physique** qui sont le fait de l'homme, comme un milieu de travail et des collectivités sûrs, des villes bien aménagées, de bonnes routes, etc., sont essentiels à la santé de la population, au même titre que la qualité de l'air, de l'eau et du sol. Dans l'ensemble, 10 p. 100 des résultats en santé sont attribuables à l'environnement physique.

La santé de la population dépend de facteurs socioéconomiques dans une proportion d'au moins 50 p. 100. Les déterminants socioéconomiques de la santé sont complexes et inextricablement liés les uns aux autres. Nous en décrivons quelques-uns ci-dessous.

Le **développement de la petite enfance**, de la préconception à la grossesse en passant par le rôle parental tout au long des premières années de vie, est souvent considéré comme un puissant déterminant de la santé et un élément charnière de l'adoption à l'égard de la santé de la population d'une approche qui tient compte de toutes les étapes de la vie. Il est démontré scientifiquement que les expériences vécues entre la conception et la sixième année de vie sont déterminantes dans le cycle de vie en ce qui a trait au développement et à la conduction des neurones du cerveau de l'enfant. Les stimulations positives dans l'enfance améliorent la santé, le mieux-être et la capacité d'adaptation pendant tout le reste de la vie.

L'**éducation** est étroitement liée à la situation socioéconomique et une éducation efficace des enfants ainsi que l'éducation permanente pour les adultes sont autant d'éléments qui contribuent au premier chef à la santé et à la prospérité des individus et du pays. Le niveau d'instruction contribue à la santé et à la prospérité en donnant aux gens les connaissances et les capacités dont ils ont besoin pour résoudre des problèmes et leur procure aussi le sentiment de contrôler leur propre vie. Les gens plus instruits ont plus de possibilités d'emploi, une meilleure sécurité du revenu et une plus grande satisfaction au travail. Il leur est aussi plus facile de se renseigner et de comprendre comment faire pour prendre soin de leur santé. La responsabilité individuelle à l'égard de sa santé est un autre élément important d'une approche holistique et pangouvernementale à l'égard de la santé de la population.

L'existence d'un lien entre **le revenu et le statut social** et la santé est de plus en plus étayée et les preuves à cet égard sont probantes. Encore plus évident, la santé des gens varie en fonction des différences de revenu entre les plus riches et les plus pauvres de notre société. Les personnes à faible revenu et au statut social plus modeste ont moins de contrôle sur leur vie et moins de choix, et cette situation empire lorsque l'écart des revenus dans une société est très marqué.

Il est démontré que **l'emploi et les conditions de travail** ont une importante incidence sur la santé physique et mentale ainsi que sur le mieux-être social d'une personne. Le revenu gagné procure non seulement de l'argent, mais aussi un sentiment d'identité et d'utilité, des contacts sociaux et des occasions de croissance personnelle. Quand une personne perd ces avantages, les résultats peuvent être dévastateurs, aussi bien pour sa santé que pour celle des membres de sa famille.

Enfin, le Sous-comité a recueilli des témoignages concernant l'impact de la **culture** et du **sexe** sur la santé. La race, l'ethnicité ou le bagage culturel peuvent influer sur la santé de la population en rendant les gens plus ou moins vulnérables aux risques auxquels ils sont collectivement exposés. De même, les différents rôles, traits de personnalité et pouvoirs relatifs attribués par la société selon que l'on est un homme ou une femme peuvent tous influer sur la santé. Une approche sexospécifique à l'égard de la santé de la population permet de tenir compte des différences entre les femmes et les hommes, de voir en quoi les risques pour la santé, les expériences et les résultats sont influencés différemment selon que l'on est une femme ou un homme, une fille ou un garçon, et d'intervenir en conséquence. De plus, l'approche adoptée à l'égard de la santé de la population doit être culturellement adaptée et suffisamment souple pour prendre en compte les besoins particuliers des différents groupes culturels et ethniques qui forment notre pays.

3. L'AMPLEUR DES DISPARITÉS EN SANTÉ

> *Certains Canadiens sont beaucoup plus en santé que d'autres. Les problèmes de santé sont beaucoup plus fréquents chez les enfants et les familles qui vivent dans la pauvreté; les gagne-petit; les chômeurs/sous-employés; les personnes peu scolarisées et/ou peu alphabétisées; les Autochtones et les populations des régions éloignées; les nouveaux arrivants; les personnes victimes d'exclusion sociale; les sans-abri et les personnes qui ont de la difficulté à trouver un logement abordable*[4].

Tout au long de son étude, le Sous-comité a recueilli des témoignages convaincants au sujet de l'ampleur des disparités en santé. Il y a au Canada de vastes disparités entre les hommes et les femmes, d'une région ou d'un quartier à l'autre ainsi que selon le niveau de scolarité et de revenu. Même si le nombre de personnes en mauvaise santé se répartit sur l'ensemble de la population, il est disproportionnellement élevé dans certains groupes, comme chez les Autochtones ou chez les personnes et les familles à faible revenu.

Comme l'indique le tableau 1, la différence entre l'état de santé des Canadiens en général et celui des populations autochtones – Premières nations, Inuits et Métis – est frappante. Par exemple, la durée de vie moyenne des femmes inuites est inférieure de 12 ans à celle des femmes canadiennes, tandis que l'écart pour les hommes est de 8 ans. Le tableau 1 montre aussi que la situation socioéconomique de chacun des groupes autochtones est moins reluisante que chez le reste de la population canadienne à pratiquement tous les égards. Le niveau de scolarisation est moins élevé, le chômage est plus élevé et le revenu moyen est plus faible. Il y a beaucoup plus de fumeurs chez les Autochtones que dans le reste de la population. Jeff Reading, professeur et directeur du Centre for Aboriginal Health Research, à l'Université de Victoria, a préparé pour le Sous-comité un document où il présente une série de données des plus complètes sur le fardeau économique de la maladie et l'ampleur des disparités en santé chez les Premières nations, les Inuits et les Métis. Dans son document, il reconnaît que les piètres conditions de vie des Autochtones contribuent à leur mauvais état de santé par rapport au reste de la population

[4] BC Healthy Living Alliance, *Mémoire au Sous-comité*, 8 juin 2008, p. 2.

canadienne. Ces piètres conditions ne sont pas étrangères au processus de dislocation qui a fait suite à la colonisation et qui a entraîné l'exclusion sociale des populations et des collectivités autochtones du reste du Canada[5].

TABLEAU 1
INÉGALITÉS OBSERVÉES DANS LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ : BEAUCOUP DE TRAVAIL RESTE À FAIRE POUR AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS AUTOCHTONES

	Non-Autochtones	Premières nations	Inuits	Métis
État de santé				
Espérance de vie à la naissance (hommes)	76	69	68	n.d.
Espérance de vie à la naissance (femmes)	82	77	70	n.d.
Éducation (% 15 ans et plus)				
Aucun grade, diplôme ou certificat	33	55	66	46
Baccalauréat	16	4,1	1,9	5,3
Emploi (% 15 ans et plus)				
Taux de chômage	7	22	22	14
A travaillé toute l'année à temps plein	37	23	23	31
Revenu (% 15 ans et plus)				
Faible revenu en 2000	16	40	24	28
Mode de vie (% de la population)				
Consommation quotidienne de cigarettes	22	38	61	37

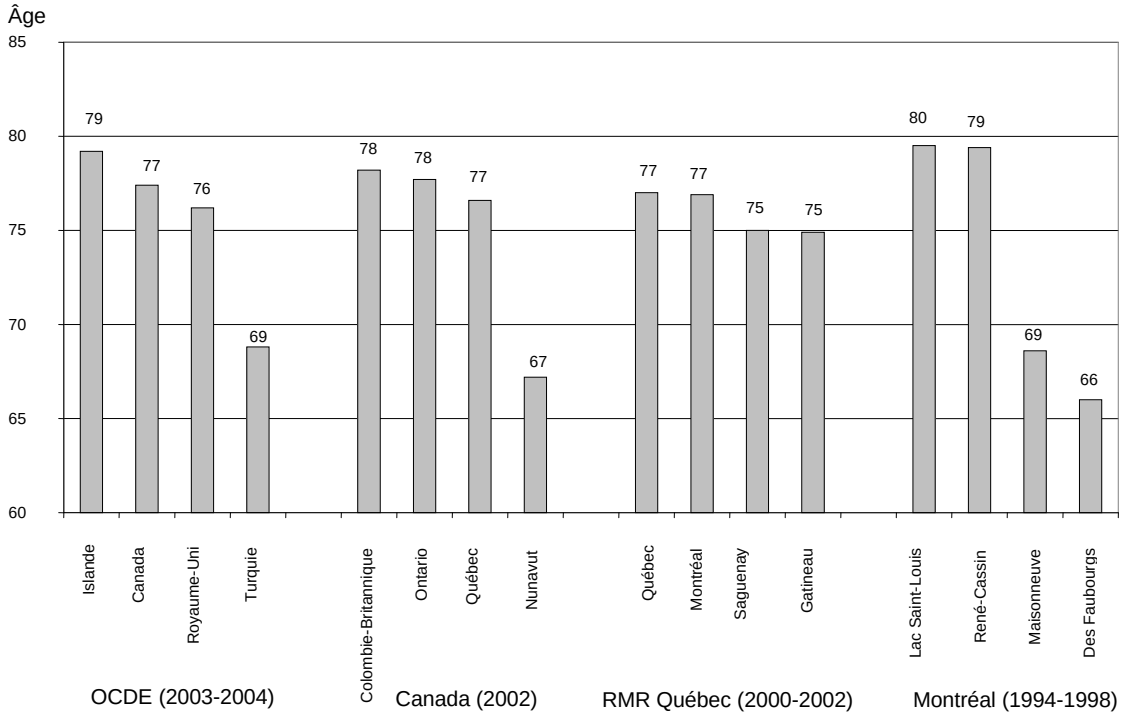
n.d. : non disponible
Source : Initiative sur la santé de la population canadienne, Améliorer la santé des Canadiens, 2004, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/IHC2004rev_f.pdf.

Le Sous-comité s'est aussi fait dire à maintes reprises qu'il existait des disparités en santé d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays. Par exemple, le graphique 2 montre que l'espérance de vie au Canada est l'une des plus élevées au monde. Ce ne sont cependant pas tous les Canadiens qui ont une longue espérance de vie. D'un bout à l'autre du pays, l'écart à cet égard est de 11 ans, le Nunavut ayant la plus faible espérance de vie à 67 ans et la Colombie-Britannique la plus longue, à 78 ans. Il y a en outre des différences à l'intérieur d'une même province. Au Québec, par exemple, l'espérance de vie n'est pas la même à Montréal et à Gatineau. Lorsqu'on regarde la situation à plus petite échelle encore, les recherches effectuées par le Service de santé publique de Montréal montrent que d'un quartier à l'autre de la ville,

[5] Jeff Reading, « *A Life Course Approach to the Social Determinants of Health for Aboriginal Peoples* », 30 mars 2009.

l'espérance de vie peut varier de 14 ans. Ces observations font ressortir la nécessité d'adopter une approche communautaire en matière de santé de la population.

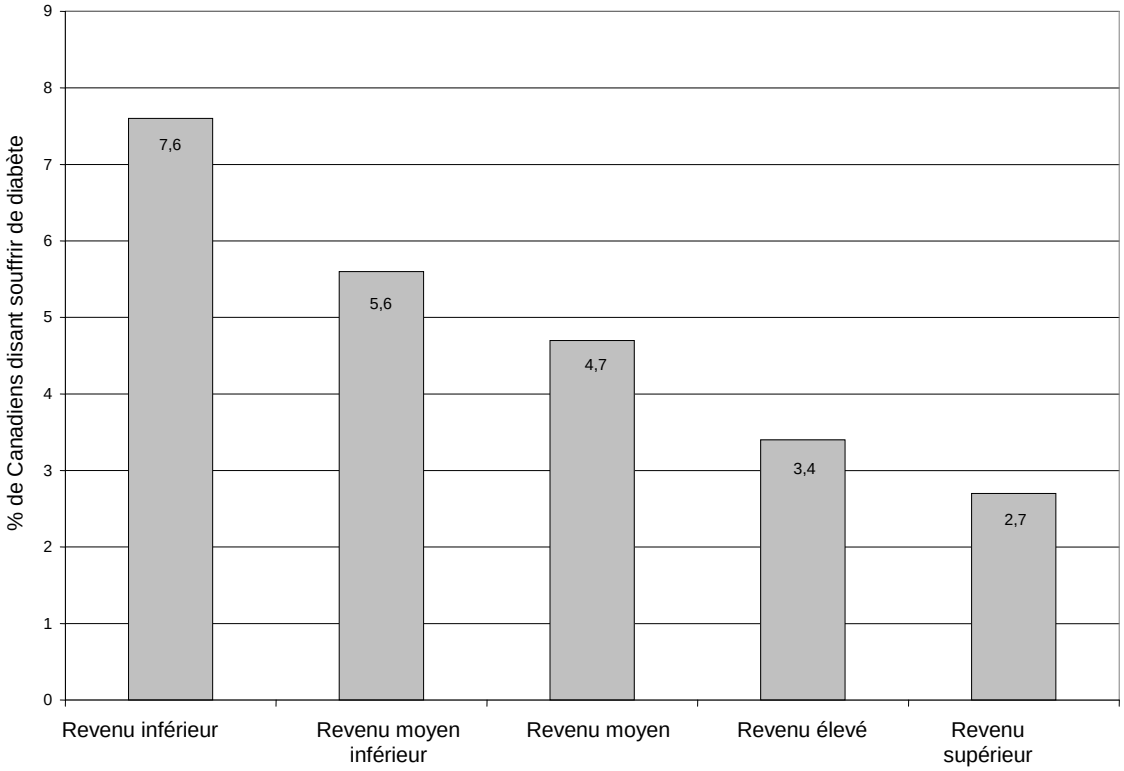
GRAPHIQUE 2 : L'ENDROIT OÙ L'ON VIT A UNE INCIDENCE SUR LA SANTÉ DIFFÉRENCES DANS L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, HOMMES



Source : Reproduit à partir de Glenda Yeates, « Disparités sur le plan de la santé au Canada », Mémoire au Sous-comité, 18 avril 2008.

Le graphique 3 montre que la prévalence de la maladie – dans ce cas particulier, le diabète – diminue progressivement à mesure que le niveau de revenu augmente. Autrement dit, l'état de santé s'améliore graduellement à mesure que le revenu progresse. La présence de ce gradient en santé n'est pas unique au Canada; elle a été démontrée ailleurs au Canada et à l'étranger, de même qu'au niveau des municipalités, des quartiers et des régions. Toutefois, le niveau et le degré de la pente du gradient ne sont pas uniformes d'un endroit à l'autre. Dans les pays industrialisés, le gradient est plus marqué dans des pays comme les États-Unis, mais il l'est moins dans des pays comme la Norvège et la Suède.

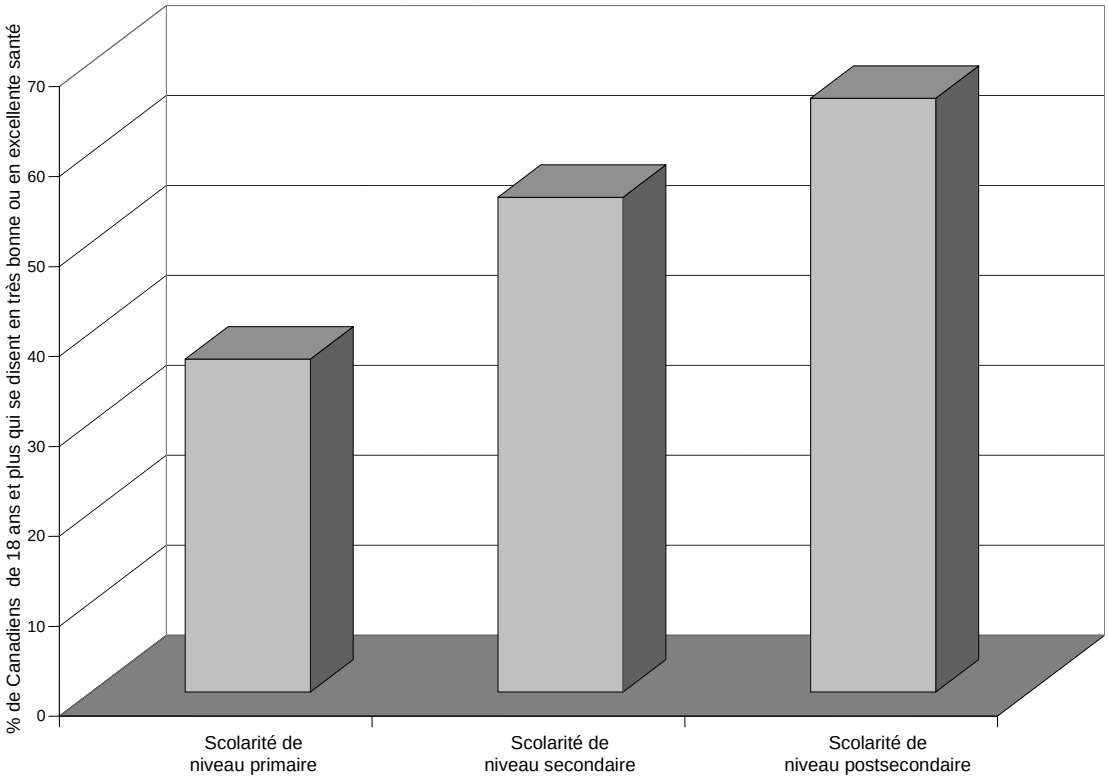
GRAPHIQUE 3 : LE GRADIENT SOCIOÉCONOMIQUE EN SANTÉ



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005; Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

L'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de 2005 révèle que les Canadiens vivant dans des ménages où le niveau de scolarité est inférieur sont moins nombreux à se déclarer en excellente ou en très bonne santé. Il est clair, à la lumière du gradient en santé illustré au graphique 4, que plus le niveau de scolarité est élevé, plus la proportion de personnes se disant en excellente ou en très bonne santé augmente.

GRAPHIQUE 4 : L'ÉDUCATION EST UN FORT DÉTERMINANT DE LA SANTÉ



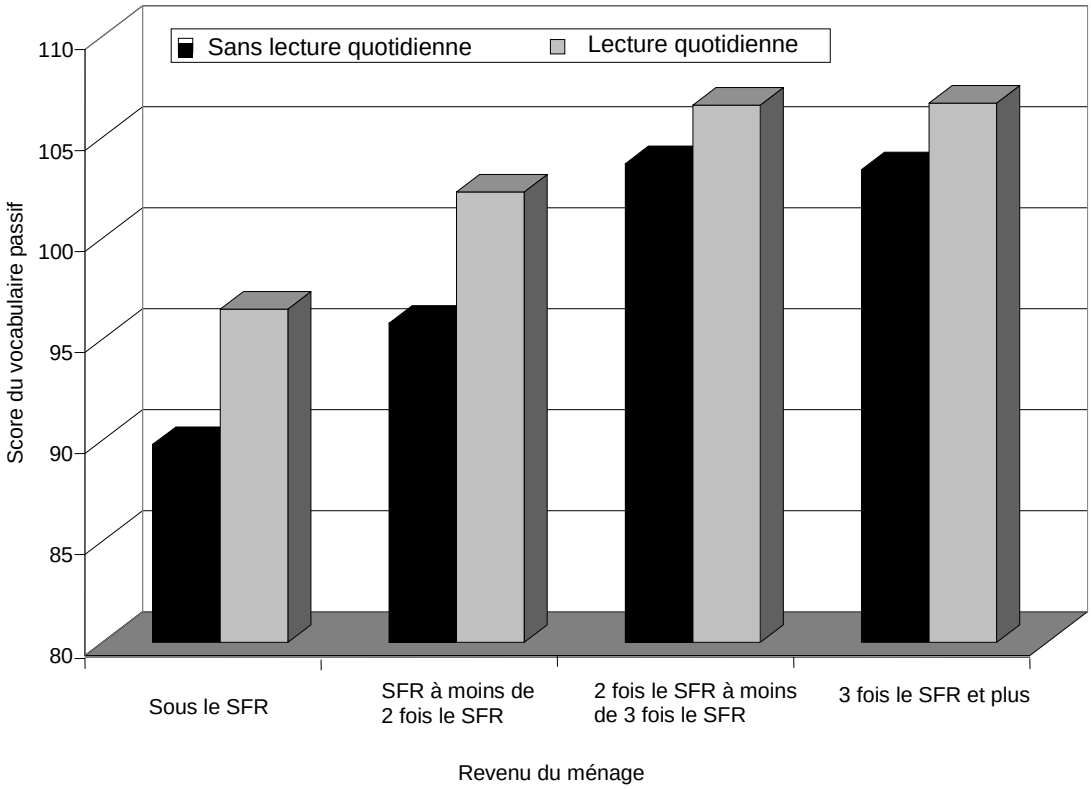
Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005; Service d'information et de recherche parlementaires.

De nombreux témoins ont insisté sur l'importance de remédier aux disparités en santé le plus vite possible. Le graphique 5 montre que le gradient en santé se manifeste dès les premières années de vie. Il montre aussi que la participation parentale à l'éducation préscolaire des enfants influe sur leur succès sans égard au niveau de revenu. Pour chaque niveau de revenu du ménage, les enfants à qui on fait la lecture tous les jours ont de meilleurs scores du vocabulaire passif que ceux à qui on ne fait pas la lecture tous les jours. Ce sont là des observations très cruciales, étant donné que le capital humain à l'âge adulte est déjà en grande partie déterminé dès l'enfance. De façon plus précise, les mesures du développement de l'enfant, comme son habilité cognitive et verbale, permettent de prédire la valeur de son capital humain à l'âge adulte, comme son revenu et son emploi, de même que ses chances de participation à des activités criminelles ou dangereuses. Il n'y a rien de surprenant à ce que le développement de l'enfant soit intimement lié à ses antécédents

> *[…] si nous ne commençons pas dès maintenant à améliorer les principaux déterminants de la santé pour nos enfants et nos jeunes, notre inaction aura un impact considérable sur notre économie. En effet, les enfants ne finiront pas l'école ou n'iront pas à l'université, et ils ne pourront donc pas exercer les fonctions qu'exige le développement de notre économie.*
>
> *Marie Adèle Davis, directrice générale, Société canadienne de pédiatrie, 28 mai 2008 (7:21).*

socioéconomiques. Bien des enfants issus de familles défavorisées prennent du retard très tôt dans la vie et il leur est difficile ensuite de se rattraper, d'où l'importance d'adopter à l'égard de la santé de la population une approche qui tient compte de toutes les étapes de la vie.

GRAPHIQUE 5
LE GRADIENT EN SANTÉ EST ÉVIDENT DANS LA PETITE ENFANCE

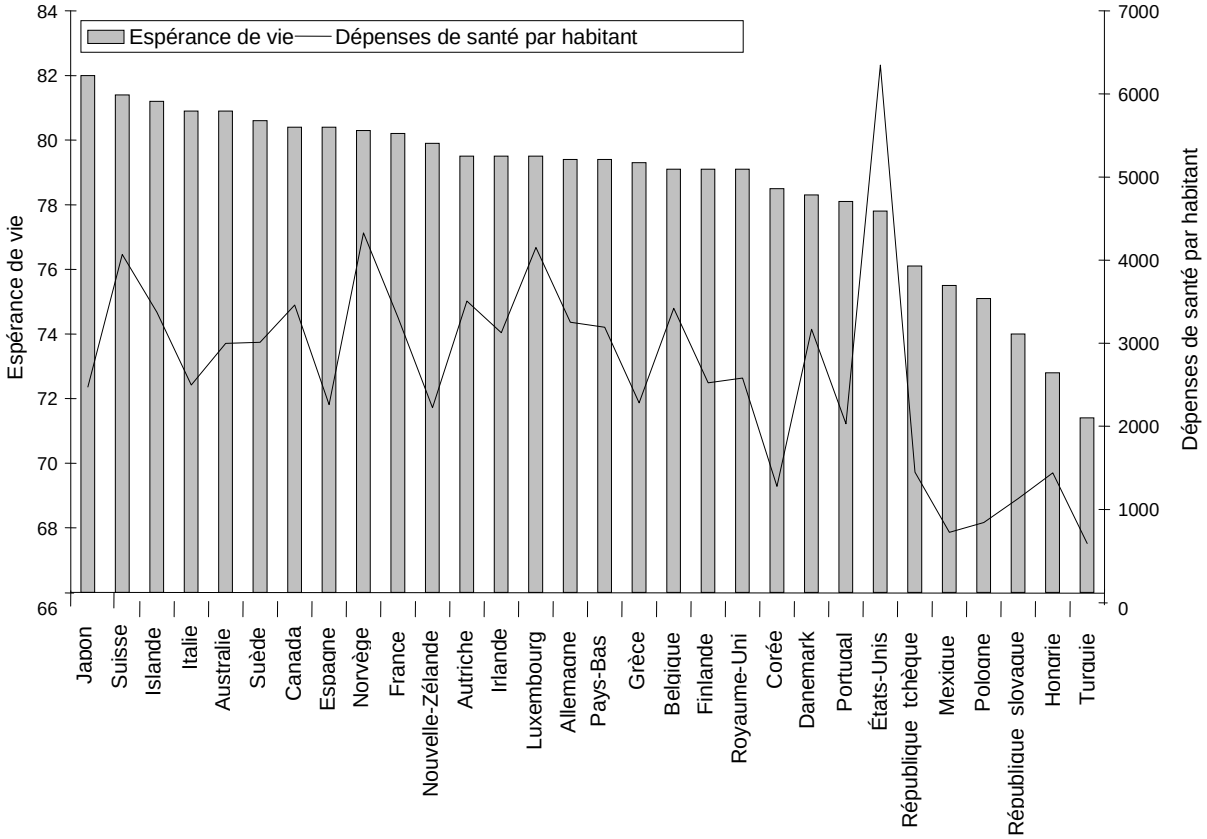


SFR : seuil de faible revenu
Source : Reproduit à partir d'Eleanor M. Thomas, La disposition à apprendre à l'école pour les jeunes de cinq ans au Canada, document de recherche, Statistique Canada, no 89-599-MIF au catalogue, 2006, p. 11, http://www.statcan.gc.ca/pub/89-599-m/89-599-m2006004-fra.pdf.

En résumé, les témoignages recueillis par le Sous-comité montrent que les Canadiens dont le niveau de scolarité et de revenu est supérieur sont en meilleure santé et perdent un moins grand nombre d'années de vie en raison de décès prématurés que ceux dont le niveau de scolarité et de revenu est inférieur. On a évalué que si tous les Canadiens avaient le même taux de décès prématurés que le un cinquième le plus fortuné de la population, il y aurait une diminution de 20 % du taux de décès prématurés de l'ensemble de la population. Cela équivaudrait à éliminer tous les décès prématurés attribuables à des blessures ou à des maladies cardiovasculaires[6].

[6] *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada*, Agence de la santé du Canada, 2008, p. 71, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cpho-aspc/pdf/cpho-report-fra.pdf.

GRAPHIQUE 6 : INVESTIR DAVANTAGE DANS LES SOINS DE SANTÉ – AUCUNE GARANTIE D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ, OCDE 2005



Source : *ECO-Santé OCDE* 2008 et Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

De plus, et nous l'avons entendu à maintes et maintes reprises tout au long de notre étude, la santé est largement tributaire de facteurs qui sont extérieurs au système de soins de santé. Plus important encore peut-être, le graphique 6 montre que l'augmentation des dépenses de santé ne garantit en rien l'amélioration de la santé. Par exemple, l'Indice euro-canadien des consommateurs de soins de santé place le Canada au 23e rang sur 30 et au 30e sur 30 au chapitre de l'optimisation des ressources. Autrement dit, cet indice montre que nous dépensons plus en soins de santé que les autres pays visés pour obtenir des résultats moindres[7].

Il est clair que l'adoption d'une approche axée sur les déterminants de la santé s'impose, si le Canada veut se mettre au diapason de l'économie du XXIe siècle. En fait, le Sous-comité croit fermement que nous ne pouvons nous y soustraire.

[7] Health Consumer Powerhouse et Frontier Centre for Public Policy, *Euro-Canada Health Consumer Index 2008*, SC Policy Series N° 38, http://www.fcpp.org/pdf/ECHCI2008finalJanuary202008.pdf.

4. LA NÉCESSITÉ D'AGIR, LE COÛT DE L'INACTION

> *(…) toutes les entreprises du secteur privé ont de bonnes raisons d'agir sur les (…) déterminants de la santé, puisqu'elles ont tout intérêt à ce que leurs employés, leurs clients et les collectivités en général soient en santé. En fait, l'engagement des entreprises est essentiellement motivé par un souci de compétitivité, de productivité et de rentabilité. Les gouvernements et les collectivités désireuses de canaliser la capacité des grandes entreprises canadiennes d'agir pour améliorer la santé doivent être conscients de cette réalité et s'en servir pour coordonner leurs efforts en conséquence*[8].

En agissant sur les déterminants de la santé, il est possible d'améliorer la santé de la population, c'est-à-dire de s'attaquer aux causes des maladies et des blessures avant que celles-ci ne se déclarent ou ne se produisent. Il existe de solides arguments économiques et sociaux en faveur de l'amélioration de la santé physique et mentale de la population. Une politique sur la santé de la population ne fait pas qu'améliorer la santé et réduire les disparités en santé, elle stimule aussi la croissance économique, la productivité et la prospérité. Les enfants en santé réussissent mieux à l'école. Les travailleurs sont plus productifs s'ils sont en santé, et leur productivité accrue stimule, à son tour, la croissance économique. Les citoyens en santé sont plus actifs au sein de leur collectivité et contribuent ainsi à la cohésion sociale et au bien-être. Une population en bonne santé allège les dépenses gouvernementales au titre du soutien du revenu, des services sociaux, des soins de santé et de la sécurité. Autrement dit, la santé et la prospérité économiques du Canada sont tributaires de la santé de sa population.

Dans le contexte économique actuel, une politique sur la santé de la population – qui place la santé, la vie et le bien-être des gens au cœur des préoccupations – constitue une saine approche pour relancer l'économie. À cause de la récession, le chômage est en hausse et les conditions de vie des personnes et des familles sont gravement menacées ou déjà en péril. Le sentiment général, c'est que les disparités croissantes en santé, l'inégalité des revenus, la précarité sur le plan du logement et l'insécurité alimentaire pourraient avoir de graves et durables conséquences pour la santé et le bien-être. C'est pourquoi les investissements dans la santé de la population doivent faire partie intégrante des discussions sur le plan de relance économique.

La santé ne doit pas uniquement être perçue comme un actif clé du développement économique. Dans notre pays hautement civilisé, la santé pour tous doit à coup sûr être un objectif social prioritaire et une responsabilité de la société dans son ensemble. La santé est un besoin humain essentiel et, par conséquent, un droit humain fondamental. Elle est indispensable au bon fonctionnement des individus et des sociétés. Il convient donc de chercher à la préserver tout au long des différentes étapes de la vie, allant de la conception à l'enfance et de l'âge adulte à la vieillesse. Le Sous-comité estime en outre que les gouvernements ont l'obligation morale de faire en sorte que les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales permettent aux citoyens, aux collectivités et aux entreprises d'agir pour que tous les citoyens puissent vivre en bonne santé. Ce défi de taille ne peut être relevé que par l'adoption d'une approche pangouvernementale qui permettra de cibler la santé et les disparités en santé dans tous les

[8] Conference Board of Canada's Roundtable of the Socio-Economic Determinants of Health, *Mémoire au Sous-comité*, 29 juin 2008, p. 3.

secteurs d'intervention (éducation, services sociaux et culturels, économie, environnement, alimentation, soutien du revenu, logement et infrastructure, fiscalité, etc.). Pour y arriver, il faudra, bien sûr, procéder à un profond remaniement structurel des politiques gouvernementales et de l'approche adoptée par les gouvernements à l'égard de leur élaboration et de leur mise en œuvre.

Certes, l'adoption et la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population ne sont pas une mince tâche, mais le refus d'agir à cet égard créera plus de problèmes et accroîtra même les disparités en santé au Canada. L'inaction sera très coûteuse en termes de dépenses directes en soins de santé, de coûts sociaux liés à l'aide sociale et à la criminalité, de perte de productivité et de qualité de vie réduite. Ces coûts sont énormes, se répercutent sur l'ensemble de l'économie et alourdissent le fardeau de tous les ordres de gouvernement et des ménages à titre individuel. Le présent rapport invite l'ensemble des ordres de gouvernement – de l'échelon fédéral à l'échelon local – de même que les entreprises, les organismes bénévoles, les collectivités et les citoyens à unir leurs efforts pour améliorer la santé de tous les Canadiens et réduire les disparités en santé d'un groupe à l'autre au sein de la population.

> *L'autre problème, c'est que nous savons combien il en coûtera si nous intervenons, mais que nous ne savons pas combien il en coûtera si nous ne faisons rien. Il faut préparer l'opinion publique en expliquant pourquoi, si nous n'intervenons pas, la situation va se détériorer, par exemple, dans les secteurs du logement social et de la sécurité du revenu. Les gens vont alors se demander s'il vaut mieux payer tout de suite plutôt que d'attendre, et ils vont comprendre que oui, il faut agir maintenant, car plus tard, ça coûtera plus cher.*
>
> *Mel Cappe, président, Institut de recherche en politiques publiques, 26 février 2009 (1:22).*

Le Sous-comité croit fermement que l'argent affecté à l'amélioration de la santé de la population est un investissement et non une dépense. C'est de plus un investissement avisé qui procure des avantages à court, moyen et long terme. Il va de soi que toute décision de dépenser comporte un coût de renonciation. Il faut maintenant prioriser les investissements pour venir à bout des disparités en santé. L'efficience est alors de mise, c'est-à-dire qu'il faut optimiser l'utilisation des ressources.

PARTIE II : LA SANTÉ RAPPORTE – PASSONS À L'ACTION

1. UNE APPROCHE PANGOUVERNEMENTALE

> *[…] la santé des populations, dans toutes les dimensions de la question à l'étude par le comité, est maintenant un problème de grande importance pour le gouvernement et la population du Canada. Et l'idée du gouvernement d'adopter une « approche pangouvernementale » vis-à-vis de ce problème complexe a bien du sens, vu, surtout, le grand nombre d'acteurs institutionnels en cause*[9].

[9] Jim Mitchell, partenaire fondateur, Le Cercle Sussex, le jeudi 26 février 2009 (1:14).

1.1 Une question de gouvernance

Dans une approche axée sur la santé de la population, il convient d'aborder de front tout l'éventail des déterminants de la santé. Chaque ordre de gouvernement doit adopter une approche pangouvernementale ou horizontale qui réunit les divers ministères et organismes (éducation, finances, emploi, santé, environnement, etc.). Il faut absolument agir de façon concertée afin de mener un travail de collaboration et de coordination pour la santé de la population – bien que nous sachions comme c'est difficile – puisque le Sous-comité estime qu'il est inacceptable pour un pays privilégié comme le Canada de continuer de tolérer des disparités en santé. Une intervention s'impose aussi en raison de l'actuelle récession économique qui risque d'accroître les disparités. Évidemment, il faudra opérer un profond changement de structure dans l'approche gouvernementale de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques d'intérêt public. Bien que l'approche que nous recommandons n'existe pas encore, bon nombre des composants essentiels sont déjà en place.

Tout au long de l'étude, nous avons demandé aux témoins comment il fallait structurer les rouages afin de permettre une approche pangouvernementale en santé de la population au sein du gouvernement fédéral. Il a souvent été question des moyens à prendre pour éliminer les vases clos et augmenter l'horizontalité. Nous avons entendu dire à maintes reprises qu'une direction provenant du plus haut niveau et de la part des organismes centraux est essentielle pour que l'approche pangouvernementale réussisse. Les témoins ont souvent parlé de la politique pangouvernementale inédite adoptée en Angleterre afin de réduire les disparités en santé. La politique, dont la mise en œuvre était dirigée par le premier ministre, a mis à contribution 12 ministères et organismes centraux, ainsi que des autorités régionales et locales. Le ministère des Finances britannique a effectué un examen interministériel des dépenses afin de déterminer la meilleure utilisation des fonds pour réduire les disparités en santé. L'Australie constitue un autre exemple remarquable de coopération et de coordination interministérielles dans le cadre d'une initiative, dirigée par le premier ministre Kevin Rudd, visant à combler l'écart qui défavorise les aborigènes (*Closing the Gap on Indigenous Disadvantage*). Un comité du Cabinet sur les affaires aborigènes, présidé par le premier ministre, a été mis sur pied afin d'orienter l'initiative. Le Comité du Cabinet assure la cohérence de la direction entre les ministères et organismes gouvernementaux dans des domaines comme la sécurité communautaire, la petite enfance, le logement, l'éducation, la santé et la participation économique.

> *[…] la chose la plus importante, c'est que le premier ministre fasse de ce dossier une priorité du gouvernement et qu'il l'annonce à la population canadienne.*
> *Jim Mitchell, partenaire fondateur, Le Cercle Sussex, 26 février 2009 (1:20).*

Les témoins ont souvent demandé qui devrait présider un comité du Cabinet fédéral sur la santé de la population. L'honorable Monique Bégin, C.P., ancienne commissaire de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, a recommandé que le comité soit présidé par un ministre puissant, de préférence le premier ministre ou le vice-premier ministre, ou le ministre des Finances, mais pas le ministre de la Santé. D'autres témoins ont abondé dans le même sens. Le Sous-comité est aussi convaincu que la présidence du comité du Cabinet sur la santé de la population est une question cruciale puisqu'il faut une orientation claire de la part du premier ministre sur les mesures à prendre pour réduire les disparités en santé.

> *Les ministres de la Santé accaparent la plus grande part du budget de l'État. La crainte naturelle que les gens ont de l'impérialisme, qui n'est pas toujours qu'illusion, et le fait que le ministre de la Santé représente le lobby le plus puissant qui soit dans toute société, à mon humble avis et d'après mon expérience, soit la médecine organisée, sont des facteurs qui jouent contre ces ministres.*
>
> *Monique Bégin, 18 avril 2008 (4:105)*

Mais surtout, il est clair pour le Sous-comité que personne ne met en doute l'importance de la santé de la population et la nécessité de réduire les disparités en santé. Selon nous, la santé de la population n'est pas non plus une question partisane. Tous les partis politiques veulent réduire les disparités en santé au Canada, et cette question doit donc constituer une priorité absolue du programme du gouvernement. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

Que le premier ministre du Canada prenne les devants pour annoncer, élaborer et mettre en œuvre, à l'échelon fédéral, une politique sur la santé de la population;

Qu'un comité du Cabinet sur la santé de la population soit créé et chargé de coordonner l'élaboration et la mise en œuvre de la politique fédérale sur la santé de la population;

Que le premier ministre du Canada préside le comité du Cabinet sur la santé de la population;

Que le comité du Cabinet sur la santé de la population soit composé des ministres compétents, notamment ceux qui dirigent les ministères et agences suivants : Ressources humaines et Développement des compétences, Affaires indiennes et du Nord canadien, Finances, Santé, Environnement, Justice, Agriculture et Agroalimentaire, Industrie, Agence de la santé publique et Condition féminine.

Dans une fédération où la politique sur la santé de la population relève du fédéral, des provinces et des territoires en plus des autorités régionales, il est absolument essentiel de se doter d'une structure de coordination pouvant appuyer et favoriser les consensus et la collaboration. Il est juste de dire que l'élaboration et la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population au Canada se sont constamment déroulées sur un fond d'approches et de priorités diversifiées aux niveaux fédéral, provincial et territorial. Le Sous-comité estime que le premier ministre doit encore une fois prendre les devants et mettre à contribution et soutenir les autres ordres de

gouvernement en vue de la réalisation pancanadienne du programme de santé de la population. Nous pensons que l'approche que nous proposons devrait s'appliquer à tous les ordres de gouvernement. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

> **Que le premier ministre du Canada convoque une réunion de tous les premiers ministres afin d'établir un mécanisme intergouvernemental de collaboration pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie pancanadienne de santé de la population;**
>
> **Que les premiers ministres des provinces annoncent, élaborent et mettent en œuvre dans leur compétence respective une politique sur la santé de la population inspirée de la politique fédérale;**
>
> **Que, dans chaque province et territoire, les premiers ministres mettent sur pied et président un comité du Cabinet sur la santé de la population.**

Outre le leadership et les structures de coordination nécessaires pour mettre en œuvre les stratégies et les politiques fédérales et provinciales sur la santé de la population, de nombreux modèles particuliers et nouveaux mécanismes seront requis afin de réaliser des initiatives horizontales (fédérales) et verticales (intergouvernementales). Les témoins entendus ont parlé de nombreux modèles fructueux dont on pourrait tirer des enseignements et qui pourraient, quand c'est possible, être élargis afin d'accroître la collaboration interministérielle et intergouvernementale. Parmi les exemples fédéraux, citons les Ententes sur le développement urbain, qui réunissent le gouvernement fédéral, les provinces et les municipalités dans le cadre d'approches complètes de revitalisation urbaine, le projet Quartiers en essor qui réunit des ministères fédéraux pour prendre des mesures concertées de revitalisation de quartiers, et le Partenariat rural canadien qui vise à promouvoir les intérêts ruraux auprès du gouvernement fédéral, en partenariat avec les collectivités. Parmi les projets provinciaux, citons Enfants en santé Manitoba et ActNow BC, qui ont tous les deux été présentés dans notre rapport intérimaire sur la perspective F-P-T.

Il convient de cerner plus systématiquement les enseignements que nous pouvons tirer de ces innovations si nous souhaitons vraiment accroître la capacité des gouvernements d'établir le degré de collaboration horizontale et verticale nécessaire en matière de santé de la population. Puisque le Secrétariat du Conseil du Trésor est l'organisme fédéral chargé d'établir les conditions des ententes de financement, le Sous-comité recommande :

> **Que le Secrétariat du Conseil du Trésor prenne les devants et élargisse la gamme des modèles et des ressources disponibles en vue de la gestion de collaborations horizontales et verticales.**

Le Sous-comité reconnaît qu'un effort pancanadien de réduction des disparités en santé nécessite des connaissances spécialisées et une connectivité. Les connaissances spécialisées sont nécessaires afin d'appuyer le comité du Cabinet sur la santé de la population, et la connectivité sert à établir les liens voulus tant à l'horizontale qu'à la verticale. Nous croyons que c'est là un

mandat tout désigné pour l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), qui rend compte au Parlement par l'intermédiaire du ministre de la Santé.

Depuis de nombreuses années, l'Agence et Santé Canada, avant que l'Agence ne soit créée, sont à la fine pointe de la recherche et de la politique en santé de la population, à l'échelle tant nationale qu'internationale. La création de l'Agence a aussi donné lieu à l'établissement du Réseau pancanadien de santé publique qui comprend des représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux. Forte de cet historique et de ces liens, l'Agence est bien placée pour agir comme source d'information pour le transfert de connaissances et la connectivité efficace qui seront nécessaires dans le cadre des nouvelles approches intersectorielles de collaboration en matière de santé de la population et de réduction des disparités en santé. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

> **Que le gouvernement du Canada augmente le financement de l'Agence de la santé publique du Canada afin de créer un noyau de politiques et de connaissances qui servira de source d'information pour la mise en œuvre de politiques sur la santé de la population et la réduction des disparités en santé, tant à l'horizontale (à l'échelon fédéral) qu'à la verticale (collaboration intergouvernementale).**

Étant donné que l'influence des déterminants de la santé se fait surtout sentir au niveau communautaire, il est clair que les administrations locales ou municipales ont un rôle à jouer. Le mieux serait que les dirigeants locaux et municipaux consacrent à la santé de la population autant d'attention et d'énergie que le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires. Nous sommes toutefois conscients que les municipalités ne disposent pas de la même capacité d'intervention ni des mêmes ressources. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

> **Que, dans la mesure du possible, les administrations locales ou municipales d'un bout à l'autre du pays adoptent et mettent en œuvre une vaste approche à l'égard de la santé de la population, au sein de leurs limites territoriales et en collaboration avec le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires.**

Jusqu'ici, le Sous-comité a abordé la coordination selon une orientation de haut en bas. Nous sommes toutefois convaincus que la coordination doit aussi être mise en œuvre de bas en haut. Un engagement descendant conjugué à un apport ascendant dans le réseau de services constituera une combinaison efficace. La coordination à l'échelon local ou communautaire est examinée à la partie 3 ci-après.

1.2 La nécessité d'une vision

> *[…] un ensemble d'objectifs nationaux, à la condition qu'ils soient concrets et non de simples généralités, joueraient un rôle très important et utile pour ce qui est d'orienter l'élaboration d'information sur la santé*[10].

En recommandant une approche pangouvernementale sur la santé des populations, le Sous-comité a pour objectif final d'améliorer les résultats en matière de santé et de réduire les disparités en santé. La vision primordiale qui préside à notre approche, comme nous l'avons déjà signalé, est de permettre à tous les Canadiens de s'épanouir, de vivre et de contribuer leur plein potentiel dans la société. Ceci aura ensuite pour effet d'améliorer la productivité et d'accroître la prospérité pour les générations à venir. Mais pour avoir une portée, la vision doit reposer sur des buts et des repères appropriés. Comme nous le verrons dans les paragraphes qui suivent, des progrès ont déjà été réalisés à cet égard.

Après avoir examiné les politiques sur la santé de la population au Canada et à l'étranger, le Sous-comité en est venu à la conclusion qu'il est essentiel qu'une approche pangouvernementale soit dotée de buts, d'objectifs et de cibles tangibles et mesurables. Ceux-ci permettront de cerner des domaines d'intérêt, de déterminer les données à recueillir et les indicateurs à suivre, d'établir des repères et de mesurer et de déclarer les progrès marqués. Dans les pays examinés, certains objectifs et cibles visaient des résultats précis en matière de santé (p. ex. la réduction de la mortalité et de la morbidité), tandis que d'autres insistaient sur l'adoption de modes de vie sains; quelques pays, comme l'Angleterre et la Suède, ont fixé des cibles pour la réduction des disparités en santé.

Au Canada, entre 1989 et 1998, chaque province a énoncé des buts en matière de santé qui, dès la fin des années 1990, ont été abandonnés[11]. En 2004, une importante percée a été réalisée dans le programme de la santé de la population lorsque les premiers ministres du Canada se sont engagés à élaborer « des objectifs et des cibles pour améliorer l'état de santé de la population canadienne en s'alliant à des experts »[12]. Les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux se sont entendus en 2005 sur un ensemble d'objectifs en matière de santé divisés en quatre catégories : besoins fondamentaux dans les milieux social et physique; l'appartenance et l'engagement; les modes de vie sains; un système de santé (voir le tableau ci-après).

---

[10] Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement, Statistique Canada, 30 avril 2008 (5:9).

[11] Deanna L. Williamson et autres, « Implementation of Provincial/Territorial Health Goals in Canada », *Health Policy*, vol. 64, 2003, p. 173-191.

[12] Réunion des premiers ministres, *Un plan décennal pour consolider les soins*, 14 septembre 2004, p. 7, http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005_f.pdf.

OBJECTIFS DE SANTÉ POUR LE CANADA	
Besoins fondamentaux (milieux social et physique)	• Nos enfants atteignent leur plein potentiel et grandissent heureux, confiants, en santé et en sécurité. • L'air que nous respirons, l'eau que nous buvons, la nourriture que nous mangeons et les milieux dans lesquels nous vivons, travaillons et nous divertissons sont sécuritaires et sains, aujourd'hui et pour des générations à venir.
Appartenance et engagement	• Chaque personne vit dans la dignité, a un sens d'appartenance et contribue à des familles, des groupes d'amis et des collectivités diverses qui favorisent l'entraide. • Nous apprenons tout au long de la vie par le biais de l'enseignement formel et informel et de relations avec autrui et avec la terre. • Nous contribuons aux décisions qui touchent notre santé et notre bien-être personnels et collectifs, et nous influons sur ces décisions. • Par le biais du leadership, de la collaboration et des connaissances, nous travaillons à faire du monde un endroit sain pour tous.
Modes de vie sains	• Chaque personne reçoit le soutien et l'information dont elle a besoin pour faire des choix sains.
Un système de santé	• Nous travaillons sur la prévention des menaces pour notre santé et notre sécurité par le biais d'efforts coordonnés à l'échelle nationale et internationale, et nous sommes prêts à réagir à de telles éventualités. • Un solide réseau de santé et de bien-être social qui réduit les écarts dans les états de santé et qui offre des soins appropriés, au moment opportun.

Source : *Objectifs de santé pour le Canada – Engagement fédéral-provincial-territorial envers tous les Canadiens*, octobre 2005, http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home-f.html.

Sous la direction de l'Agence de santé publique du Canada, les Objectifs de santé pour le Canada ont été établis dans le cadre d'un vaste processus de consultation et de validation où les provinces, les territoires, des experts en santé publique, des intervenants et des citoyens ont mis en commun leurs connaissances et leur vision d'un Canada en santé. Plus de 300 intervenants et spécialistes ont participé à 12 tables rondes tenues dans les provinces et les territoires, à

cinq activités thématiques, à cinq dialogues à caractère délibératif ainsi qu'à des consultations avec des parlementaires. En outre, près de 400 personnes, groupes et organisations ont fait part de leurs commentaires et suggestions par l'intermédiaire d'une enquête en ligne ou dans le cadre de leur propre consultation. Le processus de consultation a débouché sur la rédaction des énoncés des objectifs, qui ont été validés par des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, des spécialistes de la santé publique et des intervenants. Quoiqu'impressionnant, ce processus de consultation exhaustif n'a pas donné lieu à une stratégie pancanadienne ni à des interventions mesurables.

À la lumière des renseignements sur la mise en œuvre d'objectifs en matière de santé à l'échelle internationale, et malgré l'absence de progrès dans ce domaine sur la scène canadienne, le Sous-comité a conclu dans son rapport sur les *Enjeux et options* « que l'établissement de buts peut aider à mobiliser les ressources afin d'appuyer les initiatives en santé de la population, à suivre les progrès accomplis et à en faire rapport, ainsi qu'à accélérer l'élaboration d'indicateurs de la santé et de systèmes d'information sur la santé »[13]. Nous sommes convaincus que le cadre des Objectifs de santé pour le Canada, s'il est repris et repose sur de solides repères et indicateurs, pourrait servir de mécanisme pour orienter les investissements fédéraux, provinciaux, territoriaux et locaux pour améliorer la santé. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

> *Je dois préciser que je ne crois pas que le Canada doive tenter d'établir de nouveaux objectifs. Nous en avons déjà. Nous avons besoin d'indicateurs, de cibles et de stratégies qui nous permettent de savoir ce que nous visons, comment nous voulons nous y prendre et quand nous voulons y arriver […] Alors, l'objectif global en tant que nation consiste à bâtir un pays dont la population est aussi en santé qu'elle le peut physiquement, mentalement, émotionnellement et spirituellement, ce qui est primordial pour faire tourner la roue médicale.*
>
> *L'honorable Carolyn Bennett, députée, 11 juin 2008 (7:80).*

Que les Objectifs de santé pour le Canada adoptés en 2005 soient rétablis et orientent l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la politique pancanadienne sur la santé de la population.

Les Objectifs de santé pour le Canada doivent être assortis d'indicateurs ou de cibles appropriés concernant les disparités en santé. Il n'existe pas à l'heure actuelle d'ensemble national d'indicateurs sur les disparités en santé, mais le Groupe d'experts sur la promotion de la santé de la population a amorcé l'élaboration d'un tel ensemble. Le Sous-comité se réjouit que ce groupe fédéral-provincial-territorial ait été chargé d'élaborer des indicateurs pancanadiens cohérents et exhaustifs concernant les disparités en santé. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

Que le Groupe d'experts sur la promotion de la santé de la population accélère ses travaux afin de terminer d'ici douze mois l'élaboration d'un ensemble national d'indicateurs des disparités en santé;

[13] Sous-comité sur la santé des populations, *op. cit.*, p. 17.

Que ces indicateurs des disparités en santé soient mis en rapport avec les Objectifs de santé pour le Canada.

1.3 L'examen interministériel des dépenses

En Angleterre, la nouvelle politique pangouvernementale sur la santé de la population a été mise en place après un examen interministériel des dépenses réalisé en 2002 sous la direction du ministère des Finances, et qui a permis de passer en revue l'ensemble des programmes gouvernementaux afin de déterminer les façons d'utiliser les dépenses publiques le plus efficacement possible pour réduire les disparités en santé. Les résultats de l'examen des dépenses ont orienté les plans de dépenses ministériels des exercices 2003-2004 à 2005-2006. En outre, ils ont abouti à des engagements obligatoires d'agir pour réduire les disparités en santé.

À l'échelon fédéral au Canada, plusieurs initiatives pangouvernementales d'examen et de réaffectation des dépenses ont été réalisées depuis 2003. Le gouvernement a expliqué qu'étant donné l'évolution constante des demandes de ressources, les programmes doivent être examinés à intervalles réguliers. Puisqu'un processus d'examen existe déjà, le Sous-comité estime qu'il faudrait entreprendre un examen interministériel des dépenses semblable à celui lancé par le ministère des Finances britannique en 2002, afin de cerner les programmes qui ont une incidence sur la santé et de réaffecter les fonds aux programmes visant les disparités en santé. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

Que le ministère des Finances, en collaboration avec le Bureau du Conseil privé et le Secrétariat du Conseil du Trésor, effectue un examen interministériel des dépenses en vue d'affecter les ressources aux programmes qui contribuent à réduire les disparités en santé.

1.4 Une optique santé dans toutes les politiques

Comme nous l'avons déjà souligné, les déterminants de la santé les plus puissants ne relèvent pas vraiment du domaine de la santé. En fait, ce sont les politiques dans les secteurs autres que celui de la santé qui présentent le plus grand potentiel d'améliorer (ou d'empirer) la santé et le bien-être de la population et de réduire les disparités en santé. En conséquence, de nombreux témoins ont souligné qu'il faudrait évaluer l'incidence possible de ces politiques sur la santé avant de les mettre en œuvre. L'étude d'impact sur la santé (EIS), aussi appelée évaluation des incidences sur la santé, est la méthode officielle utilisée pour prédire les effets possibles d'une politique, et elle permet d'accorder une attention particulière à l'incidence sur les disparités en santé. L'EIS est donc utile pour prendre en compte les enjeux liés à la santé lors de l'établissement de politiques à l'échelle du gouvernement.

En 1997, le mémoire sur la santé de la population recommandait notamment au Cabinet fédéral d'appliquer l'étude d'impact sur la santé à toutes les politiques et les programmes fédéraux. Bien que la recommandation ait été adoptée, les compressions de dépenses exercées par la suite ont nui à sa mise en œuvre, et seul Santé Canada a agi pour examiner ses programmes et ses initiatives dans une optique de santé de la population. Depuis, Santé Canada a publié, en collaboration avec le Comité fédéral-provincial-territorial de l'hygiène du milieu et du

travail, le *Guide canadien d'évaluation des incidences sur la santé*[14]. Parallèlement, plusieurs provinces ont prôné le recours à l'étude d'impact sur la santé, et plusieurs rapports provinciaux ont recommandé que de telles études figurent dans tous les mémoires au Cabinet. En 1993, la Colombie-Britannique a intégré une étude d'impact sur la santé obligatoire dans le processus officiel d'analyse des politiques au Cabinet, mais l'étude est devenue facultative en 1999, après un changement de gouvernement.

Certains pays, comme la Suède et la Nouvelle-Zélande, ainsi que la province de Québec, ont légiféré en santé publique afin que l'étude d'impact sur la santé fasse partie intégrante de l'élaboration des politiques gouvernementales. La loi québécoise confère au ministre de la Santé un pouvoir d'initiative qu'il peut mettre à profit en donnant des avis à ses collègues des autres ministères afin de promouvoir la santé et de soutenir l'adoption de politiques publiques favorables à la santé de la population. Afin d'orienter les autres ministères quant à l'utilisation des études d'impact sur la santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a produit son propre guide sur l'évaluation d'impact sur la santé fondé sur les modèles élaborés en Europe et l'a adapté aux besoins interministériels[15]. Jusqu'à maintenant, l'évaluation d'impact sur la santé a servi, par exemple, à interdire l'utilisation des téléphones cellulaires dans les voitures et à réglementer l'exploitation minière de l'amiante.

Au cours des audiences du Sous-comité, certains témoins ont brandi l'exemple de l'actuel processus fédéral d'évaluation d'impact sur l'environnement (EIE) comme outil d'évaluation utile. Une directive du Cabinet exige que tout projet de politiques, de plans ou de programmes soumis à l'approbation d'un ministre ou du Cabinet et qui risque d'entraîner des effets environnementaux importants, tant positifs que négatifs, fasse l'objet d'une évaluation environnementale stratégique. La directive énonce également des critères pour aider les ministères et organismes fédéraux à déterminer s'il convient de mener une telle évaluation et offre des conseils sur la manière de la préparer[16]. L'Agence canadienne d'évaluation environnementale aide les ministères à améliorer leur capacité de mener des EIE. Le ministre de l'Environnement doit informer les autres ministres des effets environnementaux potentiels des projets avant la prise de décision du Cabinet et les aviser sur les mesures appropriées à prendre en matière d'environnement. Il ne s'agit pas d'un droit de veto ni d'un rôle d'approbation. Dans le cadre de leurs fonctions, les ministres doivent respecter les objectifs environnementaux fondamentaux du gouvernement et les objectifs de développement durable. En vertu de la *Loi sur le vérificateur général*, le commissaire à l'environnement et au développement durable doit superviser les efforts du gouvernement visant à protéger l'environnement et à favoriser le développement durable. Le Bureau du Conseil privé joue également un rôle puisqu'il doit s'assurer que les ministères et organismes se conforment à la directive lorsqu'ils examinent des projets destinés au Cabinet. De plus, Environnement Canada fournit des conseils spécialisés.

---

[14] Santé Canada, *Guide canadien d'évaluation des incidences sur la* santé, 2004, http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/eval/handbook-guide/vol_1/index-fra.php.

[15] Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec), *Guide pratique : Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration de projet de loi et de règlement au Québec*, 2006, http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-245-01.pdf.

[16] Bureau du Conseil privé, *Évaluation environnementale stratégique – La directive du Cabinet sur l'évaluation environnementale des projets de politiques, de plans et de programmes*, 2004, http://www.ceaa-acee.gc.ca/016/CEAA-StrategicFinal_f.pdf.

Dans son rapport sur les *Enjeux et options*, le Sous-comité a affirmé que : « [l]'étude d'impact sur la santé pourrait être considérée comme un premier pas vers l'élaboration d'une politique sur la santé de la population, puisqu'elle permettrait de mieux comprendre comment la plupart des politiques publiques influent d'une manière ou d'une autre sur la santé de la population. À notre avis, l'étude d'impact sur la santé est un moyen pratique d'évaluer les effets possibles sur la santé d'une politique, d'un programme ou d'un projet donné, en particulier les effets sur les groupes vulnérables ou défavorisés; elle pourrait maximiser les effets positifs et réduire au minimum les effets négatifs sur la santé des propositions provenant de tous les secteurs du gouvernement[17]. »

Fait à souligner, d'après les témoignages recueillis, nous estimons que le Canada dispose déjà des atouts nécessaires afin d'appliquer l'étude d'impact sur la santé comme stratégie pour élaborer et mettre en œuvre une politique sur la santé de la population. À notre avis, légiférer ne constitue peut-être pas le meilleur moyen d'institutionnaliser ces études, et le processus risque d'être long. Cependant, une directive du Cabinet, comme celle applicable à l'évaluation d'impact environnemental, sera nécessaire afin d'imposer la mise en œuvre de l'étude d'impact sur la santé. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

Que le gouvernement du Canada exige la tenue d'une étude d'impact sur la santé pour tout projet de politiques, de plans ou de programmes soumis au Cabinet et susceptible d'avoir d'importantes répercussions sur la santé;

Que le Conseil privé, en collaboration avec Santé Canada, élabore des lignes directrices pour la mise en œuvre de la directive du Cabinet sur l'étude d'impact sur la santé;

Que les lignes directrices sur l'étude d'impact sur la santé soient élaborées au moyen des documents existants;

Que le gouvernement du Canada favorise le recours à l'étude d'impact sur la santé dans toutes les provinces et les territoires.

[17] Sous-comité sur la santé des populations, *op. cit.*, p. 19.

2. INFRASTRUCTURE DE BASE DE DONNÉES

L'approche pangouvernementale en matière de santé de la population doit s'appuyer sur le développement d'une solide infrastructure de base de données qui permettra de recueillir, de suivre, d'analyser et de partager des données sur les indicateurs de santé et les indices de disparités en santé, et sur un ambitieux programme de recherche interventionnelle. Tous les pays dont le Sous-comité a établi le profil – Australie, Angleterre, Finlande, Nouvelle-Zélande, Norvège et Suède – se sont dotés de solides bases de données sur les indicateurs de santé. En Norvège, en Suède et en Finlande, des instituts nationaux de santé publique suivent de près l'état de santé de la population et font le point régulièrement. L'étendue des disparités en matière de santé est particulièrement bien documentée en Angleterre et en Nouvelle-Zélande.

Comment le Canada se compare-t-il à ces pays pour ce qui est de recueillir des données sur la santé et les disparités, d'en faire le suivi et de faire le point sur la situation? Selon les témoignages recueillis par le Sous-comité, le Canada possède de solides données sur l'état de santé de la population selon chaque déterminant de même que sur les disparités en santé. Au niveau national, Statistique Canada, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, l'Agence de la santé publique du Canada et Ressources humaines et Développement des compétences Canada sont des sources d'information fiables. Au niveau provincial, il existe aussi plusieurs sources utiles d'information sur les indicateurs de santé et les disparités en santé, notamment le Manitoba Population Health Data Repository (dépôt de données sur la santé de la population du Manitoba), les Community Accounts (comptes communautaires) à Terre-Neuve-et-Labrador et le British Columbia Health and Wellness Survey (sondage sur la santé et le bien-être en Colombie-Britannique). Au niveau local, divers organismes gouvernementaux et non gouvernementaux fournissent de l'information utile sur les indicateurs de santé et le bien-être, comme le Secrétariat rural (base de données sur les collectivités), la Fédération canadienne des municipalités, l'Atkinson Charitable Foundation et le Conseil canadien de développement social. Ensemble, ces sources d'information facilitent le développement des connaissances ciblées et des données scientifiques nécessaires à l'avancement du dossier de la santé de la population.

2.1 Un système pancanadien de comptes communautaires

> *Les comptes communautaires sont […] une ressource fantastique. Je n'arrive pas à imaginer comment je pourrais faire mon travail sans ceux-ci, pas plus que je n'arrive à imaginer comment les autres provinces font pour s'en passer. Les comptes communautaires offrent de l'information extraordinaire dans un contexte très convivial, et les données peuvent facilement être transformées en connaissances qui nous permettent de mieux comprendre l'état de santé de nos collectivités*[18].

Le Sous-comité s'est fait dire à maintes reprises que même si le Canada dispose d'excellentes sources provinciales et nationales d'information sur la santé de la population, il manque de données fiables au niveau local. Comme l'interaction des politiques touchant la santé de la population se fait surtout sentir au niveau local, il convient de recueillir davantage d'information à ce niveau. De nombreux témoins sont d'avis que nous pourrions nous inspirer

[18] Lisa Brown, spécialiste de la planification, Eastern Health, Terre-Neuve-et-Labrador, 21 mai 2008 (6:121).

des Community Accounts (CA) de Terre-Neuve-et-Labrador pour mettre en place l'infrastructure de base de données nationale nécessaire à la mise en œuvre d'une vaste politique sur la santé de la population. La Nouvelle-Écosse s'est dotée d'une variante des CA, et l'Île-du-Prince-Édouard a récemment lancé des projets pilotes de CA (dans le cadre de la Quality of Island Life Cooperative). Les CA pourraient aussi être utiles aux collectivités autochtones et, de fait, l'Institut de statistiques des Premières nations songe à s'en servir comme modèle de base de données.

Les CA sont un système d'échange et de consultation de données en ligne, d'accès illimité et gratuit, qui permet la consultation et l'analyse de données sociales, économiques et environnementales (santé, revenu, éducation, emploi, production, ressources, criminalité, etc.) provenant de diverses sources (Statistique Canada, ministères, hôpitaux, etc.), tant locales que régionales et provinciales. La composante de base utilisée sur le plan géographique est le code postal. Les CA sont administrés par l'agence de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador, qui relève du ministère des Finances de la province. Ils ont plusieurs utilisateurs, notamment les ministères, les régies régionales, les collectivités, les universitaires et les chercheurs, les ONG et les particuliers. Le programme des CA est l'une des principales sources d'information consultée lorsque vient le temps de faire le point sur les progrès accomplis grâce aux différentes initiatives provinciales mises en œuvre pour réduire les disparités en santé, par exemple, le plan d'action pour réduire la pauvreté, le plan provincial pour le mieux-être et le Secrétariat rural.

Le Sous-comité est d'avis que les CA ont été très utiles au couplage de données sur la santé de la population, le bien-être des collectivités et le développement économique. Nous sommes particulièrement impressionnés par les progrès accomplis par Terre-Neuve-et-Labrador en ce qui concerne la mise en œuvre d'une solide infrastructure de base de données sur la santé de la population et nous nous réjouissons de voir que la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ont adopté un modèle semblable. Nous croyons qu'une telle base de données est un élément clé de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une politique pancanadienne sur la santé de la population. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

Que le gouvernement du Canada appuie l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de comptes communautaires, inspiré de celui de Terre-Neuve-et-Labrador, dans l'ensemble des provinces et territoires.

L'autre système d'infrastructure qui pourrait être exploité très avantageusement aux fins de la santé de la population au Canada est celui utilisé pour gérer les dossiers de santé électroniques (DSE), qu'Inforoute Santé du Canada Inc. s'affaire actuellement à mettre en œuvre en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. Les DSE renferment des renseignements médicaux concernant les patients et donnent aussi accès aux données conservées par les différents fournisseurs de soins d'une province ou d'un territoire à l'autre. Les renseignements médicaux accessibles sont vastes : rapports cliniques, données sur l'immunisation, médicaments délivrés sur ordonnance, résultats

> *[…] [J]e parlerai de ce que les dossiers de santé électroniques peuvent apporter aux données et renseignements qui pourraient servir à la création d'un système d'information sur la santé de la population.*
>
> *Mike Sheridan, chef de l'exploitation, Inforoute santé du Canada Inc., 27 mars 2009 (3:44).*

de tests en laboratoire, imagerie diagnostique et renseignements sur l'état de santé actuel et passé. Pour cette raison, les DSE peuvent fournir de l'information longitudinale ou des données sur les différentes étapes de la vie – allant de la grossesse à la vieillesse, en passant par le développement de la petite enfance, les années d'études et l'adolescence, le monde du travail puis la retraite – qui sont utiles aux fins de la politique sur la santé de la population. De plus, comme les comptes communautaires, les DSE peuvent être regroupés et analysés par code postal. En conséquence, de nombreux témoins ont affirmé au Sous-comité que les possibilités de couplage de données sur une même personne offertes par les futurs DSE sont énormes, si nous nous dotons en plus d'une vaste infrastructure de bases de données de comptes communautaires.

Parce qu'il existe actuellement plusieurs sources nationales, provinciales et locales d'information sur les disparités en santé, le Sous-comité a souvent interrogé les témoins pour savoir à qui devraient être confiés l'établissement, la gestion et l'entretien d'un tel système national de base de données. De nombreux témoins ont insisté pour dire qu'il ne fallait surtout pas créer de nouvelles entités, mais chercher plutôt à établir un partenariat entre les principaux organismes compétents en la matière. Il est largement reconnu que l'ICIS – l'Institut canadien d'information sur la santé – a été un fructueux modèle de partenariat au Canada. Malgré sa taille modeste, l'ICIS a contribué à jeter des ponts entre les nombreux autres groupes œuvrant à l'échelle nationale, ainsi qu'entre les provinces et territoires. Le Sous-comité souscrit à l'avis des témoins qui estiment que l'ICIS a accompli un très bon travail, au cours des 15 dernières années, comme dépositaire de l'information sur la santé, en collaboration avec l'ensemble des provinces et territoires. Sa compétence est reconnue depuis longtemps et sa réputation n'est plus à faire. La prochaine étape, à notre avis, consiste pour l'ICIS à étendre ses partenariats à d'autres intervenants clés dans le domaine de la santé de la population en général. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

Que le développement, la gestion et le maintien de l'infrastructure de base de données pancanadienne sur la santé de la population soient confiés à l'Institut canadien d'information sur la santé;

Que l'ICIS entreprenne sans délai le travail d'intégration verticale des données nécessaire à cette fin, avec la collaboration des principaux partenaires.

Des témoins ont pris soin de souligner que le couplage des données des DSE et de la base données des CA s'avère toutefois extrêmement délicat du point de vue de la protection des renseignements personnels. Le Sous-comité est conscient que le droit à la protection de la vie privée et à la confidentialité des dossiers médicaux personnels est une valeur très importante aux yeux des Canadiens. Maintenant plus que jamais, les Canadiens veulent obtenir l'assurance que leur vie privée et la confidentialité des renseignements les concernant seront respectées en cette ère d'évolution technologique rapide. Il faut toutefois parvenir à un juste équilibre entre la protection des renseignements personnels et l'utilisation de l'information recueillie sur un groupement de population pour prendre des décisions éclairées concernant les politiques et les stratégies gouvernementales. Le Sous-comité est conscient que Statistique Canada a le mandat législatif et constitutionnel le plus solide en matière de couplage de données, qu'il affiche un bilan irréprochable au chapitre de la confidentialité et de la protection de la vie privée et qu'il possède une expertise technique et un leadership dans ce domaine depuis les années 1960. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

> *Nous devons reconnaître que l'information sur la santé – et je dis « information » parce qu'il s'agit non seulement de la santé mais aussi des services sociaux et du chômage – est un bien collectif. […] Nous devons utiliser tous les renseignements que nous recueillons à propos des citoyens pour en apprendre davantage sur la société : où nous en sommes, quelle direction nous prenons, comment nous nous tirons d'affaire, où nous nous situons par rapport au reste du pays et par rapport aux autres pays. Cet exercice est essentiel pour faciliter la collecte de cette information.*
>
> *Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes, Institut canadien d'information sur la santé, 27 mars 2009 (3:56).*

Que Statistique Canada, en collaboration avec Inforoute Santé du Canada Inc., l'Institut canadien d'information sur la santé et d'autres intervenants clés, élabore des normes pour faciliter le couplage de données entre les comptes communautaires et les Dossiers de santé électroniques sans pour autant compromettre la protection, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels;

Que l'élaboration des normes nécessaires à la protection, à la confidentialité et à la sécurité des renseignements personnels soit terminée d'ici les douze prochains mois.

2.2 Recherche interventionnelle en santé des populations

Le Sous-comité s'est fait dire à maintes reprises que toute bonne politique gouvernementale doit faire la démonstration constante de son efficacité, autant à l'étape de sa conception qu'après sa mise en œuvre. Cette démonstration exige une analyse intelligente et rigoureuse, qui doit elle-même reposer sur des données et de l'information pertinentes. Comme les connaissances sur la santé de la population sont incomplètes et qu'elles le resteront probablement dans un avenir prévisible, l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique se feront inévitablement sans qu'on sache exactement ce qui fonctionne ou non. Voilà pourquoi il est essentiel de constamment contrôler et évaluer les stratégies et programmes, et d'en revoir régulièrement la conception, suivant les résultats obtenus. Au fil du temps, ce type de recherche, souvent appelé « recherche interventionnelle », nous aidera à mieux comprendre quels sont les programmes et les stratégies efficaces pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé.

> *J'aimerais maintenant poursuivre avec l'examen du deuxième enjeu : investir davantage dans la recherche sur la santé de la population et améliorer l'application des connaissances. Je tiens à mettre en évidence les deux options possibles et à indiquer laquelle constituerait une erreur, selon moi. En effet, il serait insensé d'investir principalement dans la connaissance des déterminants généraux des résultats en matière de recherche. Il s'agit là de l'option la plus facile, et beaucoup de ces déterminants sont déjà connus. Il faut plutôt combler l'énorme écart des savoirs sur les interventions efficaces de la politique publique. Cela peut commencer à ressembler à une évaluation de programme, et c'est effectivement le cas en grande partie. Toutefois, il s'agit d'une évaluation de programme impartiale qui respecte des normes rigoureuses de qualité. Elles se plient également à des normes méthodologiques cohérentes ce qui permet de faire confiance dans une certaine mesure aux coefficients coûts-avantages relatifs de différentes interventions. Le Canada n'a pas investi suffisamment dans une telle évaluation efficace et impartiale, soumise à des normes de qualité et revue par des pairs, surtout dans le domaine de la santé de la population.*
>
> *Cliff Halliwell, directeur général, Direction générale de la recherche en politiques stratégiques, Ressources humaines et Développement social Canada, 30 avril 2008 (5:12-13).*

Comme le Sous-comité l'a indiqué dans son rapport *Enjeux et options*, il est difficile de savoir quelles sont au juste les dépenses du Canada au titre de la recherche sur la santé de la population[19]. À l'heure actuelle, un certain nombre d'organismes et de ministères fédéraux jouent un rôle dans l'orientation, le financement et la conception de la recherche sur la santé de la population, notamment les Instituts de recherche en santé du Canada, Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada (et ses six centres nationaux de collaboration), d'autres ministères fédéraux (comme Affaires indiennes et du Nord Canada, Ressources humaines et Développement des compétences Canada, Environnement Canada, etc.) et d'autres organismes subventionnaires comme le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG) ou le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH). En outre, de multiples ministères, organismes et instituts provinciaux participent à la recherche interventionnelle. Des témoins ont toutefois insisté sur le fait que le financement actuel n'est pas à la mesure du fardeau que représentent les disparités

[19] Sous-comité sur la santé des populations, *Politiques sur la santé de la population : enjeux et options*, avril 2008, p. 14.

actuelles en matière de santé et qu'il faudrait disposer de plus de renseignements factuels et scientifiques sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas pour améliorer la santé de la population. Le Sous-comité croit que la recherche interventionnelle est un élément essentiel de toute approche pangouvernementale à l'égard de la santé de la population. Par conséquent, nous recommandons :

Que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) travaillent en collaboration avec les ministères et organismes fédéraux compétents afin d'évaluer les investissements actuels dans la recherche interventionnelle en santé des populations et d'en arriver à un consensus sur ce que devrait être le niveau de financement dans ce domaine;

Que le gouvernement du Canada investisse davantage dans la recherche interventionnelle en santé des populations pour que le niveau de financement corresponde à celui convenu par les IRSC et les autres ministères et organismes compétents;

Qu'à l'avenir, la recherche interventionnelle en santé des populations financée par le gouvernement du Canada mise sur les capacités et les atouts des réseaux et des centres de recherche existants et encourage l'établissement de partenariats fondés sur la coopération entre les organismes de recherche municipaux, provinciaux et fédéraux ainsi qu'avec les milieux universitaires, en vue de la réalisation d'un programme de recherche ciblé;

Que le gouvernement du Canada mette au point des mécanismes de financement concurrentiels afin de mieux soutenir l'innovation et la recherche interventionnelle de pointe en santé des populations;

Que le gouvernement du Canada envisage l'adoption de mécanismes de financement conjoints pour soutenir les activités interprovinciales et internationales de recherche interventionnelle comparative en santé des populations;

Que le gouvernement du Canada examine les critères d'admissibilité au fonds pour l'infrastructure de recherche en santé humaine au Canada et essaie de voir comment ceux-ci pourraient mieux cadrer avec la recherche interventionnelle en santé des populations assortie de mécanismes de mise en œuvre dans le domaine de la santé et dans d'autres secteurs;

Que la recherche interventionnelle en santé des populations portant sur le logement, le développement de la petite enfance et l'atténuation des effets de la pauvreté sur les Autochtones et les autres populations vulnérables soit considérée comme prioritaire.

3. METTRE LES COLLECTIVITÉS À CONTRIBUTION

> *L'étonnante constance avec laquelle les déterminants de la santé sont revenus au cours des consultations des organismes communautaires d'un bout à l'autre du Canada laisse supposer qu'un consensus implicite existe déjà à ce sujet. On peut conclure sans trop craindre de se tromper que les organismes communautaires représentent une riche ressource qui attend seulement d'être exploitée. Le gouvernement fédéral peut mobiliser cette ressource en appuyant la participation des collectivités à l'action intersectorielle (...)*[20].

Au cours de son étude, le Sous-comité a entendu divers témoins et reçu de nombreux mémoires proposant une multitude d'approches destinées à améliorer la santé de la population et à réduire les disparités en santé. Tous s'entendent sur un point essentiel : les gouvernements ne peuvent agir seuls. Les actions pouvant le plus efficacement améliorer la santé et le bien-être, accroître la productivité, favoriser la cohésion sociale et réduire la criminalité doivent être entreprises à l'échelon communautaire et dirigées par les collectivités elles-mêmes.

> *Il n'y a pas que le gouvernement fédéral qui doit faire preuve de leadership — et je suis d'avis que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer —, mais le leadership doit venir du bas aussi. C'est ainsi que les choses vont fonctionner, et pas autrement.*
>
> *Debra Lynkowski, directrice générale, Association canadienne de santé publique, 18 avril 2008 (4:83).*

Nous sommes d'accord avec l'administrateur en chef de la santé publique du Canada qui, dans son premier rapport (2008), a réclamé explicitement le renforcement des collectivités canadiennes afin qu'elles puissent s'attaquer aux déterminants de la santé, soulignant que les personnes qui vivent le plus près du problème se trouvent souvent le plus près de la solution. Le rapport précisait qu'il faut honorer et appuyer les collectivités afin qu'elles élaborent leurs propres solutions adaptées à la situation locale, à partir du fond existant de connaissances, d'expérience et d'énergie. Les interventions communautaires sont celles qui parviennent le mieux à rejoindre les populations vulnérables, à créer des réseaux locaux et à tirer parti des ressources. De la même façon, dans un rapport publié en 2008, la Canada West Foundation soulignait que la seule solution à long terme pour régler les problèmes sociaux au niveau de la rue réside dans la prévention, et que celle-ci n'est possible que si les collectivités sont solides et inclusives[21].

Les gouvernements s'initient à un nouveau rôle, celui de trouver la meilleure façon d'outiller et d'appuyer les collectivités afin qu'elles prennent les devants. De nombreuses recommandations contenues dans le présent rapport veulent favoriser l'adoption de ce nouveau rôle, et visent notamment la façon dont les données sont recueillies et mises en commun, le type de recherches nécessaires et leur mode de réalisation, ainsi que l'importance vitale d'une approche pangouvernementale. Mais pour que les efforts des collectivités portent fruit, il faut

---

[20] Association canadienne pour la santé mentale, *mémoire au Sous-comité*, 2008, p. 5.

[21] Canada West Foundation, *From the Ground Up: Community's Role in Addressing Street-Level Social Issues*, 2008, http://www.cwf.ca/V2/cnt/publication_200810271452.php.

également changer la façon dont les gouvernements créent les partenariats et appuient les initiatives.

3.1 Accroître les exigences en matière de rapports

Le succès de l'approche pangouvernementale décrite à la partie 1 pourra en grande partie se mesurer à l'aune de la capacité des collectivités de s'attaquer à des questions complexes au moyen de solutions intersectorielles intégrées appuyées par un éventail de ministères et d'organismes des différents ordres de gouvernement.

Étant donné que les programmes visant les déterminants de la santé relèvent de divers ministères, les initiatives qui reposent sur une approche intégrée pourraient être admissibles à des fonds provenant de sources multiples. Le rapport du Groupe d'experts indépendant sur les programmes de subventions et de contributions du gouvernement fédéral recommande la production de rapports qui répondent aux exigences redditionnelles de tous les programmes fédéraux visés, afin que le bénéficiaire de fonds provenant de divers programmes puisse regrouper les rapports[22]. Il faudra peut-être pour cela adopter des modifications législatives pouvant préciser certaines notions de responsabilité ministérielle, mais le Conseil du Trésor sera dès lors à même d'adopter une approche holistique, adaptée et coordonnée à l'égard des investissements dans la collectivité.

> *En réalité, les régimes de financement actuels et de responsabilisation freinent l'innovation.*
>
> *Katherine Scott, vice-présidente, Recherche, Conseil canadien du développement social, 12 mars 2009 (2:12).*

De la même façon, les trois ordres de gouvernement ont compétence sur les questions de déterminants de la santé. Pour cette raison, le Groupe d'experts indépendant a aussi recommandé dans son rapport que le Conseil du Trésor et son secrétariat, en coopération avec d'autres ordres de gouvernement, harmonisent les exigences fédérales, provinciales et municipales en matière d'information, de rapport et de vérification imposées en vue des subventions et contributions. En fondant les exigences en matière de rapport sur les instruments existants qui renforcent l'obligation de rendre des comptes non seulement aux gouvernements mais aussi à la clientèle principale de l'organisme (soit ses membres ou la collectivité), le fardeau administratif sera réduit et le leadership local, accru. On peut dire sans crainte de se tromper que la mise en œuvre des comptes communautaires d'un bout à l'autre du pays facilitera certainement l'harmonisation des exigences en matière de rapport et de vérification. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

> **Que le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada examine et revoit les exigences en matière de rapports sur les subventions et contributions imposées par les ministères et organismes fédéraux afin de mieux coordonner la production de rapports, tant à l'horizontale qu'à la verticale.**

---

[22] *Des lourdeurs administratives à des résultats clairs : Rapport du Groupe d'experts indépendant sur les programmes de subventions et de contributions du gouvernement fédéral*, décembre 2006, http://www.brp-gde.ca/pdf/Report_on_Grant_and_Contribution_Programs_fr.pdf.

3.2 Financement à plus long terme

Il faut souvent attendre des années avant qu'une action visant les déterminants de la santé donne des résultats, soit améliorer l'état de santé ou réduire les disparités en santé. Le Sous-comité a entendu dire à maintes reprises que le financement de projets à court terme, en tant que principale source de revenus, affaiblit les organismes communautaires puisqu'il crée de l'insécurité et empêche la planification à long terme. Les ententes de financement pluriannuelles, prévoyant des crédits annuels du Parlement, assureraient plus de stabilité au secteur en plus de réduire les coûts de fonctionnement du gouvernement. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

> **Que le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada favorise le financement sur plusieurs années des projets assortis d'échéanciers pluriannuels. De même, il faudrait encourager, le cas échéant, les organismes subventionnaires fédéraux à privilégier eux aussi un financement pluriannuel.**

3.3 Données et recherche sur les collectivités

Le cadre des déterminants de la santé présenté dans le graphique 1 illustre à quel point la santé de la population est un objectif complexe et dynamique, échelonné sur une longue période. Une intervention qui donne des résultats dans une collectivité à un moment donné ne donnera peut-être pas les mêmes résultats dans une autre collectivité, ou au même endroit à un autre moment. Chaque situation est particulière, de sorte que les dirigeants locaux doivent s'inspirer des formules qui ont réussi ailleurs, les adapter à la réalité locale, les évaluer sans cesse et déterminer lesquelles sont utiles.

Pour suivre ce cycle – agir, évaluer, apprendre et adapter –, les dirigeants communautaires doivent avoir accès à des données locales. Ces données locales doivent être extrêmement pointues, jusqu'au niveau du quartier et du code postal. Une analyse des données au niveau du code postal ou du quartier peut révéler des écarts choquants entre divers secteurs; la différence dans l'espérance de vie de deux quartiers de Montréal illustrée dans le graphique 2 plus haut en est un exemple. Dr Cushman en a fourni un autre quand il a décrit les différences entre deux quartiers d'Ottawa, soit le Glebe et Dalhousie; malgré leur proximité, le premier compte parmi les plus riches quartiers d'Ottawa, le second parmi les plus pauvres. Puisque le revenu est un important déterminant de la santé, il n'est pas étonnant de constater que les cas de maladies cardiaques et de diabète sont de deux à quatre fois plus nombreux dans le quartier Dalhousie que dans le Glebe[23]. Malheureusement, de nombreuses villes canadiennes présentent aussi des quartiers qui sont aux antipodes. Étant donné ces grandes différences, les interventions visant à améliorer la santé et à réduire les disparités en santé devront presque assurément être taillées sur mesure pour correspondre à la réalité de chaque quartier, mais il faudra pour cela disposer de données facilement accessibles, détaillées jusqu'au niveau du quartier, voire du code postal.

---

[23] Dr Robert Cushman, directeur général, Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain, 1er avril 2009 (:).

Voilà une autre des forces du modèle des comptes communautaires recommandé précédemment : il met les données entre les mains des décideurs locaux. Il a aussi le mérite de réunir à un endroit les données provenant d'un éventail de sources fédérales et provinciales et de présenter un tableau complet de la situation locale. Cependant, les données seules ne suffisent pas. Il faut également une capacité locale d'analyser et d'interpréter ces données afin de produire une information significative pouvant orienter la prise de décisions au sujet d'initiatives locales visant les déterminants de la santé. De plus, la recherche interventionnelle pouvant mettre au jour les caractéristiques essentielles des initiatives fructueuses (ou infructueuses) aidera à mieux comprendre ce qui fonctionne et facilitera le transfert et l'application des apprentissages dans de nouveaux contextes.

Mais il importe surtout que l'analyse de données et la recherche soient menées de façon à habiliter les collectivités et à renforcer les capacités locales en vue d'une intervention à long terme. Le financement de la recherche et de l'évaluation doit donc faire partie de toute entente de programme. Ce système d'apprentissage et d'action fondé sur les faits servira de fondement à l'amélioration de la santé de la population et à la réduction des disparités en santé. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

Que le gouvernement du Canada intègre le soutien de la capacité locale d'analyse et d'évaluation aux programmes visant à améliorer la santé de la population et à réduire les disparités en santé.

Le gouvernement fédéral joue un rôle important par l'appui direct aux entreprises et aux organismes locaux. Au-delà d'une cinquantaine de ministères et d'organismes fédéraux consacrent chaque année près de 27 milliards de dollars à plus de 800 programmes de subventions et de contributions[24]. Pourtant, les structures du financement gouvernemental, qui visent habituellement des questions très précises, ont tendance à fragmenter les stratégies communautaires, à isoler les populations cibles et à diviser les secteurs d'activité.

Plusieurs mesures ont été prises ces dernières années afin d'améliorer les rapports financiers et redditionnels entre le gouvernement fédéral et le secteur bénévole/sans but lucratif, notamment l'Initiative sur le secteur bénévole et communautaire, le Groupe de travail sur les investissements dans les collectivités et le Groupe d'experts indépendant sur les programmes de subventions et de contributions du gouvernement fédéral. Ces travaux ont permis de marquer des progrès, mais il reste encore beaucoup à faire. Deux changements fondamentaux s'imposent afin de renforcer la capacité communautaire et d'appuyer l'intervention des collectivités en matière de déterminants de la santé, soit accroître les exigences en matière de rapports et fournir du financement à plus long terme.

[24] Rapport du Groupe d'experts indépendant sur les programmes de subventions et de contributions du gouvernement fédéral, *op. cit.*

3.4 Coordonner ou intégrer les services à l'échelon communautaire : modèles communautaires qui fonctionnent

Parce que la santé de la population est un objectif complexe et dynamique, elle exige une action concertée à l'échelon local à l'égard de l'ensemble ou d'un bon nombre des déterminants de la santé pour obtenir une amélioration d'ensemble des résultats en santé. Une fois qu'elles ont en main l'information et l'analyse nécessaires pour bien cerner les difficultés et en faire le suivi, les collectivités doivent adopter une approche concertée et stratégique pour agir localement sur ces déterminants.

Le tissu social du Canada étant, par définition largement diversifié, les méthodes utilisées par les collectivités pour s'attaquer aux déterminants de la santé de façon concertée peuvent prendre de nombreuses formes. Le Sous-comité a été extrêmement impressionné en prenant connaissance du large éventail d'initiatives fructueuses mises en œuvre dans des contextes ruraux, urbains, autochtones et autres pour contribuer à la bonne santé, au bien-être, à la productivité et à la faible criminalité. Les nouvelles pratiques communautaires, comme le développement économique communautaire et l'économie sociale, permettent d'agir de façon concertée sur bon nombre des déterminants de la santé et aussi de donner aux citoyens les moyens de se prendre en main. Ces modes d'intervention locale et intégrée sont le fruit d'un savant dosage d'objectifs socio-économiques et environnementaux qui peuvent influer positivement sur bon nombre des déterminants de la santé, surtout au sein des groupes marginalisés ou minoritaires. Ils prennent racine dans les collectivités elles-mêmes, s'appuient sur le travail de bénévoles et sont orientés par les citoyens. Quelques exemples valent la peine d'être mentionnés.

Pendant son séjour à Terre-Neuve-et-Labrador, le Sous-comité a eu le plaisir de visiter les Stella Burry Community Services et de prendre un savoureux dîner au restaurant Stella's Circle. Ces services viennent en aide aux adultes aux prises avec de graves problèmes sociaux et psychologiques. Ils offrent, par exemple, du soutien et du counselling aux personnes ayant vécu des problèmes personnels importants (abus, toxicomanie, violence et incarcération), mettent sur pied des projets de logement abordable pour des personnes et des familles à faible revenu et offrent des programmes de formation et de perfectionnement. Le Stella's Circle est une entreprise sociale lancée par les Stella Burry Community Services dans le but d'offrir des débouchés de travail et de formation dans l'industrie des services alimentaires, d'offrir des repas économiques aux membres de Stella Burry qui doivent avoir une bonne alimentation malgré un revenu limité et de constituer une source de revenus pour l'organisation. Grâce à ces deux initiatives, l'organisation Stella Burry peut agir de façon concertée sur beaucoup plus de déterminants de la santé auprès de la population qu'elle dessert.

Toujours pendant qu'il se trouvait à Terre-Neuve-et-Labrador, le Sous-comité a entendu parler de l'initiative Vibrant Communities de l'Institut Tamarack. Vibrant Communities est une démarche communautaire qui vise à faire reculer la pauvreté dans 15 villes canadiennes grâce au soutien de diverses initiatives locales de lutte à la pauvreté auxquelles participe le secteur privé et grâce auxquelles de nombreux déterminants de la santé peuvent être améliorés. À St. John's, l'un des projets mis en œuvre dans le cadre des Vibrant Communities est le Citizen's Voice Network, dont les intervenants se réunissent à intervalles réguliers pour échanger de

l'information, se renseigner et influencer collectivement l'élaboration des politiques et la prise de décisions.

Les conseils de planification sociale comme le Human Development Council à St. John, au Nouveau-Brunswick, contribuent eux aussi utilement en travaillant de concert avec les citoyens et en rapprochant les services communautaires pour améliorer la qualité de vie en général. Le Human Developement Council intervient principalement de deux façons : il informe pour rapprocher les citoyens des services à la personne et il participe de façon proactive à la recherche de solutions aux défis qui se posent aux collectivités[25]. Le rapport du Groupe d'étude du premier ministre du Nouveau-Brunswick sur le secteur communautaire sans but lucratif préconise à juste titre un décloisonnement des structures régionales au sein des organismes communautaires pour favoriser l'autonomie régionale en matière de prestation des services, offrir une plus grande souplesse et encourager l'adoption d'une approche intégrée à l'égard des problèmes individuels et communautaires[26].

Le Québec a un secteur communautaire dynamique et dispose d'un éventail de structures différentes qui aident à coordonner l'action locale. On y trouve près d'une cinquantaine de Corporations de développement communautaire, qui regroupent des organismes communautaires de différents secteurs afin de faciliter la formation, le partage d'information et l'appui à la recherche et à la mise en œuvre de solutions concertées aux problèmes sociaux locaux[27]. Soucieuses de concilier localement les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé, les quatorze Corporations de développement économique communautaire aident les collectivités à trouver et à mettre en œuvre leurs propres solutions aux problèmes économiques grâce à la mobilisation des résidants, des entreprises et des institutions de la collectivité[28]. Issu du mouvement Villes et Villages en santé, *Vivre Saint-Michel en santé* est un mouvement de concertation intersectorielle et multiréseaux qui réunit des citoyens, des organismes communautaires, des institutions, des gens d'affaires et des organismes gouvernementaux qui ont à cœur la revitalisation des quartiers de Montréal[29]. *Vivre St-Michel en santé* a dirigé un processus de consultation, de planification et d'étude qui s'est échelonné sur une année. Quelque 400 membres et intervenants de la collectivité ont participé à cette initiative qui a débouché sur un vaste plan communautaire pour améliorer les conditions sociales et économiques.

En Ontario, la Learning Enrichment Foundation (LEF) est l'un des plus anciens et des plus gros organismes de développement économique communautaire du pays. Située dans une importante région d'accueil pour les immigrants qui arrivent à Toronto, la LEF a mis au point tout un éventail de programmes et de services dans le cadre de son approche holistique. Elle offre notamment des programmes de formation professionnelle dans les secteurs où il existe localement des possibilités d'emploi, des cours de formation linguistique et d'alphabétisation pour les nouveaux arrivants au Canada, 18 centres de la petite enfance, 16 services de garde avant ou après la classe, une cuisine où sont préparés 500 repas par jour pour les organismes œuvrant auprès des sans-abri, des entreprises de formation en ébénisterie et en services de

[25] http://www.humandevelopmentcouncil.nb.ca/.
[26] http://www.gnb.ca/cnb/promos/nptf/index-f.asp.
[27] http://www.tncdc.qc.ca/openfile.aspx?ID=196.
[28] http://www.lescdec.qc.ca/.
[29] http://www.vsmsante.qc.ca/site/index.asp?sortcode=1.1.

restauration pour les jeunes à risque, un service de recrutement pour les employeurs, un service de dépannage en technologie, des points d'accès à des ordinateurs, un fonds de prêts à la formation, plusieurs entreprises sociales ainsi que de la formation et du soutien pour les travailleurs indépendants[30].

Le programme Quartiers vivants! au Manitoba est une stratégie de développement communautaire, social et économique à long terme qui vise à soutenir et encourager les efforts de revitalisation des quartiers dans un certain nombre de domaines clés comme la rénovation des logements et des bâtiments; l'emploi et la formation; l'éducation et les loisirs; la sécurité et la prévention du crime[31]. Par l'intermédiaire de sociétés de revitalisation de quartiers dirigées par des citoyens et d'un éventail d'autres programmes, Quartiers vivants! mise sur les points forts et l'expérience des résidants locaux pour bâtir des quartiers sains.

Fondée en 1995, la Quint Development Corporation de Saskatoon s'est donné pour mission de renforcer le bien-être économique et social de cinq quartiers centraux de Saskatoon par l'adoption d'une approche communautaire. Son conseil d'administration, qui est aux trois quarts composé de résidants, oriente le travail de l'organisme afin d'améliorer l'accès à des logements abordables, de soutenir le renouvellement des entreprises et d'offrir des possibilités de création d'emplois[32]. Au nombre des principales et des plus récentes initiatives de renouvellement des entreprises, mentionnons Station 20 West, qui est un centre entrepreneurial communautaire qui regroupera sous un même toit toute une panoplie d'entreprises, de services et d'organismes – allant d'une bibliothèque à des soins de santé et des soins dentaires en passant pas des magasins d'alimentation et d'outils domestiques. On espère que ce foyer communautaire agira comme catalyseur du renouveau économique et social des quartiers centraux de Saskatoon.

Le mouvement Communautés en santé est un autre modèle important. Il a vu le jour dans la foulée d'une conférence internationale tenue à Toronto en 1984 et compte actuellement des organismes dans plusieurs provinces, dont l'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique. Dans cette dernière, le BC Healthy Communities (BCHC) invite les administrations publiques et les organismes communautaires à coordonner les initiatives et les programmes d'un ministère et d'un secteur à l'autre pour s'attaquer aux déterminants de la santé. BCHC recourt aussi à l'animation communautaire, à des ateliers, à des trousses d'outils et à de petites subventions de démarrage pour aider les collectivités et les groupes communautaires à adopter une démarche holistique et intégrée à l'égard de l'amélioration de la santé et du bien-être.

Un domaine de connectivité qui mérite une attention particulière est le rôle local joué par le système de soins de santé. Les témoins qui ont comparu devant le Sous-comité et notre propre recherche comparative internationale ont confirmé que les services de santé les plus efficaces sont ceux qui reposent sur un solide système de soins de santé primaires, lié à un large éventail de services sanitaires et sociaux. Les programmes de prévention peuvent aussi avoir une profonde incidence sur l'amélioration de la santé et du bien-être et de l'accroissement de la productivité.

---

[30] http://lefca.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1.
[31] http://www.gov.mb.ca/ia/programs/neighbourhoods/index.fr.html.
[32] http://www.quintsaskatoon.ca/aboutquint.html.

Les médecins et les responsables locaux de la santé publique peuvent jouer un rôle de chef de file en faisant en sorte que le public comprenne mieux le lien existant entre les déterminants de la santé et la santé de la population, et en facilitant l'établissement de la collaboration nécessaire au niveau local pour s'attaquer aux déterminants de la santé. À cet égard, le rapport sur les disparités en santé préparé en 2008 par la Saskatoon Health Region est un exemple remarquable[33]. La Saskatoon Health Region a réuni des preuves accablantes mais solides de l'existence dans la ville de disparités en santé, et a ensuite tenu au-delà de 200 séances de consultation communautaire en présence de représentants gouvernementaux, d'universitaires et de groupes communautaires au sujet de ces preuves. Les auteurs du rapport proposent un ensemble complet et coordonné de solutions possibles fondées sur des preuves, qui n'est pas loin de faire l'unanimité à en juger par les revues de presse internationales, par les échos de la deuxième ronde de consultation tenue dans plus d'une centaine de collectivités et par les résultats d'un sondage téléphonique réalisé auprès de 5 000 résidants de Saskatoon.

> *Nous devons mettre davantage l'accent sur les soins de santé que sur les hôpitaux. Ce que je veux que vous sachiez est que la collectivité ne dispose pas de ressources suffisantes. Nous devons mettre davantage l'accent sur la collectivité que sur les institutions.*
>
> *Dr Robert Cushman, directeur général, Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain, 1er avril 2009 (:).*

Le réseau de CLSC au Québec et les centres de santé communautaires dans d'autres provinces montrent comment il est possible de réunir un éventail de services sous un même toit, dans des centres de quartier. Notre examen du modèle de polyclinique à Cuba a dissipé tout doute concernant ce qui peut être accompli au moyen de budgets très modestes, grâce à une solide présence de soins primaires ancrés dans la vie de quartier, qui s'attaquent simultanément à de nombreux déterminants de la santé. Les polycliniques cubaines sont multidisciplinaires et assurent l'intégration de la science, le transfert des connaissances, l'éducation des parents et des grands-parents et la mobilisation de la collectivité, dans le cadre d'un solide système de soins de santé primaires multidisciplinaire. Leur mandat étant axé sur la prévention, elles entreprennent régulièrement des projets de dépistage universel et recommandent fortement l'immunisation. Elles servent en outre à la formation médicale et pédagogique – les étudiants en médecine et en nursing reçoivent l'essentiel de leur formation dans des polycliniques, souvent dans celle où ils seront professionnellement rattachés une fois leurs études terminées. De plus, dans le cadre d'une approche communautaire intégrée, le personnel des polycliniques travaille en étroite collaboration avec les enseignants des centres de développement de la petite enfance, des centres préscolaires et des écoles primaires. Il tient des réunions périodiques (semestrielles) afin de discuter de la santé mentale et physique générale des enfants de la collectivité. Les conseils de quartier veillent à ce que les services, comme les programmes d'enseignement préscolaire, soient adaptés aux besoins de la collectivité.

L'intégration ou la coordination des services à l'échelon local peut aider à rationaliser et à simplifier l'accès, à accroître l'efficacité et à faire le pont avec les programmes conventionnels. Mais en définitive, l'intégration est un processus, et il n'existe pas de modèle unique pouvant s'appliquer à toutes les situations. Il s'agit plutôt d'un objectif qui doit être adapté à chaque

[33] http://www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/documents/PHO/HealthDisparityRept-complete.pdf.

contexte communautaire. L'important est de mettre l'accent sur des mesures concertées axées sur les besoins locaux.

À l'échelle internationale, le Canada traîne derrière les autres instances à cet égard. Nous pouvons tirer des enseignements de nos propres exemples de réussite et de ceux d'autres pays, notamment la Suède et le Royaume-Uni, afin de trouver la meilleure combinaison de modèles de responsabilité relevant des instances décisionnelles tant supérieures que locales, mettant en équilibre la souplesse locale et la responsabilité nationale. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

> **Que le gouvernement du Canada travaille en collaboration avec les autres ordres de gouvernement et le secteur non gouvernemental afin d'appuyer l'intégration ou la coordination de services communautaires dans un cadre de déterminants de la santé.**

4. LA SANTÉ DE LA POPULATION AUTOCHTONE

> *Les communautés autochtones recèlent une richesse extraordinaire de potentiel non exploitée dont le gouvernement du Canada pourrait appuyer l'épanouissement*[34].

À l'heure actuelle, les Autochtones canadiens – les Premières nations, les Inuits et les Métis – présentent tous un état de santé bien inférieur à la moyenne nationale. Selon les témoignages recueillis par le Sous-comité, les Autochtones au Canada vivent une situation d'inégalité. Les disparités sont frappantes entre les Canadiens autochtones et les Canadiens non autochtones pour la plupart des déterminants de la santé, et les écarts se creusent. Soulignons en particulier les conditions socioéconomiques dans lesquelles vivent les peuples autochtones, souvent comparées à celles de pays en développement. La situation est non seulement déplorable, elle est tout simplement inacceptable.

> *Dans le passé, les peuples autochtones n'ont pas été les participants à part entière de l'État nation qu'est le Canada, et la situation est encore la même aujourd'hui. Avec l'évolution de l'économie politique du Canada, il est devenu nécessaire de déplacer les peuples autochtones de leurs terres ancestrales et de modifier leur mode de vie pour faire place aux sociétés colonisatrices. Il ne s'agit pas de mon opinion; c'est une question de fait. Le processus de dislocation qui a découlé de la colonisation a engendré l'exclusion sociale du reste du Canada d'un grand nombre de peuples et de collectivités autochtones. Cette exclusion a conduit à la marginalisation sur les plans de l'éducation, de l'emploi, du logement, des soins de santé et de nombreux autres services. Cela a ensuite créé une société à deux classes au Canada – ça a créé une norme pour les Canadiens en général et une autre pour les peuples autochtones.*
>
> *Jeff Reading, professeur et directeur, Centre de recherche sur la santé des Autochtones, 26 mars 2009 (3:12-13).*

[34] Conference Board of Canada's Roundtable on the Socio-Economic Determinants of Health, *op. cit.*, p. 14.

Le Sous-comité reconnaît les intérêts particuliers et les besoins propres de chaque groupe autochtone – Premières nations, Inuits et Métis. Nous pensons aussi, comme les témoins, qu'il faut inclure tous les peuples autochtones, qu'ils habitent dans les réserves ou les peuplements, en milieu rural ou urbain, dans les régions septentrionales ou arctiques. L'approche que propose le Sous-comité en matière de santé de la population, axée sur le niveau communautaire, donne la souplesse nécessaire pour améliorer la santé et le bien-être des Autochtones tout en respectant les distinctions sociales, culturelles et locales. Nous sommes d'accord avec les témoins qui ont souvent déclaré que les groupes n'entrent pas tous dans le même moule. Nous sommes aussi fermement convaincus, comme de nombreux témoins, que même les collectivités les plus défavorisées disposent parfois de forces, de capacités et d'atouts importants et étonnants qui peuvent servir à améliorer leur santé physique et mentale et leur bien-être. Les perspectives autochtones en matière de santé et de bien-être offrent des modèles holistiques féconds. Les groupes inuits et métis présentent chacun leur propre vision et schéma du bien-être holistique, qui ont beaucoup d'éléments en commun avec le cadre illustré dans le graphique 1 qui précède.
Étant donné l'importance fondamentale de respecter les distinctions sociales, culturelles et locales dans les politiques et programmes de la santé destinés aux peuples autochtones, le Sous-comité recommande :

Que les peuples autochtones – Premières nations, Inuits et Métis – participent à la conception, à l'élaboration et à la prestation des programmes et des services fédéraux visant les déterminants de la santé dans leurs collectivités respectives.

Le Sous-comité sait que plus de 30 ministères et organismes fédéraux offrent actuellement quelque 360 programmes et services fédéraux aux peuples et aux collectivités autochtones. Ces programmes et services visent la santé, l'éducation permanente, les collectivités sûres et durables, le logement, les possibilités économiques, les terres et les ressources et les liens de gouvernance. Le Sous-comité abonde dans le sens de nombreux témoins qui estiment que ces programmes et services pourraient être mieux coordonnés et intégrés afin de viser les déterminants de la santé chez la population autochtone. Une approche pangouvernementale, où 30 ministères et organismes travailleraient ensemble de façon intégrée, constituerait une première étape vers la réduction des disparités en santé entre Canadiens autochtones et Canadiens non autochtones. Actuellement, le fonctionnement en vase clos au fédéral empêche les collectivités autochtones d'élaborer, à leur propre rythme et selon leurs besoins, une approche complète à l'égard des déterminants de la santé. Les instances décisionnelles supérieures devront prendre les rênes afin d'éliminer ces vases clos. De plus, une approche axée sur la santé de la population va tout à fait dans le sens de la croyance autochtone voulant que la santé aille de pair avec l'atteinte de l'équilibre dans tous les aspects de la vie : spirituel, mental, émotionnel, physique et social.

> *Dans la conception inuite du monde, la santé, l'éducation et les conditions sociales sont toutes interreliées. C'est vraiment une difficulté lorsqu'il y a des ministères qui travaillent de manière fortement cloisonnée. (…) Pour les Inuits, c'est un réel défi de travailler avec un système qui fonctionne en vase clos.*
>
> *Rosemary Cooper, directrice des services à la haute direction, Inuit Tapiriit Kanatami, 25 mars 2009 (2:41).*

Des témoins ont fait valoir qu'après avoir présenté des excuses officielles aux « générations volées » en 2008, le premier ministre australien a pris les devants et mis en œuvre un programme afin de combler l'écart qui défavorise les aborigènes. La nouvelle approche repose à la fois sur l'injection de fonds nouveaux et sur la réorientation des fonds. Le projet Combler l'écart conjugue une approche pangouvernementale à l'échelon du Commonwealth – le Comité du Cabinet sur les affaires aborigènes – et un mécanisme intergouvernemental – la coopération avec les États et les territoires – par l'intermédiaire du Conseil des gouvernements d'Australie (CGA). Tous les gouvernements ensemble ont élaboré et adopté six cibles principales touchant l'espérance de vie chez les Autochtones, le taux de mortalité, la littératie et la numératie, l'emploi, la scolarisation et la petite enfance.

Le premier ministre australien a fait une déclaration il y a un an sur le besoin de combler l'écart. En Australie, on s'efforce à l'échelle nationale de combler l'écart entre l'état de santé des peuples aborigènes et celui de la population dans son ensemble. Durant la première journée où siège le Parlement chaque année, le premier ministre présente un rapport au Parlement sur les progrès de l'ensemble du gouvernement pour combler l'écart.

Jeff Reading, professeur et directeur, Centre de recherche sur la santé des Autochtones, 26 mars 2009 (3:31).

Au Canada, le premier ministre, dans les excuses qu'il a présentées aux anciens élèves des pensionnats indiens au nom de la population canadienne, a souligné qu'il s'agissait de prendre un nouveau départ et d'aller de l'avant en partenariat. Le Sous-comité estime qu'il est temps maintenant pour le gouvernement fédéral d'agir. Il est essentiel de réduire, d'éliminer même les disparités troublantes entre les Canadiens autochtones et les Canadiens non autochtones pour pouvoir améliorer la santé et les conditions socioéconomiques des Premières nations, des Inuits et des Métis. L'approche adoptée en Australie constitue un très bon modèle pour le Canada. De plus, nombre d'éléments sont déjà en place afin que le programme puisse être réalisé.

Le 11 juin marquera le premier anniversaire des excuses émises par le Parlement du Canada aux anciens pensionnaires. Les excuses n'ont pas seulement reconnu les erreurs du passé, elles ont également laissé entendre de profonds changements. L'heure est venue de changer fondamentalement les systèmes de soins de santé et d'en arriver à une équité réelle. Mes enfants ainsi que les vôtres ne méritent rien de moins.

Bob Watts, directeur exécutif, Assemblée des Premières nations, 25 mars 2009 (2:32).

En 2005, un processus baptisé la Table ronde Canada-Autochtones a donné lieu à un ensemble d'ententes entre les dirigeants autochtones et les gouvernements canadiens concernant les niveaux de vie et les droits de la personne fondamentaux. Il a permis d'établir des objectifs et d'attribuer des fonds afin de réduire les disparités entre les communautés autochtones et l'ensemble de la population canadienne. Jamais auparavant n'a-t-on été témoin d'un degré d'implication aussi élevé de la part de dirigeants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que des dirigeants, collectivités et organismes autochtones. Ont participé aux négociations l'Inuit Tapiriit Kanatami (représentant les Inuits); le Ralliement national des Métis (représentant les Métis); l'Assemblée des Premières Nations (représentant les Premières nations); le Congrès des peuples autochtones (représentant les peuples autochtones vivant en milieu urbain ou hors réserve); et l'Association des femmes autochtones du Canada (représentant les femmes autochtones). Le Sous-comité estime que le Canada doit prendre appui sur cette réalisation historique et, par conséquent, il recommande :

> *Dans les excuses qu'il a présentées au nom du Canada aux victimes des pensionnats indiens, le premier ministre a déclaré qu'il s'agit d'un nouveau départ, une occasion d'aller de l'avant de concert. Nous attendons toujours qu'il se passe quelque chose de ce côté-là. Nous croyons que le moment est venu pour le gouvernement fédéral d'agir.*
>
> *Rose Sones, directrice adjointe, Politiques stratégiques, Secrétariat à la santé et au développement social, Assemblée des Premières Nations, 25 mars 2009 (2:53).*

Que le premier ministre du Canada, dans un premier pas vers l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie sur la santé de la population pancanadienne, travaille de concert avec les premiers ministres des provinces et des territoires, ainsi qu'avec les dirigeants des Premières nations, des Inuits, des Métis et des autres peuples autochtones, afin de combler l'écart quant aux résultats en santé des Canadiens autochtones, au moyen de programmes et de services exhaustifs, holistiques et coordonnés.

Que la priorité soit accordée aux déterminants de la santé suivants : de l'eau propre, la salubrité des aliments, le rôle parental et l'apprentissage de la petite enfance, l'éducation, le logement, le développement économique, les soins de santé et la violence faite aux femmes, aux enfants et aux aînés autochtones.

De nombreux représentants autochtones ont dit au Sous-comité à quel point les conflits de compétences à propos du financement et de la prestation des programmes retardent l'accès au programme et l'obtention d'un soutien. Dans ce contexte, ils ont raconté l'histoire de Jordan River Anderson, un enfant des Premières Nations, né avec de graves problèmes de santé. Sa famille, qui ne disposait pas de moyens nécessaires pour prendre soin de lui à la maison, a pris la difficile décision de le placer dans un établissement pédiatrique hors réserve peu après sa naissance. Jordan est demeuré hospitalisé pendant les deux premières années de sa vie, le temps que son état de santé se stabilise. Peu après son deuxième anniversaire, les médecins ont dit qu'il pouvait être ramené au domicile familial. Malheureusement, les gouvernements fédéral et provincial ont commencé à se disputer pour savoir quel ordre de gouvernement et quel ministère

devaient payer pour les soins à domicile de Jordan! Ce conflit de compétences a duré deux ans et a eu pour conséquence de retenir inutilement Jordan à l'hôpital. Malheureusement, le bambin est décédé avant que le conflit de compétences ne se règle. C'est pour honorer sa mémoire qu'on a énoncé le principe de Jordan. Ce principe axé sur « l'enfant d'abord » vise à faire en sorte que les services nécessaires à un enfant ne soient pas retardés ou perturbés par des conflits de compétences. En décembre 2007, le gouvernement fédéral a approuvé le principe de Jordan en adoptant la motion d'initiative parlementaire n° 296. Cette politique historique qui fait passer « l'enfant d'abord » doit toutefois être approuvée par tous les ordres de gouvernement avant de pouvoir être mise en application. De plus, le Sous-comité convient avec les témoins que ce principe devrait s'appliquer à tous les Canadiens autochtones, sans égard à l'âge, parce que ceux-ci « passent entre les mailles du filet » dans bien des domaines où la compétence fédérale et les responsabilités provinciales et territoriales se chevauchent. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

> **Que le gouvernement du Canada s'entende avec les provinces et les territoires pour appliquer le principe de Jordan à tous les programmes, mesures et services portant sur les déterminants de la santé des Autochtones de tous les groupes d'âge.**

Le Sous-comité s'est aussi fait dire à maintes reprises que la vision qu'ont les Autochtones de la santé physique et mentale et du bien-être est ancrée dans le cercle sacré et fait ressortir l'importance de l'autodétermination. Certains témoins sont d'avis que bien des collectivités autochtones pourraient adapter le modèle cubain des polycliniques pour offrir des services et des programmes intégrés en ce qui concerne la santé de la population. D'autres ont souligné que la création de conseils communautaires autochtones dotés de structures semblables, à certains égards, à celles des régies régionales de la santé aiderait à donner suite au désir légitime des peuples autochtones de jouir de l'autodétermination dans le domaine de la santé de la population. D'autres témoins, par contre, ont indiqué que certaines collectivités autochtones disposent déjà des structures et des mécanismes nécessaires pour faciliter l'élaboration et l'application d'une politique sur la santé de la population. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

> **Que le gouvernement du Canada, de concert avec ses homologues provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les organismes des Premières nations, inuits et métis compétents, appuie et finance la mise en place d'un bout à l'autre du pays des structures et mécanismes nécessaires pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de programmes holistiques complets et coordonnés de nature à remédier aux disparités en santé dans les collectivités autochtones.**

CONCLUSION

Le Canada a été un chef de file mondial pour ce qui est d'améliorer la compréhension de la santé de la population et des disparités en santé. En 1974, le rapport Lalonde a complètement transformé la façon de voir la santé, une nouvelle vision qu'ont amplifiée en 1986 la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et le rapport Epp. L'Institut canadien de recherches avancées, par l'intermédiaire de son Programme de la santé des populations et de publications comme *Why Are Some People Healthy and Others Are Not?* (Pourquoi certaines personnes sont-elles en bonne santé alors que d'autres ne le sont pas), a donné lieu à une meilleure compréhension des déterminants de la santé et des disparités en santé. Cependant, au cours des dernières années, l'élaboration des politiques n'a pas suivi l'état de ces connaissances, car le coût et la prestation des soins de santé ont dominé le dialogue public. En fait, le Canada accuse maintenant du retard par rapport à des pays comme le Royaume-Uni et la Suède en ce qui concerne l'application du fond de connaissance sur la santé publique qui a pourtant été largement élaboré dans notre pays.

Le manque d'action s'est traduit par un accroissement des disparités en santé au Canada. Le Sous-comité juge inacceptable pour un pays riche comme le nôtre de continuer de tolérer de telles disparités. Nous craignons que la pénible conjoncture économique, sans précédent pour ses répercussions mondiales, ne fasse qu'accroître ces disparités. C'est pour ces raisons que nous proposons un ensemble de recommandations visant à améliorer la santé de tous les Canadiens et en particulier de nos groupes les plus défavorisés – les Premières nations, les Inuits et les Métis. Notre projet, qui met l'accent sur le cycle de vie, conjugué à une approche communautaire, peut déboucher sur des gains extraordinaires sur le plan de la santé, de la productivité et de la richesse. C'est possible si tous les gouvernements agissent ensemble de façon stratégique et coordonnée sur les déterminants de la santé, pour mobiliser les collectivités, le secteur des entreprises et toute la population canadienne afin de promouvoir une vision d'un avenir sain, juste et florissant. Sous la direction du premier ministre du Canada, nous pouvons, ensemble, améliorer la santé et accroître la richesse au cours de la prochaine génération.

Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones : Approche fondée sur le parcours de vie

Rapport présenté par

Jeff Reading PhD

au
Sous-comité sénatorial sur la santé de la population

30 mars 2009

TABLE DES MATIERES

SYNTHÈSE A-1

ÉLIMINONS MAINTENANT LA PAUVRETÉ A-1

MESURES À PRENDRE A-3

FARDEAU DES MALADIES CHRONIQUES AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES DU CANADA A-4

1. INTRODUCTION A-4

2. FARDEAU DU DIABETE AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES A-4

2.1 DÉFINITION DU DIABÈTE ET DE L'INTOLÉRANCE AU GLUCOSE..... A-4

2.2 FARDEAU DU DIABÈTE DE TYPE 2 AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES A-4

2.3 COMPRENDRE LES STATISTIQUES POUR MAINTENANT ET POUR L'AVENIR A-8

3. FARDEAU DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES A-8

3.1 DÉFINITION ET DESCRIPTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES A-8

3.2 FARDEAU DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES A-9

4. FARDEAU DES MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES A-11

4.1 DÉFINITION ET DESCRIPTION DES MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES A-11

4.2 FARDEAU GÉNÉRAL DES MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES A-11

4.3 TUBERCULOSE A-11

4.4 OTITE MOYENNE CHRONIQUE A-13

4.5 INFECTIONS RESPIRATOIRES CHRONIQUES OU RÉCURRENTES ... A-15

4.6 BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO) ET ASTHME A-17

5. FARDEAU DES AFFECTIONS MUSCULO-SQUELETTIQUES AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES A-19

5.1 DÉFINITION ET DESCRIPTION DES MALADIES ET TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES A-19

5.2 FARDEAU DE L'ARTHRITE AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES A-20

5.3 OSTÉOPOROSE A-22

6. FARDEAU DU CANCER AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES A-23

6.1 DÉFINITION ET DESCRIPTION DU CANCER A-23

6.2 SURVEILLANCE DU CANCER AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES A-23

6.3 FARDEAU DU CANCER AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES A-25

PROVINCE A-26

LITTÉRATURE CONNEXE A-26

7. FARDEAU DES MALADIES MENTALES GRAVES DANS LES POPULATIONS AUTOCHTONES A-30

7.1 DÉFINITION ET DESCRIPTION DE « MALADIE MENTALE CHRONIQUE » A-30

7.2 FARDEAU DES MALADIES MENTALES GRAVES AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES A-30

7.3 FARDEAU DES MALADIES MENTALES GRAVES POUR LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS A-38

8. RÉPERCUSSIONS DES MALADIES CHRONIQUES SUR LA SANTÉ MENTALE A-38

8.1 DÉFINITION DES PARAMÈTRES DE L'ASSOCIATION ENTRE MALADIE CHRONIQUE ET SANTÉ MENTALE A-39

8.2 ANALYSE DE L'ASSOCIATION ENTRE MALADIE CHRONIQUE ET SANTÉ MENTALE A-41

8.3 THÈMES COMMUNS A-51

8.4 COMORBIDITÉ A-57

UNE APPROCHE FONDÉE SUR LE PARCOURS DE VIE : LES FACTEURS DE RISQUE DE MALADIES CHRONIQUES DANS LES POPULATIONS AUTOCHTONES AU CANADA A-60

1. INTRODUCTION : ADOPTION D'UNE APPROCHE FONDÉE SUR LE PARCOURS DE VIE A-60

1.1 PERSPECTIVE DU PARCOURS DE VIE ET SANTÉ DES AUTOCHTONES A-61

1.2 APPLICATION DE L'APPROCHE FONDÉE SUR LE PARCOURS DE VIE A-62

2. FACTEURS DE RISQUE COMMUNAUTAIRES A-63

2.1 FACTEURS DE RISQUE SOCIO-ÉCONOMIQUES A-63

PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE A-71
2.2 FACTEURS DE RISQUE GÉOGRAPHIQUES A-75
3. FACTEURS DE RISQUE PRÉNATAUX A-82
3.1 DIABÈTE MATERNEL A-82
3.2 OBÉSITÉ MATERNELLE..... A-83
3.3 USAGE DU TABAC CHEZ LA MÈRE A-83
3.4 CONSOMMATION D'ALCOOL PAR LA MÈRE A-85
4. FACTEURS DE RISQUE À LA NAISSANCE A-87
4.1 POIDS ANORMAL À LA NAISSANCE..... A-87
4.2 ALLAITEMENT MATERNEL A-89
5. FACTEURS DE RISQUE CHEZ LA PETITE ENFANCE A-91
5.1 INFLUENCES SUR LA POPULATION A-92
5.2 PAUVRETÉ ET FAIM CHEZ LES ENFANTS A-92
5.4 TABAGISME CHEZ LES PARENTS ET FUMÉE À LA MAISON..... A-97
6. FACTEURS DE RISQUE À L'ENFANCE ET À L'ADOLESCENCE A-98
6.1 L'OBÉSITÉ INFANTILE..... A-98
6.2 TABAGISME A-100
6.3 SANTÉ SEXUELLE..... A-103
6.4 ÉDUCATION A-105
6.5 PLACEMENT EN FAMILLE D'ACCUEIL, TUTELLE ET SERVICES À L'ENFANCE AUTOCHTONE..... A-110
7. FACTEURS DE RISQUE CHEZ LES ADULTES ET LES AÎNÉS A-113
7.1 USAGE DU TABAC A-113
7.2 ABUS D'ALCOOL A-114
7.4 EMPLOI ET SCOLARITÉ A-116
7.5 SANTÉ DES AÎNÉS A-118

Synthèse

Il a été établi il y a près de deux décennies que les facteurs qui déterminent la santé et le bien-être des communautés autochtones du Canada ont leurs origines dans les forces historiques, culturelles, sociales, économiques et politiques qui agissent en amont sur la vie des Autochtones.

De nombreux déterminants de la santé des Autochtones n'entrent pas dans le cadre du système de soins de santé. Ce sont par exemple l'adoption d'un régime alimentaire qui s'écarte des traditions, l'insécurité alimentaire, le stress dû à des facteurs économiques, la pollution, la détérioration de l'environnement et le capitalisme mondial.

Il importe de comprendre que les termes utilisés et leur interprétation sont essentiels dans le discours sur les déterminants de la santé, tout particulièrement si l'objectif est de mieux saisir les causes. Les Autochtones n'ont jamais été des participants à part entière dans l'État-nation qu'est le Canada. L'évolution de l'économie politique canadienne les a forcés à quitter leurs terres ancestrales pour faire place aux sociétés colonisatrices. Ces déplacements attribuables à la colonisation ont eu pour conséquence d'exclure socialement beaucoup de communautés autochtones du reste du Canada. L'exclusion sociale a conduit à leur marginalisation dans les secteurs de l'éducation, de l'emploi, du logement, des soins de santé et bien d'autres et, par conséquent, à l'instauration d'une société à deux niveaux : les Canadiens d'un côté et les Autochtones de l'autre.

Aussi difficile à accepter que cela puisse paraître, les faits exposés dans le présent document démontrent abondamment les inégalités que vivent les Autochtones au Canada. Les Autochtones s'exposent à des risques pour la santé qui sont supérieurs dans presque toutes les catégories évaluées, d'où les profondes disparités existantes, surtout chez les plus vulnérables, à savoir les enfants et les aînés.

Les déterminants sociaux sont souvent appelés les « causes des causes ». Autrement dit, la maladie, l'incapacité et le décès sont influencés par des facteurs de risque individuels tels que l'usage du tabac, l'obésité et l'abus d'intoxicants. On a critiqué ces facteurs de risque en disant qu'ils jetaient le blâme sur la victime, car il est maintenant établi qu'ils sont socialement ancrés dans la vie collective des particuliers, des familles, des communautés, des régions et des États-nations. Par conséquent, les disparités dans les déterminants sociaux appellent des solutions d'ordre social.

Éliminons maintenant la pauvreté

L'élimination de la pauvreté est le principal déterminant de la santé. C'est en effet par le revenu que passent les autres déterminants de la santé : logement convenable, accès à des services de santé et d'éducation, eau potable, aliments nutritifs, etc.

Selon un récent rapport produit par les docteurs Charlotte Loppie Reading et Fred Wein (2009) et commandé par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone de l'Agence de la santé publique du Canada, les Autochtones sont aux prises avec des disparités en matière de santé que les modèles généraux ne peuvent permettre d'expliquer ou de comprendre. Par exemple, une étude a servi à comparer des Autochtones hors réserve et des non-Autochtones, les

deux groupes vivant en milieu urbain et ayant un niveau semblable de faible revenu; il est ressorti que le groupe autochtone avait connu beaucoup plus d'épisodes dépressifs majeurs – 21 % – que le groupe non autochtone – 13 % (Loppie Reading et Wien, 2009). Il y a d'autres éléments que le revenu et la géographie qui entrent en jeu. Fait intéressant, l'écart entre les deux groupes pour les épisodes dépressifs se rétrécissait à mesure que le revenu augmentait, si bien qu'au niveau de revenu supérieur la différence devenait statistiquement non significative (Loppie Reading et Wien, 2009).

Pour bien étudier les origines de la santé chez les Autochtones, il faut se pencher sur les particularités des facteurs sociopolitiques en adoptant une conception holistique de la santé qui prévoit l'optimisation de la santé à chaque étape du parcours de vie, de la période avant la conception à la mort.

Les déterminants ont été subdivisés en trois groupes. Il y a d'abord les déterminants « proximaux », notamment les comportements liés à la santé, l'environnement physique, l'emploi, le revenu, l'éducation et l'insécurité alimentaire. Les déterminants « intermédiaires » se trouvent en amont des déterminants proximaux et incluent les systèmes de santé et d'éducation, les infrastructures, les ressources et les capacités communautaires, la gérance de l'environnement et la continuité culturelle. Enfin, Loppie Reading et Wein (2009) font état des déterminants distaux, notamment le colonialisme, le racisme et l'exclusion sociale, et de la nécessité de ***l'autodétermination dans la progression vers le rétablissement des populations***.

L'objectif est d'optimiser le développement pendant tout le parcours de vie. Il s'agit de s'attaquer à l'interaction complexe des déterminants de la santé à la lumière du contexte et de l'histoire qui sont à la source de la situation actuelle, en particulier du contexte autochtone, pendant le parcours de vie.

Il est proposé d'établir un modèle de santé des populations de type communautaire qui aborderait les déterminants de la santé et faciliterait l'instauration d'une approche pangouvernementale de la santé des populations autochtones au niveau fédéral. Le modèle devrait ***prévoir la création d'une alliance stratégique permettant de relier les déterminants de la santé***.

D'après le troisième rapport du Comité, une bonne trentaine de ministères et d'organismes fédéraux offrent plus de 360 programmes et services aux Autochtones, dont plus de la moitié (190) s'adressent à tous les groupes et le reste, à des groupes en particulier (Sous-comité sénatorial sur la santé des populations, 2008). Les six thèmes centraux de l'alliance stratégique proposée sont l'éducation, la prévention et l'intervention communautaires, la santé mentale, le logement, le développement économique et l'investissement dans les capacités pour constituer un effectif complet de professionnels de la santé des Autochtones à tous les niveaux.

Comme environ la moitié des Autochtones ont moins de 25 ans, il est logique de vouloir investir amplement dans la santé de la génération future, sans pour autant faire fi des besoins actuels. Aux premières étapes (santé de la mère avant la conception, périodes prénatale et postnatale), la vie est presque totalement dépendante de la mère. Bien que la malléabilité de l'enfant soit à son maximum dans les premières années, les fonds sont surtout investis dans la santé, l'éducation et le bien-être général aux stades ultérieurs : on dépense le moins pour la petite enfance et le plus pour la fin de la vie.

Selon l'Enquête régionale sur la santé, la condition socio-économique et le niveau de scolarité des parents influent directement sur le soutien social et le bien-être des enfants (Centre des Premières nations, 2005). L'éducation des enfants fait donc partie des solutions tout indiquées. Les études de suivi longitudinales des programmes d'aide préscolaire ont montré que ces programmes contribuent à augmenter le niveau de scolarité et à diminuer les taux d'aide sociale, de criminalité et de grossesse à l'adolescence.

Mesures à prendre

Adopter une approche pangouvernementale.

Soutenir les Autochtones dans leur quête légitime d'autodétermination. Dans le domaine de la santé, cela signifie l'établissement de ***régies régionales de la santé*** dirigées par des Autochtones et financées par le gouvernement fédéral et la province.

Demander aux organisations politiques autochtones, aux provinces, aux territoires et au gouvernement fédéral de s'engager à tenir des discussions pluriannuelles pour étudier les questions d'intérêt commun et les mesures à mettre en œuvre en vue de l'amélioration de la santé et du bien-être des Autochtones.

Faciliter et accélérer la diffusion et le transfert des connaissances ainsi que leur application à des utilisations et avantages potentiels, soit des politiques, des interventions, des services et des produits.

Encourager les initiatives de collaboration multilatérales auprès des collectivités et des institutions qui ont à cœur d'améliorer la santé et le bien-être des Autochtones. Promouvoir la collaboration multidisciplinaire, multi-institutionnelle et multisectorielle et tirer parti des réseaux existants de décideurs et de chercheurs pour renforcer les capacités dans les domaines prioritaires d'intérêt commun touchant à la santé des Autochtones.

Je laisse le dernier mot au Sous-comité sénatorial sur la santé des populations, qui a écrit dans son quatrième rapport :

> *Le Sous-comité croit qu'il est inacceptable qu'un pays privilégié comme le Canada continue à tolérer de telles disparités en matière de santé.*
>
> *(Sous-comité sénatorial sur la santé des populations, 2008).*

FARDEAU DES MALADIES CHRONIQUES AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES DU CANADA

1. Introduction

D'après les indicateurs internationaux de la santé, les Canadiens jouissent d'une des meilleures santés au monde. Pourtant, le bien-être des Autochtones du Canada se compare à celui des populations de nombreux pays en développement (Cooke, Beavon et McHardy, 2004). En témoigne l'effet croissant des maladies chroniques sur les taux de morbidité et de mortalité des Autochtones : bien que les maladies transmissibles aient diminué en importance, les maladies chroniques ont progressé jusqu'à devenir un important problème de santé (Smeja et Brassard, 2000). Des études antérieures et actuelles ont prouvé que les Autochtones du Canada sont aux prises avec un fardeau beaucoup plus lourd que les non-Autochtones pour certaines maladies chroniques : près du tiers des Autochtones de plus de 15 ans ont dit avoir reçu un diagnostic de maladie chronique d'un professionnel de la santé (MacMillan, MacMillan, Offord et Dingle, 1996). Par exemple, en 2000-2001, 60,1 % des Autochtones hors réserve, contre 49,6 % des non-Autochtones, ont déclaré avoir au moins une maladie chronique (Tjepkema, 2002). Les statistiques qui montrent une forte prévalence de nombreuses maladies chroniques de base sont particulièrement préoccupantes. Le fardeau et les tendances des six maladies ou groupes de maladies chroniques de base suivantes chez les Autochtones seront étudiés à fond : 1) diabète, 2) maladies cardiovasculaires, 3) maladies respiratoires chroniques, 4) troubles musculo-squelettiques, 5) cancer et 6) maladies mentales graves. De plus, nous examinerons l'effet des maladies chroniques sur la santé mentale ainsi que la comorbidité entre les différentes maladies.

2. Fardeau du diabète au sein des populations autochtones

2.1 Définition du diabète et de l'intolérance au glucose

Le diabète fait partie des maladies chroniques des Autochtones les plus déclarées et les plus étudiées en raison de son récent statut de maladie « épidémique » au sein de ces populations. Dans ce contexte, le diabète s'entend surtout du diabète non insulinodépendant, ou diabète de type 2.

2.2 Fardeau du diabète de type 2 au sein des populations autochtones

Le diabète chez les Autochtones est considéré comme une « nouvelle » maladie, qui a rapidement pris de l'ampleur et de l'importance. Il n'est dépisté que depuis 50 ans dans les populations autochtones du Canada (Santé Canada, 2000; Young, Reading, Elias et O'Neil, 2000). La progression suivie de l'incidence et de la prévalence du diabète a amené les chercheurs, les décideurs et les communautés autochtones elles-mêmes à désigner cette maladie comme « épidémique » (Young et coll., 2000). On s'inquiète non seulement de sa prévalence, de sa prise en charge et de la nécessité de bons programmes de prévention, mais aussi de ses complications graves et de ses liens avec d'autres maladies chroniques (Young et coll., 2000). Les complications touchent l'appareil circulatoire, les yeux, les reins, le parodonte et le système nerveux et peuvent donner lieu à une mortalité prématurée, à des incapacités et à une qualité de vie amoindrie. Une étude réalisée au Manitoba a établi des projections sur l'ampleur du problème au sein des populations autochtones : on évalue qu'entre 1996 et 2016, uniquement à cause du diabète, il y aura dix fois plus de maladies cardiovasculaires, cinq fois plus d'accidents

vasculaires cérébraux, dix fois plus de mises en dialyse, dix fois plus d'amputations des extrémités inférieures et cinq fois plus de cécité (Greene, Blanchard et Wajda, 1999).

2.2.1 Prévalence du diabète chez les Premières nations, les Métis et les Inuits

Comme la prévalence du diabète varie selon les origines, le groupe linguistique, l'aire culturelle et la situation géographique (Delisle, Rivard et Ekoe, 1995), de nombreuses études menées sur cette maladie au sein des populations autochtones ont visé expressément une communauté, une nation, un conseil tribal, une population ou une province en particulier. Il s'ensuit que l'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991 est la seule source de données nationales sur la prévalence du diabète chez les Premières nations, les Métis et les Inuits (Waldram, Herring et Young, 2006). Selon les données sur le diabète autodéclaré qui ressortent de cette enquête, la prévalence est plus faible dans les populations inuites qu'au sein des Premières nations et des populations métisses (Bruce, Kliewer, Young, Mayer et Wajda, 2003).

À mesure que le Nord accroît ses contacts avec le Sud et les grands centres urbains, les communautés inuites deviennent plus susceptibles, croit-on, de contracter des maladies « occidentales » comme le diabète (Bobet, 1997; Bruce, 2000, 2000; Greene et coll., 1999; Hegele et coll., 1999; McIntyre et Shah, 1986; Montour, Macaulay et Adelson, 1989; Young et coll., 2000). La réalité de ce risque se manifeste par l'augmentation rapide du diabète chez les Inuits du Canada (Anderson, 2004; Young, Moffatt et O'Neil, 1993) : la prévalence chez les Inuits du Labrador est passée de 1,9 % de la population en 1991 à 4 % en 1999 (Comité directeur national de l'Enquête sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999). Cette évolution récente confirme que l'isolement géographique, les contacts tardifs avec les colons européens et la préservation du mode de vie traditionnel ont eu pour effet de protéger les communautés autochtones du Nord.

Le diabète est un problème grandissant dans la population inuite, mais, chez les Premières nations du Canada, il a régulièrement été signalé comme un problème de santé chronique. Toutefois, son ampleur et son importance véritables n'ont pas encore été déterminées. Par exemple, l'Enquête auprès des populations autochtones a permis de constater que la prévalence brute du diabète était de 6,4 % et de 8,5 %, respectivement, pour les membres des Premières nations vivant dans une réserve et hors réserve (Bobet, 1998). En revanche, l'Enquête régionale sur la santé de 2002-2003 a fait ressortir une prévalence normalisée selon l'âge de 19,7 % chez les Premières nations. Pour les personnes de 55 ans ou plus, le taux était de 35 % (Centre des Premières nations, 2005). Un membre sur quatre des Premières nations vivant dans une réserve et âgé de plus de 45 ans avait le diabète (Centre des Premières nations, 2004). Ces résultats ultérieurs de l'Enquête régionale indiquent que la prévalence du diabète au sein des communautés des Premières nations pourrait avoir augmenté depuis 1991. Des données du Manitoba puisées dans les bases de données provinciales sur l'hospitalisation et les visites chez le médecin appuient cette hypothèse : on observe une hausse de la prévalence du diabète depuis les années 1990 au sein des Premières nations (Green, Blanchard, Young et Griffith, 2003).

Bien que des études aient montré que le diabète est une préoccupation pour toutes les Premières nations du Canada, il importe de prendre en considération les variantes régionales et communautaires. Les données propres à des régions ou à des communautés sont plus spécifiques et mettent en relief les différentes facettes du problème. À titre d'exemple, une étude réalisée chez les Oji-Cris a révélé une prévalence extrêmement élevée (40 %) du diabète de type 2 et de

l'intolérance au glucose; ce taux est le plus haut du monde pour une sous-population et il équivaut à cinq fois la moyenne canadienne (Harris et coll., 1997).

On en sait beaucoup moins sur le diabète dans la population métisse, mais le taux est comparable ou inférieur à celui des Premières nations pour la plupart des groupes d'âge et de sexe (Bruce, Kliewer, Young, Mayer et Wajda, 2003; Santé Canada, 2000). Les données nationales, toutefois, donnent à penser que le taux de diabète est généralement plus haut chez les Premières nations et les Métis que chez les Inuits et les Canadiens en général. Une hausse plus faible et un taux de prévalence plus bas ont été relevés dans la population métisse, mais les chiffres restent tout de même supérieurs à la moyenne nationale : la prévalence brute du diabète chez les Métis était de 5,5 % en 1991, comparativement à 3,1 % dans la population en général. D'après le Ralliement national des Métis, le taux de diabète de cette population était de 5,9 % en 2006 (Ralliement national des Métis, 2006).

2.2.2 Stratification selon le sexe

En 1997, le taux de diabète autodéclaré chez les hommes et les femmes des Premières nations était respectivement 3,6 et 5,3 fois plus élevé que chez les non-Autochtones des mêmes sexes et groupes d'âge (Centre des Premières nations, 2004). Ces différences montrent une fois de plus le fossé qui sépare les Autochtones et les non-Autochtones pour ce qui est du diabète, mais elles font aussi ressortir la stratification de cette maladie selon le sexe. Parce que l'écart entre les sexes jette une lumière importante sur le fardeau du diabète au sein des populations autochtones du Canada, nous passerons en revue la littérature pertinente sur la question.

Dans une étude menée auprès de deux communautés algonquines du Nord-Est du Québec (Delisle et coll., 1995) et de la communauté oji-crie de Sandy Lake dans le Nord-Ouest de l'Ontario (Harris, Caulfield, Sugamori, Whalen et Henning, 1997), il est ressorti que la prévalence du diabète de type 2 atteignait 80 % chez les femmes de 50 à 64 ans. Selon les données nationales, les femmes comptent pour les deux tiers environ des cas de diabète diagnostiqués au sein des Premières nations (Bobet, 1997); dans la population canadienne en général, c'est l'inverse qui est vrai : la prévalence est généralement plus élevée chez les hommes que les femmes (Santé Canada, 1999). Outre qu'elles ont une prévalence plus élevée du diabète de type 2, les femmes autochtones sont nombreuses à recevoir un diagnostic de diabète gestationnel (Mohamed et Dooley, 1998).

Le diabète gestationnel se définit médicalement comme tout état d'intolérance au glucose apparu au début de la grossesse ou diagnostiqué pour la première fois durant la grossesse (Matthews, 2003). Il est établi que la tolérance au glucose s'amoindrit chez toutes les femmes enceintes par suite des changements physiologiques et hormonaux qui accompagnent la grossesse (Hod, 2003). Dans le monde occidental, la tolérance au glucose descend suffisamment pour répondre aux critères de diagnostic du diabète gestationnel dans environ 2 ou 3 % des grossesses (Whitaker, Pepe, Seidel, Wright et Knopp, 1998). Des études menées dans le Nord du Québec et en Ontario révèlent que le diabète gestationnel peut toucher jusqu'à 13 % des grossesses chez les Autochtones (Godwin, Muirhead, Huynh, Helt et Grimmer, 1999; Harris et coll., 1997; Rodrigues, Robinson et Gray-Donald, 1999). Il a été dit que la difficulté de recueillir des données sur les taux de prévalence du diabète gestationnel pourrait expliquer partiellement les taux élevés constatés dans beaucoup de communautés autochtones : par exemple, le premier diagnostic du diabète de type 2 pendant la grossesse est intégré aux statistiques, et non le diabète

gestationnel comme agent étiologique. Cependant, certaines études ont permis de constater qu'un peu moins de la moitié des grossesses des femmes de 35 ans et plus sont associées au diabète de type 2 préexistant ou au diabète gestationnel (Harris et coll., 1997). Cette information soulève de sérieuses préoccupations au sujet du diabète chez les femmes autochtones.

Les taux de prévalence, les facteurs de risque et les résultats du diabète gestationnel chez les femmes autochtones et non autochtones ont été directement comparés pour la première fois dans une étude réalisée en Saskatchewan (Dyck, Klomp, Tan, Turnell et Boctor, 2002). Cette étude a révélé que, dans le district de santé de Saskatoon, les taux de prévalence sur un an pour le diabète gestationnel étaient de 3,7 % chez les femmes non autochtones et de 6,4 % chez les femmes autochtones. Pour les résidants de l'extérieur de ce district, ils étaient de 3,1 % et de 22,8 % respectivement (Dyck et coll., 2002). La plus grande crainte concernant le diabète gestationnel et l'existence ou le risque du diabète chez la mère est la persistance de la maladie après la grossesse. Par exemple, il est ressorti d'une étude effectuée dans la zone de Sioux Lookout que 70 % des femmes ayant reçu un diagnostic de diabète gestationnel avaient fini par être atteintes de diabète véritable dans un délai de trois ans (Mohamed et Dooley, 1998). Il est donc pressant de cibler le diabète chez les femmes des communautés autochtones.

2.2.3 Fardeau du diabète chez les enfants

La prévalence accrue du diabète chez les jeunes autochtones et la prévalence démesurément élevée des cas d'apparition prématurée du diabète au sein des populations autochtones soulèvent des préoccupations pour les enfants et les jeunes. Ainsi, une étude sur les taux de diabète chez les Haïda Gwaii de la Colombie-Britannique a permis de constater que 17 % des adultes de 35 ans et plus avaient le diabète de type 2 (Grams et coll., 1996). Des comparaisons entre des communautés des Premières nations et la population en général montrent que plus de la moitié (53 %) des membres des Premières nations vivant dans des communautés autochtones et atteints du diabète ont 40 ans ou moins et 65 % ont moins de 45 ans (Comité directeur national de l'Enquête sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999). Comme le montre à l'évidence l'appellation traditionnelle de « diabète de l'adulte », le diabète de type 2 n'était généralement pas observé chez les jeunes (Santé Canada, 2000). Les nouveaux cas dépistés chez les enfants des Premières nations, par exemple chez des enfants de 5 à 8 ans de la région d'Island Lake dans le Nord-Est du Manitoba (Dean, Mundy et Moffatt, 1992) et dans le Nord de l'Ontario (Harris, Perkins et Whalen-Brough, 1996), ont remis cette appellation en question. De plus, le dépistage du diabète par la mesure du glucose plasmatique à jeun dans une communauté ojibwa-crie éloignée du Nord a révélé un fort taux de prévalence (3,6 %) chez les filles et les femmes de 10 à 19 ans (Dean, 1998; Dean, Young, Flette et Wood-Steiman, 1998).

En général, les Autochtones sont plus jeunes que le reste de la population au moment du diagnostic et à l'apparition des complications, et la maladie est plus grave au moment du diagnostic (Goulet et coll., 2006; Santé Canada, 2000; Ho, Gittelsohn, Harris et Ford, 2006; Meatherall et coll., 2005; Pohar et Johnson, 2007; Simpson, Corabian, Jacobs et Johnson, 2003). Malgré leur jeune âge, les Autochtones ont aussi des taux de mortalité, de complication et d'hospitalisation plus élevés et des séjours plus longs à l'hôpital (Goulet et coll., 2006; Santé Canada, 2000; Pohar et Johnson, 2007; Simpson et coll., 2003). Cette situation cause de sérieuses préoccupations pour la santé et le bien-être des générations futures.

2.3 Comprendre les statistiques pour maintenant et pour l'avenir

Les statistiques existantes sur le diabète des Autochtones du Canada nous disent que la répartition du diabète dans ce groupe varie sensiblement selon le sexe, la région géographique, la langue, l'aire culturelle, la latitude, la longitude et le degré d'isolement (Boston et coll., 1997; Santé Canada, 2000; Jin, Martin et Sarin, 2002; Macaulay et coll., 2003; Travers, 1995; Young, Reading, Elias et O'Neil, 2000; Young, Szathmary, Evers et Wheatley, 1990). En général, la prévalence est plus élevée dans le Sud que dans le Nord, chez les femmes que chez les hommes, chez les moins instruits et chez les Autochtones acculturés et vivant en milieu urbain (Bruce et coll., 2003; Daniel, Gamble, Henderson et Burgess, 1995; Santé Canada, 2005; Jin, Martin et Sarin, 2002; Travers, 1995; Young et coll., 1990; Zimmet, Dowse, Finch, Serjeantson et King, 1990). Malgré les enseignements que l'on peut tirer de ces chiffres, on peut se demander si le nombre de diagnostics de diabète déclaré est fiable pour déterminer les taux de prévalence : comme l'apparition du diabète se produit en moyenne quatre à sept ans avant le diagnostic, les cas diagnostiqués ne représentent pas le fardeau total de la maladie (Centre des Premières nations, 2005; McKinlay et Marceau, 2000; Young et coll., 2000). Par exemple, au Manitoba, le diabète non diagnostiqué constitue le tiers environ des cas de diabète (Bruce et coll., 2003) et, à l'échelle du Canada, le nombre réel de diabétiques est probablement le double ou le triple du nombre de cas diagnostiqués (Santé Canada, 2000).

Qui plus est, étant donné l'apparition plus rapide du diabète et les taux élevés dans la population autochtone, l'impact de cette maladie sur la santé des générations futures est inquiétant. On a par exemple émis l'hypothèse que, si cette tendance se poursuit, le nombre d'Autochtones qui ont le diabète au Canada triplera d'ici 2016 (Jin et coll., 2002).

3. Fardeau des maladies cardiovasculaires au sein des populations autochtones

3.1 Définition et description des maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires ont la réputation d'occasionner le plus gros fardeau économique de toutes les maladies traitées au Canada (Santé Canada, 2003, 2005; Lidgren, 2003). Depuis les années 1960, elles sont en recul en Amérique du Nord (Dorner et Rieder, 2004) : la réduction de l'incidence et de la mortalité est surtout due aux changements dans le style de vie et le comportement des gens, comme un meilleur régime alimentaire, de l'exercice physique plus fréquent et l'abandon du tabac (Sytkowski, D'Agostino, Belanger et Kannel, 1996). En dépit de ces changements, les maladies cardiovasculaires demeurent la principale cause de décès dans la plupart des pays occidentaux (Dorner et Rieder, 2004). À cause de leur fardeau économique, social et personnel, les maladies cardiovasculaires sont d'importantes maladies chroniques dont les effets sur la population autochtone du Canada doivent être débattus et examinés.

En vue de combattre la situation critique actuelle au Canada, on a créé un comité directeur chargé d'élaborer la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et le plan d'action connexe, l'idée étant de fixer des cibles ambitieuses pour 2020 et de formuler des recommandations visant à les atteindre. Une de ces cibles consiste à mettre fin à la situation de crise touchant les maladies cardiovasculaires chez les Autochtones en réduisant leur fardeau au niveau de celui des autres Canadiens. Pour l'atteinte de cette cible, il est recommandé d'adopter une approche concertée qui fait intervenir les communautés autochtones et le gouvernement, d'établir un centre national

pour la prévention et la gestion des maladies chroniques des Autochtones et d'aider les Autochtones à mener une vie plus saine adaptée à leurs réalités culturelles (Comité, 2009).

Il faut faire attention lorsqu'on parle de maladies cardiovasculaires, car ce terme recouvre une catégorie hétérogène de maladies qui concernent le cœur ou l'appareil circulatoire (Waldram et coll., 2006). La maladie cardiovasculaire la plus courante est la coronaropathie, aussi connue sous le nom de cardiopathie ischémique ou de maladie des artères coronaires. La coronaropathie est l'affection causée par l'accumulation de dépôts gras dans les cellules qui tapissent les parois des artères coronaires, principale source d'alimentation en sang pour le cœur. À mesure que les dépôts s'épaississent, les artères se durcissent et rétrécissent (artériosclérose). Il en résulte une diminution de l'apport de sang oxygéné au muscle cardiaque, et cette ischémie peut causer des dommages permanents au cœur. Le blocage complet des artères coronaires entraîne une crise cardiaque (infarctus du myocarde) (Ontario Program for Optimal, 2001). Chez les populations qui passent d'un taux élevé à un faible taux de maladies infectieuses, comme les Autochtones du Canada, on assiste en général à une diminution du taux de maladies comme la cardiopathie rhumatismale, causée par une infection, mais aussi à une augmentation du taux de coronaropathie en raison des changements dans le mode de vie et les conditions socioéconomiques (Waldram et coll., 2006). Malgré l'intérêt qui existe pour la coronaropathie, ses causes et ses facteurs de risque, on n'a le plus souvent accès qu'à des données sur les maladies cardiovasculaires dans leur ensemble (Waldram et coll., 2006). C'est pourquoi la section qui suit portera sur la prévalence générale des maladies cardiovasculaires et, dans la mesure du possible, sur la coronaropathie.

3.2 Fardeau des maladies cardiovasculaires au sein des populations autochtones

Il a été établi que la prévalence de la coronaropathie diminue dans le monde occidental (Dorner et Rieder, 2004), mais cette diminution ne s'observe pas dans certains sous-groupes, comme les Autochtones du Canada. Traditionnellement, la prévalence de la coronaropathie est faible chez les Autochtones par rapport aux non-Autochtones (Anand et coll., 2001). Toutefois, les transformations politiques, économiques et sociales vécues récemment par de nombreuses communautés autochtones ont donné lieu à de grands changements dans leur alimentation et leur mode de vie – alimentation plus calorique et plus grande sédentarité, par exemple (Anand et coll., 2001) – qui ont contribué à faire augmenter la prévalence de la coronaropathie (Anand et coll., 2001; Shah, Hux et Zinman, 2000; Yusuf, Reddy, Ounpuu et Anand, 2001).

Le taux élevé de coronaropathie au sein des populations autochtones a été constaté pour la première fois dans des études nationales de la mortalité des membres des Premières nations au cours des années 1970 et 1980 (Waldram et coll., 2006). Ces études ont révélé que le taux de coronaropathie était plus élevé chez les femmes, mais pas chez les hommes (Mao, Moloughney, Semenciw et Morrison, 1992; Mao, Morrison, Semenciw et Wigle, 1986). En 1999-2000, le taux de mortalité normalisé selon l'âge s'est avéré un peu plus haut pour toutes les maladies cardiovasculaires, mais la différence entre les Premières nations et la population canadienne en général n'était pas statistiquement significative (Santé Canada, 2003; Waldram et coll., 2006). Cependant, la hausse de la prévalence de la coronaropathie chez les Autochtones du Canada a été nettement établie dans une étude réalisée auprès de 41 communautés ontariennes des Premières nations (Shah et coll., 2000). Cette étude a montré que le taux provincial d'admission à l'hôpital pour la coronaropathie avait plus que doublé au sein des 41 communautés – elle était passée de

76 pour 10 000 personnes en 1984 à 186 pour 10 000 en 1995 – tandis qu'il avait reculé dans le reste de la province (Harris et coll., 2002; Shah et coll., 2000). Parmi les résidants de Sandy Lake, l'admission à l'hôpital pour coronaropathie était passée de 34,8 à 109,1 pour 10 000 en 15 ans (Harris et coll., 2002). Une tendance parallèle a été constatée dans les taux d'admission pour un infarctus aigu du myocarde, ou crise cardiaque (Shah et coll., 2000). En outre, le taux d'infarctus aigu du myocarde au sein des Premières nations est environ 20 % plus haut que le taux canadien (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, 2000-2001).

Les données de 1981 à 1997 ont démontré que l'hospitalisation pour des maladies de l'appareil circulatoire a plus que doublé chez les Premières nations de l'Ontario pendant cette période (Shah, Hux et Zinman, 2000), ce qui donne à penser que ces maladies sont devenues une cause de morbidité plus importante. Cette hypothèse a été corroborée par les résultats de l'Enquête régionale sur la santé de 1997, selon laquelle les maladies du cœur et l'hypertension étaient respectivement trois fois et 2,5 fois plus fréquentes chez les Premières nations et les Inuits que dans la population canadienne en général (Centre des Premières nations, 2004). Qui plus est, l'Enquête régionale sur la santé de 2002-2003, qui a permis de recueillir les déclarations volontaires de troubles cardiaques chez les Premières nations, a mis en lumière une prévalence légèrement supérieure à celle de la population canadienne (7,6 % contre 5,6 %) (Centre des Premières nations, 2005). En tenant compte des groupes d'âge, il est ressorti que les adultes des Premières nations dépassaient grandement la moyenne canadienne : ceux de 50 à 59 ans avaient une prévalence de maladie cardiaque autodéclarée de 11,5 % par rapport à 5,5 % dans la population canadienne (Centre des Premières nations, 2005). Ces statistiques montrent que la coronaropathie menace de plus en plus les Premières nations du Canada, mais la prévalence des maladies cardiovasculaires, et plus précisément de la coronaropathie, dans les autres communautés autochtones est limitée (Métis) et non concluante (Inuits).

Il est difficile de saisir la question de la coronaropathie chez les Autochtones de l'Arctique parce que la documentation est contradictoire. Il est reconnu et signalé depuis longtemps que leur taux de coronaropathie est plus bas que dans la population en général (Bjerregaard et Dyerberg, 1988; Middaugh, 1990; Waldram et coll., 2006; Young et coll., 1993). La raison du taux moins élevé chez les Inuits que chez les Premières nations est souvent attribuée à l'éloignement : l'alimentation traditionnelle tirée des produits de la mer et le mode de vie ancestral serviraient de facteurs de protection (Dewailly et coll., 2001). Cependant, la fiabilité des statistiques sur la mortalité et des autres données utilisées pour ces études a été mise en doute (Bjerregaard, Young et Hegele, 2003). Il est par conséquent plus juste de dire que les données sur les taux de maladies cardiovasculaires dans les communautés du Nord et inuites ne sont pas concluantes. Selon Bjerregaard, Young et Hegele (2003), il faudrait réévaluer les données sur les maladies cardiovasculaires au sein des populations inuites ainsi que la protection qu'une alimentation traditionnelle peut fournir contre l'occidentalisation rapide et ses risques pour la santé.

Comme le montrent les questions soulevées par les statistiques sur les maladies cardiovasculaires chez les Inuits et comme c'est le cas pour tout ce qui touche la santé des Autochtones, il existe des différences sensibles dans les facteurs de risque et les taux de maladies entre les régions et les tribus. Les populations inuites et métisses sont d'importantes populations à cibler pour la recherche future, mais on peut en dire autant des communautés autochtones vivant en milieu urbain (Yusuf, Reddy, Ounpuu et Anand, 2001). En effet, la plupart des données actuelles sur les maladies cardiovasculaires portent sur les Autochtones des réserves, et l'on sait très peu de

choses sur le fardeau de ces maladies au sein des Autochtones hors réserve (Yusuf et coll., 2001). Il sera donc nécessaire d'effectuer des études qui ciblent tous les groupes d'Autochtones pour mieux comprendre le fardeau des maladies cardiovasculaires au sein des populations autochtones du Canada.

4. Fardeau des maladies respiratoires chroniques au sein des populations autochtones

4.1 Définition et description des maladies respiratoires chroniques

Pour la présente étude, les « maladies respiratoires chroniques » désignent tous les troubles respiratoires persistants ou récurrents liés aux voies respiratoires inférieures et supérieures (voies aériennes et autres structures pulmonaires). Parmi les maladies respiratoires chroniques les plus fréquentes, citons l'asthme, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, les allergies respiratoires, les pneumopathies professionnelles, les infections respiratoires chroniques, la tuberculose et l'hypertension pulmonaire (Organisation mondiale de la Santé, 2008).

Pour permettre des discussions constructives sur les infections respiratoires chroniques chez les Autochtones au Canada, cette section se limitera à cinq des principales maladies examinées dans la littérature et qui ont actuellement ou pourraient avoir des conséquences sérieuses pour la santé et le bien-être des Autochtones, soit 1) la tuberculose, 2) l'otite moyenne chronique, 3) les infections respiratoires chroniques ou récurrentes, 4) les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, et 5) l'asthme. Mais avant, voici un bref survol des maladies respiratoires chroniques chez les Autochtones.

4.2 Fardeau général des maladies respiratoires chroniques au sein des populations autochtones

Même si les Autochtones ont rarement été touchés par les maladies respiratoires chroniques par le passé (Sin, Wells, Svenson et Man, 2002), ils le sont de plus en plus comparativement au reste de la population canadienne (Mao et coll., 1984; Mao et coll., 1992; Mao et coll., 1986; Morrison, Semenciw, Mao et Wigle, 1986; Young, 1983). Par exemple, les peuples autochtones risquent davantage de mourir d'une maladie respiratoire et d'accuser une morbidité excessive (Fraser-Lee et Hessel, 1994). Les enfants autochtones sont très à risque et souffrent beaucoup de maladies respiratoires : lors d'un sondage sur la santé des enfants autochtones, 13 des 20 répondants ont considéré les maladies respiratoires comme le principal problème de santé des enfants (Petersen, Singleton et Leonard, 2003). Une étude prospective sur les enfants nés en 1973 dans le Nord canadien indiquait que les maladies respiratoires étaient la cause de 36 % des décès et la première cause de la mortalité infantile (Orr, McDonald, Milley et Brown, 2001). Pire, le taux de mortalité infantile des Autochtones est deux fois plus élevé que la moyenne canadienne (Sin et coll., 2002).

4.3 Tuberculose

Maladie infectieuse chronique causée par des bactéries qui se propagent dans l'air, la tuberculose attaque habituellement les poumons (U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health, 2005). Elle est considérée comme une maladie chronique, car les personnes atteintes demeurent infectées à vie. Depuis la mise au point d'un traitement (antibiotiques) et l'adoption de mesures de prévention (vaccins), on croit généralement que cette maladie est éradiquée. Malheureusement, c'est loin d'être le cas : environ 2 millions de personnes meurent

chaque année de cette maladie pourtant guérissable (Santé Canada, 2002) (Skeiky et Sadoff, 2006; Organisation mondiale de la Santé, 2005). Il n'est donc pas étonnant que les taux d'infection et de mortalité soient très élevés dans les pays en développement, où la pauvreté, le piètre accès aux soins de santé (ou leur absence) et les mauvaises conditions de vie sont choses courantes (Organisation mondiale de la Santé, 2005). Pour des raisons similaires, les Autochtones canadiens luttent encore contre cette maladie (Agence de la santé publique du Canada, 2002). Étant donné que la tuberculose est la première cause de mortalité chez les personnes atteintes du VIH ou du sida (Grange, Story et Zumla, 2001; Skeiky et Sadoff, 2006) et que le VIH et le sida menacent de plus en plus les peuples autochtones au Canada (Comité directeur national de l'Enquête sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999; Ring et Brown, 2002; Spittal et coll., 2002), on devrait continuer à concentrer les recherches futures sur les liens entre le VIH/SIDA et la tuberculose ainsi que sur leurs risques respectifs pour la santé (Santé Canada, 2002)

4.3.1 Fardeau de la maladie pour les adultes

La tuberculose a atteint des proportions épidémiques au sein des populations autochtones du Canada à la suite de leur contact avec les colons européens, soit du XVIe au XXe siècle (Hoeppner et Marciniuk, 2000). Selon l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), l'incidence de la tuberculose continue à suivre la colonisation, qui se fait du sud vers le nord : les taux d'infection sont plus élevés dans les Prairies et le Nord, où les communautés autochtones ont eu des contacts plus tardifs avec les Européens que celles situées plus au sud (Agence de santé publique du Canada, 2002). Puisque la tuberculose a touché les Autochtones après les non-Autochtones, il n'est pas très étonnant que les Autochtones continuent souffrir davantage de la maladie (Gaudette et Ellis, 1993; Wang, Noertjojo, Elwood et FitzGerald, 2000). Par contre, le plus grand écart entre la prévalence de la tuberculose chez les Autochtones et chez les non-Autochtones est lui surprenant.

Depuis le début du XXe siècle, le taux d'infection de la tuberculose a radicalement chuté au Canada, et il continue à baisser (Agence de santé publique du Canada, 2002; Wang et coll., 2000). Pourtant, le taux d'infection au sein des peuples autochtones n'a pas connu de baisse importante (Wang et coll., 2000) et il se situe maintenant bien au-delà de la moyenne canadienne (Young et Casson, 1988). En 1970, le taux d'infection était 12 fois plus élevé chez les Autochtones que chez les non-Autochtones, à savoir 212 cas par 100 000 habitants contre 17 cas; en 1995, le même taux était 39 fois plus élevé, soit 70 cas par 100 000 habitants contre 1,8 cas (Hoeppner et Marciniuk, 2000). Par ailleurs, afin de se faire une idée plus précise de la prévalence de la tuberculose chez les Autochtones, on a isolé la variable « ethnie » dans les données recueillies par Santé Canada entre 1990 et 2000. On a ainsi mis en évidence que le taux d'incidence chez les Autochtones, auparavant de 8 à 10 fois plus élevé, est maintenant de 20 à 30 fois plus élevé que la moyenne des non-Autochtones nés au Canada (Santé Canada, 2002).

Ces statistiques et d'autres chiffres étayant le lourd fardeau de la maladie au sein des peuples autochtones au Canada indiquent que la tuberculose demeurera une préoccupation à l'avenir (Smeja et Brassard, 2000). En 1999, parmi les nouveaux cas actifs et les cas de rechute signalés au Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT), 16 % étaient des personnes autochtones (Agence de la santé publique, 2002). Ce pourcentage est disproportionné étant

donné que les Autochtones ne représentent que 4,4 % de la population canadienne (Statistique Canada, 2003). En outre, 92 % des cas concernant les Autochtones sont nouvellement actifs : voilà une donnée très inquiétante sur la persistance et la présence de la maladie (Santé Canada, 2002). On note que les Autochtones atteints de la maladie sont sensiblement plus jeunes que les autres, ce qui est également préoccupant pour l'avenir. Nous allons maintenant examiner le fardeau de la tuberculose supporté par les enfants et les adolescents autochtones.

4.3.2 Fardeau de la maladie pour les enfants et les adolescents

En 2002, d'après Santé Canada, les jeunes adultes autochtones (âgés de 15 à 34 ans) étaient les plus susceptibles de souffrir de tuberculose infectieuse et les plus à risque de contracter la maladie (Santé Canada, 2002). Non seulement le taux était élevé chez les jeunes, mais la tuberculose était en 1999 29 fois plus fréquente chez les enfants autochtones que dans la population en général (Santé Canada, 2002). Même si ces données montrent une réduction du taux d'infection par rapport aux années antérieures (Santé Canada, 2002), leur gravité souligne l'ampleur des conséquences pour les générations plus jeunes.

On a constaté un bref plateau dans le taux d'infection au cours des années 1980; il s'agissait d'une anomalie par rapport à la tendance à la baisse observée au XXe siècle. Pour enrayer cette prévalence persistante, on a alors commencé à administrer le vaccin BCG (bacille de Calmette et Guérin) aux nouveau-nés. Depuis, le BCG est devenu le vaccin le plus utilisé au monde même s'il a été prouvé que son efficacité est variable (0-80 %) (Andersen et Doherty, 2005). D'après des essais cliniques sur des animaux et des humains, ces variances sont causées par des réactions immunitaires préexistantes aux antigènes communs aux mycobactéries de l'environnement et de la tuberculose. Dans les communautés cries, le BCG est administré depuis 1982[1] (Smeja et Brassard, 2000). On n'a toujours pas démontré si le vaccin permettait de prévenir la tuberculose pulmonaire, mais les méta-analyses laissent entendre que son taux d'efficacité peut aller jusqu'à 80 % pour prévenir les formes graves de tuberculose chez les enfants (Colditz et coll., 1995). Aucune tuberculose progressive ni méningite tuberculeuse n'a été diagnostiquée chez les enfants cris depuis 1980, ce qui semble prouver les effets protecteurs du vaccin BCG (Smeja et Brassard, 2000). Cependant, on croit maintenant qu'il faudrait vacciner uniquement les nouveau-nés à haut risque, ce qui comprend beaucoup d'enfants en bas âge des populations autochtones et de mères séropositives (Colditz et coll., 1995; Menzies, Tannenbaum et FitzGerald, 1999).

4.4 Otite moyenne chronique

L'otite moyenne est une inflammation ou une infection de l'oreille moyenne causée par le blocage de la trompe d'Eustache (le passage de la gorge à l'oreille moyenne) (U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health, 2005). Cette maladie est chronique ou aiguë, et suppurée ou séromuqueuse (Med-Help, 2005). La présente analyse portera essentiellement sur l'otite moyenne chronique puisqu'elle a pour but d'examiner les problèmes respiratoires chroniques des peuples autochtones au Canada. Lorsqu'on parlera d'otite moyenne chronique, il s'agira d'otite moyenne chronique suppurée puisqu'elle est la plus fréquente. Même si l'otite moyenne n'est pas généralement comprise dans les discussions sur les maladies

[1] De 1982 à 1989, on réadministrait le BCG à un enfant de un an si son résultat au test cutané à la tuberculine (TCT) annuel était inférieur à 5 mm; depuis 1989, le BCG est uniquement donné aux nouveau-nés.

respiratoires chroniques, elle est liée à une catégorie sous-estimée d'infections respiratoires chroniques d'origine bactérienne (Morris, 1998). Il est particulièrement indiqué d'en traiter ici en raison de sa prévalence chez les Autochtones, et parce qu'il est important de l'étudier dans le cadre d'une étiologie des maladies respiratoires.

L'otite moyenne chronique est provoquée lorsque le tube d'Eustache est bloqué à maintes reprises ou demeure bloqué pendant de longues périodes; elle peut donc être la conséquence d'une infection aiguë persistante de l'oreille ou d'autres infections répétées (U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health, 2005). Des infections prolongées ou répétées peuvent endommager irrémédiablement l'oreille et ainsi causer une surdité partielle ou complète (Med-Help, 2005; U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health, 2005). L'infection des oreilles est répandue chez les enfants : l'otite moyenne chronique se déclare habituellement chez le jeune enfant et persiste jusqu'à l'âge adulte (Med-Help, 2005), ce qui endommage considérablement l'oreille pour le reste de la vie.

Parce qu'elle est rare dans la majorité des pays développés, l'otite moyenne chronique suppurée est souvent qualifiée de maladie des pauvres (Coates, Morris, Leach et Couzos, 2002). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déterminé qu'une prévalence de l'otite moyenne chronique suppurée supérieure à 4 % constitue un « problème de santé publique à très grande échelle » (Organisation mondiale de la Santé, 1998). Au sein de nombreuses communautés et populations autochtones des régions circompolaires (Martin et Macdonald, 1998), le nombre d'enfants atteints est 10 fois plus élevé que la norme établie par l'OMS (Coates et coll., 2002). Dans les années 1960, afin de réduire la prévalence de cette maladie chez les Autochtones en Amérique du Nord, on a mis en place un programme de déclaration obligatoire des cas graves d'otite moyenne (Morris, 1998). De nos jours, il faudrait établir un programme de surveillance continue de cette maladie (Morris, 1998) puisqu'elle est endémique chez les enfants autochtones, métis et inuits du Nord canadien. En effet, on a parfois rapporté que le taux de prévalence dans ces communautés était jusqu'à 40 fois supérieur à celui des communautés urbaines non autochtones (Bowd, 2005).

La majorité des recherches sur l'otite moyenne chez les Autochtones ont été menées en Australie. Malgré des différences culturelles et géographiques évidentes entre les peuples autochtones du Canada et de l'Australie, on peut établir de solides parallèles entre leurs états de santé : les Autochtones du Canada et les Aborigènes de l'Australie souffrent de manière disproportionnée et comparable de cette maladie (Coates et coll., 2002), ce qui explique pourquoi les tendances observées en Australie sont pertinentes pour les Autochtones du Canada. Afin d'illustrer la prévalence de la maladie dans les communautés aborigènes australiennes, voici maintenant un survol de certaines études importantes réalisées dans ce pays. De telles études devraient être menées au Canada pour établir des statistiques exactes et utiles sur la situation des Autochtones.

En Australie, l'otite moyenne grave chez les enfants aborigènes vivant en milieu rural fait partie d'un éventail d'infections respiratoires chroniques d'origine bactérienne qui frappent les Aborigènes (Leach, 1999; Leach et Morris, 2001; Morris, 1998). En effet, les taux élevés d'otite moyenne chronique suppurée montrent bien le terrible fardeau que représente cette affection pour la santé des Aborigènes : 95 % des enfants aborigènes observés souffraient d'une otite moyenne, par rapport à 30 % des enfants non aborigènes (Boswell & Nienhuys, 1996).

La situation est encore pire dans les régions rurales et éloignées où cette maladie chronique touche presque tous les enfants (Leach, 1999). Dans une communauté aborigène rurale, on a diagnostiqué une otite moyenne aiguë chez tous les nourrissons de moins de trois mois; une étude de suivi a indiqué que la situation ne s'est pas résolue d'elle-même durant la petite enfance puisque 60 % des cas se sont transformés en otite moyenne chronique (Leach, 1999). Une étude faite dans la région des rivières du Nord (Nouvelles-Galles du Sud, en Australie) démontre encore plus clairement les répercussions à long terme de cette maladie. Dans cette région, 61,08 % des enfants observés montraient divers problèmes à l'oreille moyenne, 10,8 % souffraient d'une perte auditive unilatérale et 22,16 % d'une perte auditive bilatérale (Thorne, 2003). Comme les taux extrêmement élevés de surdité de transmission (supérieur à 50 %) qui en résultent ont souvent été associés aux problèmes scolaires des Aborigènes, cette maladie présente des problèmes physiologiques et sociologiques majeurs pour cette communauté.

Par ailleurs, l'Australia's National Trachoma and Eye Health Program (NTEHP) a fait ressortir la prévalence de la comorbodité de cette maladie dans la communauté aborigène (Moran, Waterford, Hollows et Jones, 1979) : l'otite moyenne était la maladie respiratoire d'origine bactérienne le plus diagnostiquée par les professionnels de la santé, et elle était associée à des taux extrêmement élevés de pneumonie, de méningite et de bronchectasie chez les Aborigènes (Gandevia, 1967; Hanna et Torzillo, 1991; Maxwell, 1972; Torzillo et coll., 1995; Torzillo, Waterford, Hollows et Jones, 1983). Une corrélation analogue chez les Aborigènes de la Papouasie-Nouvelle-Guinée a déjà été documentée : l'infection précoce du nasopharynx et le haut taux de pneumonie étaient liés à la prévalence élevée de l'otite moyenne (Gratten et coll., 1986; Montgomery et coll., 1990).

Malgré les leçons que l'on peut tirer des recherches menées en Australie dans ce domaine, il est important de tenir compte des particularités du fardeau que représente l'otite moyenne chronique pour les populations autochtones du Canada. Des études ciblées doivent donc être planifiées pour évaluer l'incidence, la prévalence et le fardeau général de cette maladie.

4.5 Infections respiratoires chroniques ou récurrentes

Une infection respiratoire aiguë (Jacono, Jacono, Cano, Segami et Rubin, 1996) attaque les voies respiratoires inférieures ou supérieures, voire les deux. Elle peut être brève, persistante ou récurrente. Les infections respiratoires les plus fréquentes sont la bronchite, la bronchiolite, la pneumonie, la pneumonite et la diphtérie laryngienne (Kurzius-Spencer, Wind, Van Sickle, Martinez et Wright, 2005).

Pour des raisons pratiquement inconnues, les enfants autochtones sont plus susceptibles d'être atteints d'infections respiratoires (Evers, Orchard et McCracken, 1985; Harris, Glazier, Eng et McMurray, 1998; Orr et coll., 2001; Sin et coll., 2002) : plus de 90 % des enfants autochtones observés ont souffert d'une infection des voies respiratoires inférieures[2] au cours de leur première année de vie (Petersen et coll., 2003). Même si aucune comparaison avec une population caucasienne n'a été faite dans cette étude (Petersen et coll., 2003), d'autres ont démontré que les enfants aborigènes ont plus de troubles respiratoires que les autres. Par exemple, Evers et ses collaborateurs (Evers et coll., 1985; Evers & Rand, 1982, 1983), qui ont

[2] Une infection des voies respiratoires inférieures désigne la bronchite, la bronchiolite ou la pneumonie.

étudié de façon exhaustive les répercussions des infections respiratoires aigües sur les Autochtones et les non-

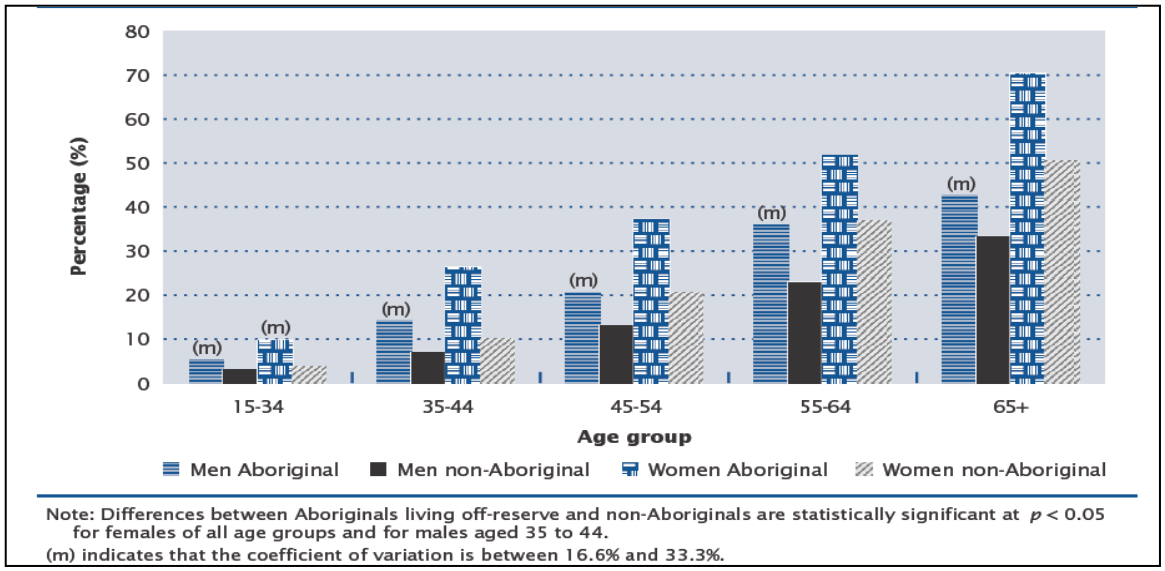
Autochtones dans le Sud-Ouest de l'Ontario, ont découvert qu'en dépit de la bonne situation socio-économique des communautés autochtones observées[3], l'incidence des maladies des voies respiratoires inférieures est trois fois plus élevée chez les enfants des Premières nations que les autres (Evers et coll., 1985). Par ailleurs, une étude en population menée sur des nourrissons et jeunes enfants du Nord-Ouest de l'Ontario est parvenue aux mêmes conclusions : les infections respiratoires étaient la principale cause de maladie dans cette population, et les Autochtones étaient plus susceptibles de contracter des maladies respiratoires que les enfants non autochtones étudiés (Harris et coll., 1998). Plus précisément, l'incidence de la pneumonie des enfants de moins de deux ans était de 17 à 18 fois plus élevée chez les enfants autochtones que les autres (Evers et Rand, 1982, 1983). Comme les Inuits au Canada semblent être aussi susceptibles de souffrir de troubles des voies respiratoires inférieures, il est raisonnable de supposer que tous les Autochtones au pays risquent fortement de contracter une infection des voies respiratoires inférieures ou supérieures (Fraser-Lee et Hessel, 1994; Koch et coll., 2003).

La prévalence des infections respiratoires aiguës chez les enfants autochtones est inquiétante parce que ces infections peuvent se transformer en maladies chroniques : les infections respiratoires affaiblissent le système pulmonaire, ce qui peut endommager irrémédiablement les poumons et mener à des maladies chroniques (Anto, Vermeire, Vestbo et Sunyer, 2001). La tendance des enfants autochtones à souffrir de multiples pneumonies et bronchites montre bien que les Autochtones risquent que leurs infections respiratoires aiguës dégénèrent en maladies chroniques (Fraser-Lee et Hessel, 1994). Au cours des deux premières années de vie, les enfants autochtones sont souvent atteints de pneumonies et de bronchiolites, et fréquemment hospitalisés pour des complications respiratoires (Petersen et coll., 2003). Bien que leur situation s'améliore souvent après l'âge de deux ans, il a été démontré que la respiration sifflante récurrente et la toux chronique les suivent toute leur vie (Petersen et coll., 2003). Une récente étude sur les Autochtones de l'Alaska a prouvé l'existence d'une corrélation entre les infections et les maladies chroniques : 40 % des enfants étudiés ont montré des symptômes d'infections respiratoires et de maladies respiratoires chroniques (Lewis et coll., 2004). Une étude sur les jeunes enfants aborigènes de la Nouvelle-Guinée a abouti aux mêmes constatations : on a établi un lien important entre la présence d'infections respiratoires précoces et l'apparition subséquente de l'asthme (Anderson, 1978).

[3] Les communautés observées avaient des conditions de vie et un accès aux soins de santé bien supérieurs à ceux des autres communautés du Canada.

4.6 Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et asthme

Les symptômes de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont « l'essoufflement, la toux et la production d'expectorations » (Cardinal, 2004); à long terme, elle entraîne une diminution irréversible du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS), une augmentation de la dyspnée et d'autres symptômes respiratoires, et une détérioration progressive de l'état de santé (Cardinal, 2004). Comme la BPCO a de grandes répercussions sur le système respiratoire, elle coïncide souvent avec d'autres maladies respiratoires, telles que la bronchite chronique, l'emphysème et l'asthme qui ont les mêmes symptômes et des interactions comorbides (Anto et coll., 2001). Toujours est-il qu'à elle seule, la BPCO est la première cause de mortalité et d'invalidité à l'échelle mondiale : entre 5 et 15 % des adultes des pays industrialisés en souffrent (Anto et coll., 2001), et ce pourcentage continue à augmenter. En 1990, la BPCO était la douzième cause connue de mortalité et d'invalidité combinées dans le monde : d'ici 2020, on s'attend à ce qu'elle grimpe au cinquième rang (Anto et coll., 2001). Par conséquent, elle nécessitera la mise en place de services de santé communautaires et hospitaliers complets au Canada.



Age group	Men Aboriginal	Men non-Aboriginal	Women Aboriginal	Women non-Aboriginal
Groupe d'âge	Hommes aborigènes	Hommes non aborigènes	Femmes aborigènes	Femmes non aborigènes
Source : (Canada 2003)	Percentage :	Pourcentage		

Remarque : Les différences entre les Aborigènes vivant hors réserve et les non-Aborigènes sont statistiquement significatives (p < 0,5) pour les femmes de tous les groupes d'âge et les hommes de 35 à 44 ans. (m) indique que le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %.

Même si les renseignements et les statistiques présentés ci-dessus nous aident à brosser un tableau du fardeau de l'arthrite au sein des populations autochtones, nous abordons brièvement

ci-après l'ostéo-arthrite pour mettre en lumière le fardeau particulier que fait peser ce type d'arthrite dans les populations autochtones et pour nous amener à discuter de l'ostéoporose.

Comme les symptômes, facteurs de risques et méthodes de traitement de l'asthme et de la BPCO sont souvent les mêmes (Anto et coll., 2001), ces deux maladies sont souvent regroupées. Cependant, il est important de distinguer ces deux maladies chroniques. Par définition, l'asthme est un trouble de la santé chronique caractérisé par une toux, un essoufflement, un resserrement de la poitrine et une respiration sifflante (Cardinal, 2004). De nos jours, l'asthme est la maladie chronique la plus fréquente chez les enfants (Lewis et coll., 2004), et les perspectives concernant cette maladie ne sont pas réjouissantes : la prévalence et la gravité de l'asthme infantile sont à la hausse, surtout chez les enfants de moins de cinq ans (Woolcock & Peat, 1997). L'asthme n'a pas affecté les Autochtones par le passé, mais sa prévalence croissante au sein des peuples autochtones aujourd'hui démontre que ces communautés y deviennent très vulnérables (Downs, Marks, Belosouva et Peat, 2001; Liu et coll., 2000; Sin et coll., 2002).

On a commencé à étudier la prévalence de l'asthme au sein des peuples autochtones du Canada depuis que Houston et ses collaborateurs (Houston, Weiler et MacKay, 1979) ont démontré une forte prévalence de la toux chronique et de l'épaississement des parois bronchiques chez les enfants autochtones, comparativement aux enfants blancs, dans le Nord de la Saskatchewan (Kurzius-Spencer et coll., 2005). De récentes études sur les Autochtones du Canada et des États-Unis ont montré qu'ils souffrent beaucoup de l'asthme (Lewis et coll., 2004; Liu et coll., 2000; Sin et coll., 2002) : au cours de leur première année de vie, les enfants autochtones sont hospitalisés deux à trois fois plus souvent que les autres enfants pour l'asthme (Lewis et coll., 2004; Liu et coll., 2000), et ils sont également plus hospitalisés pour des problèmes de respiration et de sifflement (Liu et coll., 2000; Sin et coll., 2002).

Au Canada, il faudra mener des recherches exclusivement sur les Autochtones afin d'adopter de nouveaux programmes et politiques pour réduire le fardeau de la BPCO et de l'asthme puisque des études déjà effectuées auprès des Autochtones révèlent qu'ils sont 2,1 fois plus susceptibles que les non-Autochtones d'âge et de sexe identiques de se rendre à une urgence hospitalière ou à une clinique médicale à cause de l'asthme (IC à 95 % : 2.0, 2.2) et 1,6 fois plus susceptibles de s'y rendre à cause de la BPCO (IC à 95 % : 1.6, 1.6) (Sin et coll., 2002). Par ailleurs, le fait que les Autochtones soient 55 % moins susceptibles que les non-Autochtones de consulter un spécialiste (IC à 95 % : 52, 58) et qu'ils soient 66 % moins susceptibles de subir une spirométrie (IC à 95 % : 63, 70) pour ces affections (Sin et coll., 2002) soulève de sérieux doutes sur la pertinence des politiques et des services de santé au Canada.

5. Fardeau des affections musculo-squelettiques au sein des populations autochtones

5.1 Définition et description des maladies et troubles musculo-squelettiques

Il a été établi que les maladies et troubles musculo-squelettiques sont la cause la plus commune de la douleur et de l'incapacité sévères (Lidgren, 2003). Voilà pourquoi, partout dans le monde, ils imposent un lourd fardeau aux sociétés de même qu'aux régimes de soins de santé (Lidgren, 2003). Au Canada, les maladies et troubles musculo-squelettiques représentent 10,3 % du fardeau économique total de la maladie, n'étant en cela dépassé que par les maladies cardiovasculaires (Canada, 2003, 2005; Lidgren, 2003). Le fardeau économique de ces maladies ne saurait faire autrement que de s'accroître avec l'augmentation de la population canadienne (Lidgren, 2003). Comme telles, les affections musculo-squelettiques représentent un sujet de discussion tout à fait opportun et pertinent. Il importe de se pencher sur l'incidence et la prévalence de ces maladies au sein des populations autochtones, car elles aussi vieillissent, et les maladies chroniques sont en voie de devenir une caractéristique plus importante de la santé autochtone.

Au moment d'entreprendre l'examen et la discussion du fardeau des maladies et troubles musculo-squelettiques au sein des populations autochtones, il importe de clarifier ce que ce titre recoupe. La classification des maladies et troubles musculo-squelettiques ayant changé avec le temps, il est difficile de déterminer la disponibilité et la fiabilité de l'information sur certains troubles et maladies (Jacobson, 1994). Par exemple, selon un rapport de l'OMS datant de 1989, on comptait alors plus d'une centaine de maladies et troubles du système musculo-squelettique; on les appelait les « maladies rhumatismales » et elles étaient caractérisées par l'inflammation des tissus conjonctifs, tout particulièrement les muscles, les articulations et les structures associées (Britannica, 2006; OMS, 1989). Toutefois, dans la classification moderne des maladies (CIM-10) il n'est plus question de « maladies rhumatismales »; les maladies et troubles musculo-squelettiques sont plutôt classés selon l'organe touché (CIM-10, 2006). Ou encore, certains chercheurs utilisent dans leurs études les critères de 1958 de l'ACR (anciennement, l'American Rheumatism Association), tandis que d'autres se servent des critères de 1987 de l'ACR. Bien qu'on en débatte encore, il semble que l'expression « maladies et troubles musculo-squelettiques » englobe près de 150 maladies et troubles différents (Lidgren, 2003).

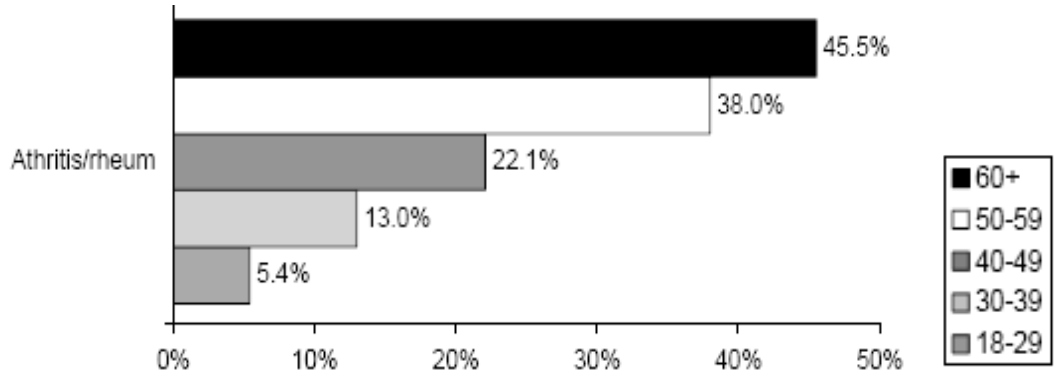
Parmi ces nombreux troubles et maladies, l'arthrite est la plus commune et la plus répandue. Fondamentalement, on entend par arthrite l'inflammation des articulations : du grec « arth », qui signifie articulation, et « itis », qui signifie inflammation (La Société de l'arthrite du Canada, 2004). Toutefois, ce serait par trop simplifier que de présumer que l'arthrite se résume à une affection, alors qu'en réalité on en dénombre bien des types différents (La Société de l'arthrite, 2004). Deux des affections arthritiques les plus communes sont la polyarthrite rhumatoïde et l'ostéo-arthrite ou arthrose (Canada, 2003; La Société de l'arthrite, 2004). Parmi les autres types communs d'arthrite dont il est question dans la littérature, mentionnons : les spondiloarthropathies et les arthropathies associées au lupus érythémateux disséminé et à la goutte (Canada, 2003). Bien qu'il existe de nombreux types différents d'arthrite, dans une grande partie de la littérature sur la prévalence des affections musculo-squelettiques, on se sert de la rubrique générale « arthrite/rhumatisme » : cette étiquette renvoie à l'ensemble des troubles douloureux des articulations qui vont de ceux qui sont liés à l'usure du cartilage (à savoir l'ostéo-arthrite) à ceux qui sont associés à l'inflammation qui découle d'une immunodéficience

(à savoir la polyarthrite rhumatoïde). Du fait de cette référence à deux volets, il est souvent difficile de distinguer ces deux affections. Comme tel, l'examen du fardeau de l'arthrite repose sur des renseignements généraux concernant les affections arthritiques chroniques (y compris la polyarthrite rhumatoïde). Toutefois, nous ne ferons pas du fardeau spécifique de la polyarthrite rhumatoïde un objet de discussion distinct de l'arthrite en général, parce que son étiologie est en grande partie inconnue et qu'elle résulte vraisemblablement d'une infection jugée évitable pour une bonne part et sans prédisposition à des facteurs de risque pendant le parcours de vie. En donnant ainsi à l'arthrite un sens plus large comme affection évitable, ce terme général devient plus approprié pour en discuter, tout comme l'est le fardeau spécifique de l'ostéo-arthrite (arthrose). Outre le fardeau général de l'arthrite et de l'ostéo-arthrite, on abordera également celui de l'ostéoporose. On traite souvent l'ostéoporose en même temps que l'arthrite parce qu'il s'agit là aussi d'une affection des os. Au lieu de l'inflammation caractéristique et des dommages aux articulations qui sont associés à l'arthrite, l'ostéoporose se caractérise par une masse osseuse très faible qui mène à un risque accru de fractures atraumatiques ou sous faible impact (Dictionnaire, 2002; CIM-10, 2006).

5.2 Fardeau de l'arthrite au sein des populations autochtones

Parmi la population canadienne en général, l'arthrite est l'une des affections chroniques les plus répandues et elle est la cause numéro un de l'incapacité et du recours aux soins de santé (Colombie-Britannique, 2001; Canada, 2003; OMS, 1989). L'arthrite a également été citée comme l'affection chronique la plus commune au sein de la population autochtone du Canada (Colombie-Britannique, 2001; Canada, 2003; La Société de l'arthrite, 2004; John, 2000; ERS, 2002-2003). Par exemple, il est ressorti d'une étude menée en Colombie-Britannique que l'arthrite était plus répandue parmi les Autochtones (17 %) que dans la population en général (5 %) (Canada, 2001). De la même façon, la prévalence de l'arthrite déclarée par les intéressés est également plus élevée au sein des populations amérindienne, esquimaude et aléoute (17,5 %), comparativement à la population blanche des États-Unis (15,2 %) (Lawrence, Deyo et Hochberg, 1998). Au Manitoba, l'arthrite rhumatoïde, l'arthrite dégénérative et d'autres formes d'arthrite non décrites ont été diagnostiquées par des médecins deux fois plus souvent chez des Manitobains appartenant à des Premières nations que chez des Manitobains non autochtones (Barnabe, Elias, Bartlett, Roos et Peschken, 2008). Comme l'arthrite comporte l'endommagement des articulations du corps, il n'est pas surprenant que cette affection ait tendance à s'accroître avec l'âge. La figure ci-après (Centre des Premières nations, 2005) montre l'augmentation importante de la répartition de l'arthrite parmi les adultes des Premières nations en fonction de l'âge.

Figure 1. Prévalence de l'arthrite parmi les adultes des Premières nations par groupes d'âge (rectifiée selon l'âge au total)



Source : (Centre des Premières nations, 2005).

Il a également été démontré dans des études que l'arthrite frappe beaucoup plus les femmes que les hommes. On la retrouve dans une proportion particulièrement élevée chez les femmes autochtones plus vieilles : ainsi, l'arthrite a été diagnostiquée chez 70 % des femmes âgées de 65 ans et plus, comparativement à 50 % chez les Canadiennes en général (La Société de l'arthrite, 2004). Bien que ces statistiques soient fondées sur des comparaisons entre la population canadienne et les femmes autochtones des réserves, la prévalence de l'arthrite épouse les mêmes tendances au sein de la population autochtone urbaine, vivant hors réserve (Canada, 2003).

5.2.1 Ostéo-arthrite

La forme d'arthrite la plus répandue est l'ostéo-arthrite, également appelée l'arthrose, l'arthrite dégénérative, la maladie dégénérative des articulations et l'arthrite de « l'usure ». Elle est causée par une rupture du cartilage qui recouvre les articulations et agit comme un coussin à l'intérieur de celles-ci, ainsi que par la destruction et la diminution du liquide synovial qui lubrifie ces articulations. Bien que l'ostéo-arthrite puisse affecter n'importe quelle articulation, elle se retrouve habituellement dans les articulations périphériques (c.-à-d. les hanches, les genoux, les mains et la colonne vertébrale) (Dictionnaire, 2002). Même si l'ostéo-arthrite est considérée comme largement héréditaire, on pense que les articulations vieillissantes, les blessures antérieures et l'obésité viennent en exacerber le risque.

Comme nous venons de le dire, l'ostéo-arthrite est la forme la plus commune d'arthrite; elle affecte 10 % de la population adulte canadienne (Canada, 2003). Bien que l'on dispose de peu de littérature sur l'ostéo-arthrite dans les populations autochtones, Thommasen (2006) a observé que les Canadiens et les Autochtones des régions rurales sont les plus susceptibles d'en être victimes (Thommasen, 2006). Des études de l'ostéo-arthrite menées antérieurement (1960-1961) chez les populations autochtones d'Amérique du Nord ont révélé que 68 % des Indiens Blackfoot, 65 % des Indiens Pima et 24 % des Inuits de l'Alaska souffraient de l'ostéo-arthrite des mains (Peschken et Esdaile, 1999). Ces taux sont particulièrement élevés quand on considère que la même étude a montré que de 7 à 12 % des populations blanches souffraient d'ostéo-arthrite en 1968 (Peschken et Esdaile, 1999). Une étude de 1986 a toutefois fait ressortir

des taux de prévalence de l'ostéo-arthrite beaucoup moins élevés chez les hommes inuits (1 %) et les femmes inuites (2 %) (Peschken et Esdaile, 1999). On a découvert que la prévalence de l'ostéo-arthrite de la hanche selon le sexe était la même dans les populations autochtones et non autochtones; elle est de moins de 10 % chez tous les groupes d'âge, hommes ou femmes (Hirsch, 1998). Chez les Aborigènes d'Australie, l'ostéo-arthrite semble particulièrement présente dans les articulations temporomandibulaires, le coude droit et les genoux (Roberts et Roberts-Thomson, 1999).

Comme ces données ne nous donnent qu'un aperçu superficiel du fardeau de l'ostéo-arthrite au sein des populations autochtones, il vaudra la peine de se pencher sur la littérature générale concernant l'arthrite et d'examiner la prévalence et le risque de l'arthrite, plus particulièrement de l'ostéo-arthrite, dans les populations autochtones.

5.3 Ostéoporose

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit et diagnostique ainsi l'ostéoporose chez les femmes : densité minérale osseuse (DMO) à 2,5 écarts-types en dessous du pic de la masse osseuse (moyenne chez les femmes en santé âgées de 20 ans) mesurée par absorptiométrie à rayons X en double énergie (DEXA) (Lewiecki, 2006; Organisation mondiale de la Santé, 1994); (Leslie, 2006; Skye Nicholas, 2002). Bien que ce test soit couramment utilisé, des chercheurs ont exprimé des doutes sur l'exactitude du diagnostic de l'ostéoporose parmi les enfants, les hommes et les femmes des autres groupes ethniques quand il est basé sur le critère de l'OMS (Skye Nicholas, 2002). On emploie l'expression « ostéoporose établie » pour parler de la présence accrue des fractures attribuables à la fragilité (Organisation mondiale de la Santé, 1994).

Dans l'ensemble, on dispose de peu de données sur l'ostéoporose dans les populations autochtones. Les études sur l'ostéoporose les plus facilement disponibles font état des taux de fracture ou s'y rapportent. Elles ne fournissent pas de données sur les valeurs moyennes de la densité minérale osseuse, également appelée teneur minérale de l'os (TMO) non plus qu'elles y font référence. Comme tel, il est difficile d'évaluer si les taux élevés de fracture dans ces populations sont liés à l'ostéoporose ou à d'autres facteurs, comme des activités à haut risque, des chutes dues à l'âge, des changements qualitatifs dans la structure des os, et des variations dans la géométrie des os (Skye Nicholas, 2002). Ces autres facteurs potentiels de fracture étant pris en compte, une étude rétrospective récente, basée sur la population et appariée par cohorte, des taux de fracture chez les populations autochtones et non autochtones du Manitoba a révélé parmi les Autochtones des taux plus élevés de fracture de la hanche, du poignet et de la colonne vertébrale que chez les non-Autochtones (Leslie, 2006). Les données de cette étude sont fournies dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Taux de fracture chez les adultes, Autochtones et non-Autochtones du Manitoba (âgés de 20 ans et plus), 1984-2003

Foyer de fracture	Autochtones	Non-Autochtones
Hanche	1,1 %	0,6 %
Poignet	1,3 %	0,5 %
Colonne vertébrale	1,6 %	0,9 %

Source : (Leslie, 2006)

Comme il n'y a pas beaucoup d'information sur l'ostéoporose dans la population autochtone, il y aurait lieu de mener d'autres études pour dévoiler le fardeau sous-jacent de cette maladie parmi les Autochtones du Canada. L'existence possible de taux plus élevés d'ostéoporose dans les populations autochtones, qui seraient attribuables à des liens avec d'autres maladies chroniques et facteurs de risque, comme l'obésité et le régime alimentaire, fait de cette maladie un important secteur de recherche pour l'avenir.

6. Fardeau du cancer au sein des populations autochtones

6.1 Définition et description du cancer

Normalement, le corps humain est constitué de milliards de cellules qui se développent de façon prévisible. Le cancer intervient quand ces cellules commencent à se développer de manière imprévisible : il se caractérise par la croissance et la propagation incontrôlées de cellules anormales dans le corps (ASPC). Le cancer n'est pas qu'une seule maladie mais plus d'une centaine de maladies différentes et distinctes. Il peut toucher n'importe quel tissu de l'organisme et prend de nombreuses formes différentes dans chaque région du corps. La plupart des cancers sont désignés d'après le type de cellule ou d'organe dans lequel ils se développent en premier. La détection des cellules cancéreuses intervient le plus souvent quand celles-ci s'agglomèrent et forment une masse, couramment appelée une tumeur. À mesure que la tumeur prend de l'expansion, elle peut endommager et/ou remplacer les tissus voisins et métastaser (se répandre) dans une autre partie du corps (About.com, 2007).

L'essentiel de la documentation sur les taux de mortalité et d'incidence du cancer révèle que sa prévalence est moindre chez les Autochtones que parmi la population canadienne en général (Waldram et coll., 2006). Parce qu'il est extrêmement difficile de déterminer la prévalence exacte du cancer parmi les populations autochtones, la fiabilité et l'exactitude des données statistiques actuelles sont limitées (Comité directeur national, Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999). Cette considération étant prise en compte, dans la présente section on commence par décrire plusieurs des méthodes de surveillance utilisées pour examiner le cancer dans les populations autochtones. Suivra une présentation des données actuelles sur la prévalence du cancer.

6.2 Surveillance du cancer au sein des populations autochtones

Toutes les administrations provinciales canadiennes tiennent des registres du cancer fondés sur la population qui renferment des données sur le nombre des cas de cancer répertoriés au sein de leur population (Waldram et coll., 2006). Le défi que pose la détermination de l'incidence et de

la prévalence du cancer au sein des populations autochtones tient au fait que la plupart de ces registres provinciaux ne présentent pas les données sur le cancer selon l'ethnicité (Comité directeur national, Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999). En outre, Statistique Canada ne compile ni ne présente de données sur le cancer selon la situation ethnique (Waldram et coll., 2006).

Néanmoins, plusieurs méthodes de surveillance sont utilisées pour étudier le cancer dans les populations autochtones. Au nombre de ces méthodes, mentionnons : cueillette d'information à l'aide des codes de résidence pour les réserves; utilisation des indicateurs des Premières nations dans les numéros d'assurance-santé; utilisation de l'ethnicité consignée sur les certificats de décès, ou encore, établissement de liens entre les données et le Système de vérification de statut. Toutefois, le problème avec ces méthodes de surveillance est que dans les registres peuvent être incluses des personnes qui ne devraient pas y être et exclues des personnes qui devraient s'y trouver, ce qui donne des résultats biaisés (Marrett, Jones et Wishart, 2004). Par exemple, en utilisant les codes de résidence, on peut se trouver à inclure des non-Autochtones qui vivent dans les réserves, à exclure des Autochtones vivant en milieu urbain et d'autres Autochtones hors réserve, et à exclure également des personnes qui peuvent avoir été obligées de quitter leur communauté d'origine pour recevoir des traitements (Rosenberg et Martel, 1998). L'utilisation des numéros des cartes santé provinciales pose également problème parce que ces numéros ne comportent pas tous des indicateurs de Premières nations. Enfin, les données sur l'ethnicité des certificats de décès sont souvent consignées de façon inexacte et le Système de vérification du statut n'est pas toujours à jour (Marrett et coll., 2004). En raison de ces préoccupations, il serait bénéfique d'avoir d'autres méthodes pour étudier le fardeau des maladies au sein des populations autochtones, tout comme il le serait de créer des registres régionaux et/ou nationaux du cancer qui seraient particuliers aux Autochtones.

Un registre particulier a été créé; il s'agit du registre du cancer chez les Inuits du Canada, qui répertorie les cas recensés dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavik et au Labrador (Gaudette et coll., 1996). Ce registre d'un caractère unique a été mis sur pied dans le cadre d'un examen circumpolaire international du cancer parmi les populations inuites (Gaudette et coll., 1996). Même si les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ont tous les deux des registres courants pour le cancer, la tenue ou la mise à jour de ce registre des Inuits établi en collaboration ne se fait pas (Waldram et coll., 2006).

En conséquence, pour obtenir des données sur le fardeau du cancer au sein des populations autochtones il faut établir des liens entre les registres de l'ethnicité et les registres provinciaux. On obtient des données nationales en mettant ensemble les données provinciales. Comme ce système de rapport et ces sources de données posent problème, il est important d'examiner l'information obtenue par leur entremise. Avant d'aborder le fardeau du cancer au sein des populations autochtones, il importe d'expliquer qu'outre un système d'enregistrement défectueux, les quelques études canadiennes qui ont été publiées jusqu'ici sont restreintes quant à leurs généralisabilité et validité par-delà la source même de l'information. Marrett et Chaudhry (2003) ont bien résumé ces autres limites :

> *Au nombre des limites, mentionnons le petit nombre de cancers, les façons différentes d'identifier les cancers chez les gens des Premières nations par opposition aux groupes de la population en général, des numérateurs et dénominateurs tirés de sources*

différentes, le caractère actuel déficient des données sous l'angle des années étudiées, et des populations restreintes (par exemple, seulement celles vivant dans les réserves). En outre, peu d'études présentent des chiffres et une période d'étude assez longue pour permettre d'examiner l'évolution dans le temps des tendances en matière de cancer (p. 259).

Compte tenu de ces limites et du fait qu'il n'existe qu'une poignée d'études publiées au Canada qui portent sur l'incidence du cancer et de la mortalité qui y est associée (Marrett et Chaudhry, 2003), nous tenterons dans la section suivante de résumer les renseignements généraux dont nous disposons sur le fardeau du cancer au sein des populations autochtones.

6.3 Fardeau du cancer au sein des populations autochtones

Bien qu'il n'y ait que très peu d'études sur le fardeau du cancer au sein des populations autochtones, la majorité d'entre elles portent sur les gens des Premières nations (Marrett et Chaudhry, 2003). Il existe également de l'information documentée sur la population inuite (Gaudette, Gao, Freitag et Wideman, 1993; Nielse, 1996) et même de l'information moins précisément ciblée sur la population métisse (Kliewer, Mayer et Wajda, 2002). En raison des différences qui existent sur les plans de la quantité de littérature et du fardeau de la maladie parmi les trois groupes différents d'Autochtones au Canada, nous allons les examiner séparément ci-après.

6.3.1 Fardeau du cancer parmi la population des Premières nations du Canada

Tous les sièges de cancer confondus (Waldram et coll., 2006), les données recueillies dans les années 1970 en Colombie-Britannique (Gallagher et Elwood, 1979), dans le Nord-Ouest de l'Ontario (Young et Frank, 1983) et au Manitoba (Young et Choi, 1985) révèlent toutes des taux d'incidence moins élevés dans les rangs des Premières nations. Toutefois, Rosenberg et Martel (1998), dans une étude ayant servi à examiner l'évolution chronologique de 1972 à 1976 et de 1987 à 1991, ont noté que l'incidence du cancer et de la mortalité qui y est associée semblaient s'accroître dans les réserves. Ils ont découvert que si l'incidence du cancer avait été traditionnellement plus faible au sein des populations des Premières nations, l'incidence en question ainsi que le profil de survie s'étaient révélés semblables à ceux de la population en général, exception faite d'une proportion plus élevée de cas et de mortalité attribuables au cancer du col de l'utérus et de la vésicule biliaire chez les femmes et du cancer du rein chez les hommes et les femmes (Rosenberg et Martel, 1998). Marrett et Chaudhry (2003) ont signalé des tendances semblables dans leur étude de l'incidence du cancer et de la mortalité associée parmi les gens des Premières nations de l'Ontario entre 1968 et 1991. Dans le cas de certains des cancers les plus fréquents (à savoir le cancer du sein, des poumons, de la prostate et colorectal), Marrett et Chaudhry, 2003, ont déterminé que l'incidence était sensiblement moins élevée chez les Indiens inscrits, par rapport à la population en général. En dépit de ces taux comparativement moins élevés, les taux d'incidence dans le cas de tous les types de cancer ont augmenté de façon significative au cours des périodes de temps étudiées. Faisaient exception à cette tendance d'autres cancers moins répandus comme le cancer du col de l'utérus, de la vésicule biliaire et du rein : le cancer de la vésicule biliaire est deux fois plus courant chez les Indiens et Indiennes inscrits que dans la population en général; le cancer du col de l'utérus est 1,73 fois plus élevé chez les Indiennes inscrites que dans la population en général et arrive au deuxième rang au chapitre de la prévalence parmi les Indiennes; quant au cancer du rein, il apparaît moins fréquent

chez les populations d'Indiens inscrits, mais le taux pour les deux sexes n'était pas statistiquement significatif (Marrett et Chaudhry, 2003). Le tableau ci-après résume ces données et d'autres renseignements clés recueillis dans l'étude de Marrett et Chaudhry (2003); on y fait également une comparaison sommaire avec les autres grandes études menées dans les provinces pour l'ensemble du pays.

Tableau 2. Cancer : incidence, prévalence et mortalité en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique

Province	**Littérature connexe**	**Cancer : incidence, prévalence et mortalité**
Ontario	(Marrett et Chaudhry, 2003; Young et Frank, 1983)	• L'incidence des cancers du rein, de la bouche, de la gorge et de l'estomac est semblable chez les populations autochtones et non autochtones des deux sexes; • L'incidence du cancer colorectal est équivalente chez les populations mâles autochtones et non autochtones; • En ce qui a trait aux cancers les plus répandus (sein, prostate, poumons et colorectal), chez les populations autochtones l'incidence s'accroît et se rapproche des taux de cancer pour l'ensemble de l'Ontario; • L'incidence du cancer du col de l'utérus diminue chez les femmes autochtones et s'approche du taux de l'ensemble des femmes de l'Ontario; • Comparativement à la population non-autochtone, les taux de survie sont nettement moins élevés dans les populations autochtones pour ce qui est de tous les cancers réunis, du cancer de la prostate chez les hommes autochtones et du cancer du sein chez les femmes autochtones; • Dans le cas des autres cancers les plus répandus (poumons, colorectal et col de l'utérus) les taux de survie sont semblables chez les populations autochtones et non-autochtones.
Manitoba	(Young et Choi, 1985)	• L'incidence du cancer du col de l'utérus est plus élevée chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones; • L'incidence du cancer du rein est plus élevée dans la population autochtone.

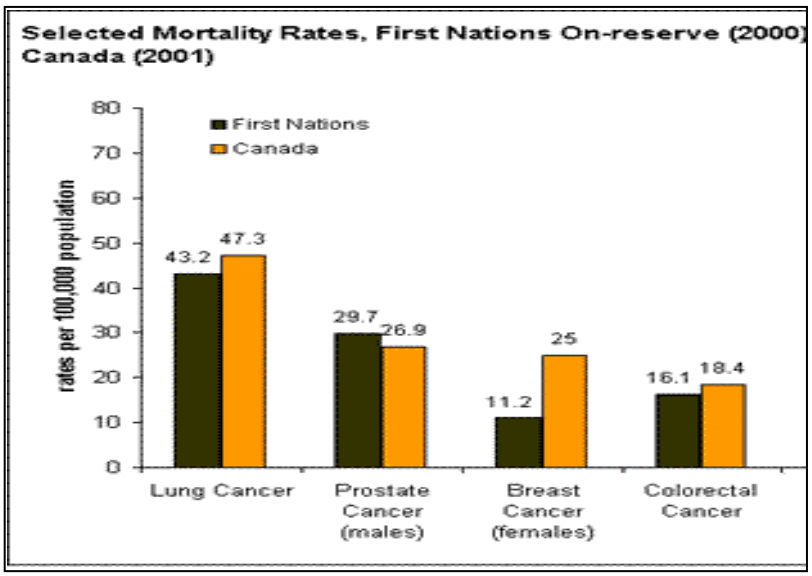
Saskatchewan	(Gillis et coll., 1991)	• Le taux de survie au cancer du sein est moins élevé dans la population autochtone du Nord que dans la population non autochtone du Sud.
Colombie-Britannique	Threlfall et coll., 1986	• L'incidence du cancer du col de l'utérus est plus élevée chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones; • Les taux d'incidence du cancer du pancréas et de l'estomac dans la population autochtone sont semblables à ceux de la population de la C.-B.; • Les taux de survie, tous les cancers confondus, sont semblables dans les populations autochtones et non autochtones.

Information provenant de (Marrett et Chaudhry, 2003).

Comme le tableau l'indique, la quantité et le genre de renseignements disponibles dans chaque province varient beaucoup.

Dans une tentative pour obtenir une perspective nationale, Statistique Canada a comparé en 2000 et 2001 les taux de mortalité associés aux principaux cancers chez les Premières nations des réserves et la population canadienne en général. Ces analyses ont révélé que sauf pour le cancer de la prostate, les taux de mortalité par cancer chez les Premières nations étaient moins élevés que dans la population canadienne en général (Statistique Canada). La figure ci dessous en témoigne.

Figure 3. Taux de mortalité choisis, Premières nations des réserves et Canada



(Statistique Canada)

Bien que ces taux plus faibles soient encourageants, la littérature examinée ci-dessus indique que les taux de cancer augmentent chez les populations des Premières nations et se rapprochent rapidement de ceux de la population canadienne en général (Marrett, 2003).

6.3.2 Fardeau du cancer parmi la population inuite du Canada

Le fardeau de la maladie parmi la population inuite du Canada est plutôt différent de celui qui a été noté chez les Premières nations du Canada. Par exemple, dans le cas de plusieurs cancers rares, notamment le cancer du nasopharynx, des glandes salivaires et de l'œsophage (Gaudette et coll., 1993; Waldram et coll., 2006), il a été noté que les Inuits étaient à haut risque. Depuis les années 1970, toutefois, ces « cancers inuits traditionnels » (Waldram et coll., 2006) ont diminué, tandis que les cancers plus répandus parmi la population en général, comme le cancer des poumons, du col de l'utérus, du colon et du sein, ont augmenté (Hildes et Schaefer, 1984; Schaefer, Hildes, Medd et Cameron, 1975).

Les données sur le cancer recueillies au cours de la période de 1969 à 1988 au Groenland, au Canada et en Alaska nous donnent des aperçus importants des profils des cancers à l'étude chez les populations inuites circumpolaires (Nielse, 1996). Par exemple, les résultats de cette étude internationale faite en collaboration montrent que de 1969 à 1988, les taux standardisés pour l'âge ont augmenté de 22 % dans le cas des hommes autochtones et de 24 % dans le cas des femmes autochtones, ce qui ne s'écarte pas de façon significative des taux de cancer observés dans la population en général au Canada, au Danemark et au Connecticut (États-Unis) (Nielse, 1996). Toutefois, on a découvert des différences importantes entre les populations inuites et les populations mises en comparaison en ce qui a trait aux taux relatifs à des cancers en particulier. Comparés aux populations du Canada, du Danemark et du Connecticut (États-Unis), les Inuits sont à plus haut risque en matière de cancer du poumon, du nasopharynx, des glandes salivaires, de l'œsophage, de la vésicule biliaire et du canal cholédoque extrahépatique. Les hommes inuits ont un taux d'incidence plus élevé dans le cas du cancer du foie et de l'estomac, tandis que les femmes inuites sont à plus haut risque en ce qui concerne le cancer du col de l'utérus et du rein. Les principaux foyers de cancer chez les hommes et les femmes inuits des pays circumpolaires sont présentés au tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3. Les principaux foyers cancéreux chez les Inuits des pays circumpolaires (1969-1988)

	Principaux foyers cancéreux chez les Inuits des pays circumpolaires (1969-1988)			
	Hommes		**Femmes**	
1	Poumons	28,3 %	Col de l'utérus	17,6 %
2	Colon	8,1 %	Poumons	13,7 %
3	Estomac	7,0 %	Sein	11,4 %
4	Nasopharynx	6,5 %	Colon	9,6 %

(Nielse, 1996)

Dans le cas de certains cancers, les populations inuites circumpolaires subiraient des taux élevés; par contre, elles sont à plus faible risque dans le cas du cancer de la vessie, du sein, de l'endomètre, de la prostate, ainsi que dans le cas des lymphomes, de la maladie de Hodgkin, de

la leucémie, du myélome multiple et du mélanome (Nielse, 1996). Dans le cadre de futures recherches, il sera important de se pencher sur les raisons qui sous-tendent les différences de prévalence parmi les Inuits.

6.3.3 Fardeau du cancer parmi la population métisse du Canada

On dispose de très peu d'information sur l'état de santé des Métis du Canada, tout particulièrement en ce qui a trait au cancer. Afin de trouver des façons de développer un bassin de renseignements sur le fardeau du cancer parmi la population métisse du Manitoba, la Manitoba Métis Federation (MMF) s'est adressée à CancerCare Manitoba pour discuter des possibilités de partage d'information et de développement d'une base de données (Kliewer et coll., 2002). Comme nous l'avons dit au début de cette section, les bases de données tenues par les organisations provinciales ne comportent pas d'indicateurs particuliers de nature ethnique ou raciale (Comité directeur national, Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999). On a procédé à une étude pilote pour évaluer la faisabilité de lier un échantillon de la liste des membres de la MMF aux bases de données de Santé Manitoba (la base de données provinciale) et de CancerCare Manitoba, afin de pouvoir retrouver des renseignements plus concrets sur l'état de santé des Métis (Kliewer et coll., 2002). Comme les données utilisées pour calculer la prévalence du cancer dans le cadre de cette étude ne sont pas très nombreuses, il n'est pas possible de présenter des rapports détaillés sur les foyers de cancer. On peut toutefois à partir de cette étude (Kliewer et coll., 2002) faire certaines observations préliminaires au sujet du fardeau du cancer chez les Métis du Manitoba.

Parmi l'échantillon de l'étude, de 1995 à 1997, on a diagnostiqué le cancer chez six (6) hommes et vingt (20) femmes. Dans l'ensemble, cela signifie que le taux d'incidence moyen annuel du cancer standardisé pour l'âge était moins élevé chez les hommes métis que dans l'ensemble de la population mâle du Manitoba. Dans le cas des femmes métisses, l'incidence était légèrement plus élevée que pour l'ensemble des femmes du Manitoba. Il a été établi que le taux de cancer du col de l'utérus était sensiblement plus élevé parmi les femmes métisses. Les taux de prévalence bruts standardisés pour l'âge étaient plus faibles dans le cas des femmes métisses. Toutefois, quand on a tenu compte des taux de prévalence spécifiques à certains âges, la prévalence était plus élevée pour les femmes métisses que pour l'ensemble des femmes du Manitoba. La prévalence des tumeurs malignes et d'autres néoplasmes était plus faible chez les hommes métis que dans la population en général, tandis que les tumeurs malignes affichaient des taux plus élevés chez les femmes métisses et que les taux des autres néoplasmes étaient comparables à ceux de la population manitobaine féminine en général. Cette prévalence globale élevée du cancer chez les femmes métisses est attribuée aux taux sensiblement plus élevés du cancer du col de l'utérus chez elles, comparativement aux femmes du Manitoba. Ces données se comparent à celles d'études du cancer du col de l'utérus établies pour les Indiens inscrits visés par un traité du Manitoba (Young, Kliewer, Blanchard et Mayer, 2000).

Bien que ce bref survol des taux de cancer parmi les Métis du Manitoba permette de commencer à tracer un portrait du fardeau du cancer parmi les Métis, ses limites en tant qu'étude pilote et sa portée provinciale font ressortir qu'il nous faut davantage de renseignements et de données.

7. Fardeau des maladies mentales graves dans les populations autochtones

7.1 Définition et description de « maladie mentale chronique »

Les maladies mentales ont été définies comme étant des « états de détresse résultant d'interactions complexes entre une personne et son environnement au cours de décennies du développement personnel » (Spaudling, Sullivan et Poland, 2003). Cependant, le caractère chronique des maladies mentales suscite bien des débats. Cela est en grande partie attribuable à la définition même de « chronicité ». Par exemple, est-ce que chronicité renvoie à la durée des symptômes, à l'incapacité fonctionnelle qui résulte de la maladie mentale ou aux deux? (Bachrach, 1988; Soreff, 1996.) Si cela renvoie aux deux, est-ce que la durée et l'incapacité sont aussi importantes l'une que l'autre dans la détermination de la chronicité? De plus, est-ce que la chronicité est déclarée après une durée spécifique d'une maladie persistante ou après un certain nombre d'épisodes itératifs (Soreff, 1996)? Il y a également la question de savoir si la chronicité peut être déduite de diagnostics de troubles mentaux spécifiques (Bachrach, 1988). Quoi qu'il en soit, les chercheurs s'entendent généralement à dire qu'un diagnostic est « nécessaire, mais pas suffisant pour déclarer qu'il y a maladie mentale chronique » (Bachrach, 1988).

Des intervenants du domaine de la santé mentale sont préoccupés par l'utilisation du mot « chronique » parce qu'ils estiment qu'il perpétue l'idée que la maladie ne peut être ni gérée ni traitée (Bachrach, 1988). Déclarer une personne atteinte d'une maladie mentale chronique pourrait donner l'impression que cette personne sera malade toute sa vie (Bachrach, 1988; Lefley, 1990; Soreff, 1996). Afin d'éviter le stigmate associé au mot « chronique », on utilise couramment l'expression « maladie mentale grave et persistante », ou simplement « maladie mentale grave », expression que nous utiliserons ici.

En dépit des nombreux défis que pose la définition de « maladie mentale grave », des chercheurs s'y sont essayés. Stein (1995) a défini l'expression comme étant « les maladies qui durent plus d'un an, entraînent un dysfonctionnement majeur et correspondent à certains critères diagnostiques ». Pour leur part, Rosenberg et ses collègues (2005) ont défini l'expression comme étant « un diagnostic de maladie mentale grave, d'incapacité dans des activités importantes de la vie (par ex. à l'école, au travail ou dans la vie familiale), avec persistance de la maladie et incapacité ». Soreff (1996) en donne cette définition, qui est plus large : « incapacités graves et persistantes résultant principalement de la maladie mentale », tout en reconnaissant les grandes différences dans la durée de la maladie et le degré d'incapacité qui influencent le diagnostic. En fait, « on retrouve aujourd'hui chez les personnes que l'on pourrait dire atteintes d'une maladie mentale chronique un large éventail de diagnostics, de traitements, de niveaux de fonctionnement et de besoins de traitement » (Bachrach, 1988). Il sera important de tenir compte de ces différences dans l'examen du fardeau que représentent les maladies mentales graves au sein des populations autochtones parce que la littérature limitée sur les maladies mentales au sein de ces populations et les contextes restreints dans lesquels elles ont été examinées peuvent conduire à une généralisation abusive des constatations et ne donner qu'une image bien incomplète de la situation.

7.2 Fardeau des maladies mentales graves au sein des populations autochtones

En dépit des divergences de vues sur ce qui constitue un trouble mental grave et persistant, la schizophrénie, le trouble bipolaire et le trouble dépressif grave sont généralement classés dans

cette catégorie (Bachrach, 1988; Rosenberg et coll., 2005; Stein, 1995). Par conséquent, ces troubles doivent être inclus dans les maladies mentales graves qui affectent les Autochtones. Malheureusement, les rares travaux de recherche sur le trouble bipolaire au sein des peuples autochtones limitent notre capacité de discuter du sujet. Cela démontre clairement qu'il serait utile de faire des recherches sur le sujet. Quoi qu'il en soit, nous aborderons ici la schizophrénie, le trouble dépressif grave, le trouble de stress post-traumatique et les toxicomanies au sein des populations autochtones. Dans toute la mesure du possible, nous utiliserons la littérature sur la situation au Canada, mais puisqu'il existe peu d'études portant spécifiquement sur la santé mentale des populations autochtones canadiennes nous utiliserons des études portant sur des populations autochtones non canadiennes. Nous pouvons tirer des leçons importantes pour le contexte canadien dans les études sur la prévalence, le fardeau et le traitement des maladies mentales graves faites auprès de populations étrangères semblables aux populations canadiennes.

7.2.1 Schizophrénie

Les premières études sur la schizophrénie révèlent des différences dans l'incidence et l'expression des symptômes chez les Autochtones et les non-Autochtones. Bates et Van Dam (1984), par exemple, ont constaté une incidence de la schizophrénie beaucoup plus faible chez les Premières nations de la côte de la Colombie-Britannique que chez les caucasiens, quoique les taux d'incidence variaient d'une population autochtone à l'autre. Mowry et ses collaborateurs (1994) ont constaté que, chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie dans l'Ouest de l'Australie, les symptômes consignés dans les dossiers médicaux étaient très différents selon qu'il s'agissait d'Aborigènes ou de non-Aborigènes. Les auteurs donnent diverses explications possibles dont : une mauvaise interprétation des symptômes par les professionnels de la santé; un biais dans les examens cliniques et la tenue des dossiers; une manifestation particulière de la schizophrénie chez les Aborigènes; des erreurs de diagnostic chez les patients aborigènes atteints d'autres maladies mentales (Mowry et coll., 1994).

Les travaux de recherche récents sur la schizophrénie au sein des populations autochtones sont limités. Cependant, les études qui existent contredisent et confirment simultanément les anciens travaux de recherche sur le sujet. En Nouvelle-Zélande, des chercheurs ont mentionné que les Maoris étaient surreprésentés parmi les adolescents qui rapportaient eux-mêmes des symptômes schizotypiques (c'est-à-dire pensée magique, tendance aux hallucinations, idéation autoréférentielle et aberrations dans la perception) (Linscott, Marie, Arnott et Clark, 2006). Par contre, Robin et collaborateurs (2007) rapportent que la prévalence de la schizophrénie chez deux tribus indiennes nord-américaines était égale à la prévalence dans la population en général, tandis que cette prévalence était inférieure à ce que l'on prévoyait chez les parents au deuxième degré de schizophrènes. Les auteurs reconnaissent que la prévalence de la schizophrénie n'était pas plus élevée dans ces tribus en dépit du risque accru attribuable à leur taux élevé de consommation d'alcool et de drogue et à leur situation socio-économique déplorable. Ils arrivent à la conclusion que les erreurs de diagnostic psychiatrique, la taille réduite des échantillons et une méconnaissance du contexte culturel ont conduit à une surévaluation de la prévalence de la schizophrénie parmi les Indiens d'Amérique du Nord (Robin et coll., 2007). Par conséquent, il faut tenir compte de facteurs socio-culturels avant de faire un diagnostic de schizophrénie (Robin et coll., 2007). Il est donc clair qu'il n'y a pas un taux unique de prévalence de la schizophrénie pour tous les groupes autochtones. Lorsque l'on constate des écarts des taux de prévalence par

rapport aux populations non autochtones, ces écarts s'expliquent moins par des différences biologiques que par des différences culturelles.

Comme nous venons de le démontrer, il faut davantage de travaux de recherche ciblés sur la schizophrénie dans le contexte canadien. En outre, il serait utile de faire de la recherche sur le traitement, les interventions possibles et les moyens d'améliorer la santé et le bien-être des schizophrènes.

7.2.2 Dépression

La question de savoir si la dépression est une maladie chronique ou pas fait l'objet d'un débat (Gask, 2005; Parker, 2005; Van Weel-Baumgarten, 2005). « Dépression » et « dépression grave » sont des termes qui simplifient à outrance et dissimulent la multiplicité des causes, des manifestations, de l'évolution et des résultats des différents troubles dépressifs existants (Parker, 2005). Étant donné l'effet que les antécédents d'un patient, sa recherche d'aide, son milieu social et son adhésion au traitement de même que la compétence du professionnel de la santé, ses priorités, ses préjugés et ses méthodes de traitement préférées peuvent avoir sur la réaction du patient au traitement, on pourrait soutenir avec raison que, chez certains, la dépression est chronique tandis qu'elle ne l'est pas chez d'autres (Van Weel-Baumgarten, 2005).

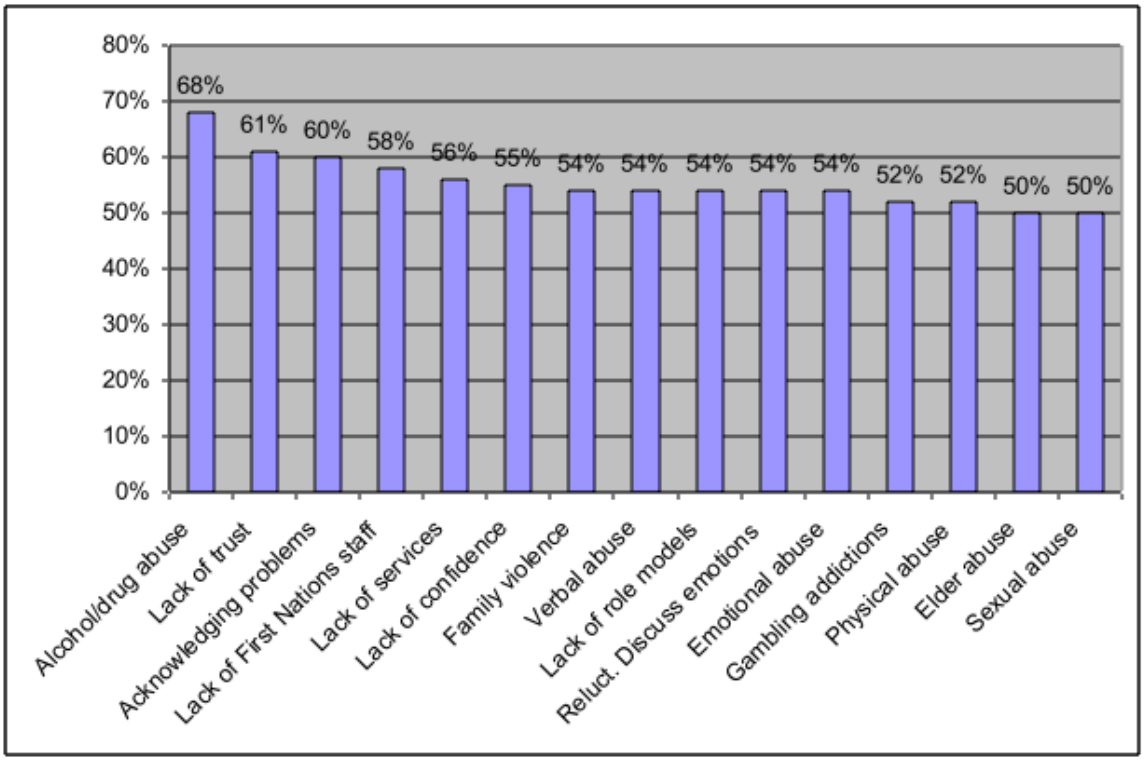
On suppose souvent que la dépression est prévalente parmi les peuples autochtones en raison des taux de suicide élevés dans certaines communautés (Thommasen, Baggaley, Thommasen et Zhang, 2005), mais les signalements d'épisodes dépressifs chez les Autochtones varient considérablement. En outre, les signalements de cas de dépression chez les Autochtones du Canada sont presque exclusivement limités aux Premières nations, et il existe peu de données sur les Métis, les Inuits et les Autochtones non inscrits (Conseil canadien de la santé, 2005). Même les données dont nous disposons sur les Premières nations proviennent d'auto-signalements lors de sondages et ne donnent donc qu'une estimation brute des taux de dépression sans fournir d'information sur des troubles mentaux spécifiques. Afin de tenter de mieux comprendre le phénomène de la dépression chez les Autochtones, nous passerons maintenant en revue la littérature canadienne et étrangère disponible sur le sujet.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour 2000-2001 révélait que 13,2 % des Autochtones canadiens hors réserve avaient connu un épisode de dépression grave au cours de l'année écoulée, soit 1,8 fois le taux de la population non autochtone. Cependant, les taux étaient identiques chez les Autochtones et les non-Autochtones vivant dans les territoires canadiens et chez les ménages à revenu faible ou élevé (Tjepkema, 2002). Une autre enquête canadienne, l'Enquête nationale sur la santé de 2002-2003, révélait que, chez les membres des Premières nations ayant répondu au questionnaire, 30,1 % des adultes et 27,2 % des jeunes s'étaient sentis tristes ou déprimés pendant au moins deux semaines au cours de l'année ayant précédé l'enquête (Centre des Premières nations, 2005). Ces gens rapportaient deux fois plus d'idées suicidaires et de tentatives de suicide que ceux qui ne s'étaient pas sentis tristes ou déprimés. Des travaux de recherche effectués par le gouvernement du Canada ont révélé qu'environ 8 % des adultes canadiens connaissent une dépression grave à un moment ou à un autre de leur vie (Santé Canada, 2002) comparativement à 12 % (2001) pour les Premières nations (gouvernement du Canada, 2006). Une étude exhaustive sur la dépression, l'anxiété et l'utilisation d'antidépresseurs dans la vallée Bella Coola, en Colombie-Britannique, a fait ressortir un taux de prévalence de la dépression et des troubles de l'anxiété très légèrement inférieur chez les

Autochtones par rapport aux non-Autochtones (Thommasen et coll., 2005). Cependant, dans d'autres études, on n'a relevé aucune différence statistiquement importante des taux de dépression chez les Autochtones et les non-Autochtones (Thommasen, Baggaley, Thommasen et Zhang, 2005). Par contre, une étude menée aux États-Unis a révélé que les Indiens des plaines du Nord et des tribus du Sud-Ouest étaient moins exposés que les personnes d'un échantillon de la population générale à des épisodes dépressifs de 12 mois ou de toute la vie, mais cette étude a fait ressortir des écarts importants entre les deux tribus et entre les hommes et les femmes (Beals, Novins, Spicer, Mitchell et Manson, 2005). Dans un échantillon d'Indiens navajos, 37 % avaient connu un épisode dépressif majeur au cours de leur vie, 11 % rapportaient avoir, au moment de l'étude, des troubles dépressifs et 20 % avaient connu une dépression, des troubles de l'anxiété et des abus d'intoxicants au cours de leur vie (Storck, Csordas et Strauss, 2000). Les écarts qui existent dans les expériences de la dépression parmi les peuples autochtones donnent à entendre que, comme dans la population en général, la dépression sera chronique chez certaines personnes et pas chez d'autres.

Des travaux de recherche canadiens ont porté sur la manifestation de la dépression chez les peuples autochtones. Kirmayer et ses collaborateurs (1994) signalaient pour les Inuits du Nunavik des symptômes éprouvés lors d'épisodes dépressifs correspondants aux critères diagnostiques de la CIM-10 : désir d'être seul, refus de parler aux autres, perte d'appétit, insomnie et crises de larmes fréquentes. Söchting, Corrado et leurs collaborateurs (2007) ont constaté que les symptômes des Autochtones ayant recours aux services de santé mentale, comme la difficulté d'établir des relations interpersonnelles, une piètre image de soi, l'incapacité de réfréner et de contrôler les émotions négatives intenses et les abus d'intoxicants, étaient souvent extrêmes (Söchting et coll., 2007). Certains ont avancé que les moyens traditionnels de surmonter le stress et la détresse psychologique avaient récemment été remplacés par des comportements impulsifs et l'abus d'intoxicants (Kirmayer et coll., 1994). Beaucoup d'hommes autochtones évitent les services médicaux et tentent de surmonter leur dépression par la consommation d'alcool et la chasse (gouvernement du Canada, 2006; Kirmayer et coll., 1994). Chez les peuples autochtones, le recours à l'alcool comme moyen de faire face à un traumatisme fait aussi l'objet de travaux de recherche aux États-Unis. Selon Brave Heart (2003), la consommation d'alcool est vue comme une automédication permettant d'éviter les sentiments pénibles. La figure ci-dessous, qui donne les facteurs qui, pour les membres des Premières nations vivant dans des réserves en Saskatchewan, ont une grande influence sur le maintien de leur santé mentale, met en évidence l'influence majeure de l'abus d'alcool et de drogues sur la santé mentale (Centre des Premières nations, 2004).

Figure 4. Facteurs jugés très importants pour le maintien de la santé mentale



Abus d'alcool et de drogues, Manque de confiance aux autres, Reconnaissance des problèmes, Pénurie de personnel des Premières nations, Insuffisance des services, Manque de confiance en soi, Violence dans la famille, Violence verbale, Manque de modèles, Répugnance à discuter de ses émotions, Violence psychologique, Jeu compulsif, Violence physique, Violence contre les personnes âgées, Abus sexuels
Source : Enquête régionale sur la santé, 1997, résultats pour la Saskatchewan (Centre des Premières nations, 2004)

Les facteurs sociaux et culturels autochtones peuvent influer sur la chronicité de la dépression. Par exemple, en Australie, où près des trois quarts (72 %) d'un échantillon d'Aborigènes ont déclaré que la dépression était une caractéristique innée qui ne pouvait pas être traitée, la dépression est chronique dans la majorité des cas (Vicary et Westerman, 2004). Cependant, aux États-Unis, les patients navajos qui trouvaient des causes et des interprétations culturelles à leur dépression ont réussi à parvenir à une rémission (c'est-à-dire sentiment d'équilibre et de bien-être et atténuation des symptômes de la dépression) grâce à des techniques de guérison individualisées et adaptées à la culture (Storck et coll., 2000). Par conséquent, le traitement « dépend des explications culturelles de la maladie » (Vicary et Westerman, 2004) et, en plus, le résultat du traitement dépend aussi de la culture. Ainsi, compte tenu des éléments de preuve sur les moyens non médicaux permettant de surmonter une dépression, les taux de dépression calculés à partir des données sur l'utilisation des services par les Autochtones sont probablement inférieurs aux taux réels (Kirmayer, Brass et Tait, 2000). Selon les données de l'Enquête régionale sur la santé de 2002-2003, 71,7 % des personnes qui se sentent tristes ou déprimées ont déclaré que leur famille et leurs amis étaient leurs premiers soutiens. Seulement 9,1 % et 8,4 % indiquaient les psychiatres ou les psychologues comme soutiens (Comité, 2005). Il faut faire

davantage de recherche sur la question pour déterminer comment mieux adapter les méthodes de dépistage (Jackson-Triche et coll., 2000).

7.2.3 Trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique est un trouble psychologique découlant d'un événement traumatisant pour l'individu (Chansonneuve, 2007; Corrado et Cohen, 2003; Mitchell et Maracle, 2005). Pour qu'il y ait diagnostic de trouble de stress post-traumatique, il faut que les symptômes suivants soient présents : l'événement traumatisant est revécu (flashbacks ou cauchemars), les stimuli associés à l'événement traumatisant sont évités, des fonctions physiologiques sont accentuées (comme une respiration rapide et un rythme cardiaque accéléré). Les effets sur le cerveau, les émotions, le corps et l'esprit incluent : anxiété; pensées et souvenirs obsédants; troubles du sommeil; accès de colère; réflexe de sursaut exagéré; hypersensibilité. Il n'est pas rare que le trouble de stress post-traumatique existe parallèlement à d'autres problèmes de santé mentale et physique comme la dépression, l'abus d'intoxicants, une maladie cardiaque, des problèmes d'estomac (Corrado et Cohen, 2003; Mitchell et Maracle, 2005).

Les données sur les taux de prévalence du trouble de stress post-traumatique parmi les populations autochtones du Canada et même d'ailleurs dans le monde, sont limitées. La majorité des travaux de recherche sur le trouble de stress post-traumatique dans les populations autochtones portent sur des échantillons d'Indiens américains adultes de tribus du Sud-Ouest et des plaines du Nord. Les anciens combattants provenant de ces tribus étaient plus susceptibles d'avoir un diagnostic de trouble de stress post-traumatique permanent que les anciens combattants caucasiens (Beals et coll., 2002). La prévalence du trouble de stress post-traumatique permanent chez les adultes de la tribu du Sud-Ouest était de 21,9 % et était plus élevée chez les femmes (25,4 %) que chez les hommes (17,9 %) (Robin, Chester, Rasmussen, Jaranson et Goldman, 1997). Dans la tribu des plaines du Nord, 15 % de l'échantillon répondait aux critères définissant le trouble de stress post-traumatique permanent et les personnes affectées étaient plus susceptibles que les autres de souffrir également de trouble dépressif majeur permanent et d'abuser de l'alcool (Sawchuk et coll., 2005). Les taux élevés de prévalence du trouble de stress post-traumatique constaté chez les adultes de ces tribus étaient attribuables à de hauts taux d'exposition à des événements traumatisants et pas à une plus grande vulnérabilité des Indiens d'Amérique à ce trouble (Robin et coll., 1997; Sawchuk et coll., 2005). Une équipe de recherche a constaté que, parmi un échantillon d'adolescents indiens d'Amérique suivant un traitement pour abus d'intoxicants, le pourcentage de ceux qui répondaient aux critères définissant le trouble de stress post-traumatique (10,3 %) était modeste comparativement à la proportion de ceux qui avaient connu des expériences traumatisantes (98 %) (Deters, Novins, Fickenscher et Beals, 2006). Les auteurs suggéraient que de futurs travaux de recherche portent notamment sur la résilience des jeunes Autochtones face à des traumatismes répétitifs.

Une minorité de survivants du système de pensionnats pour Autochtones présentent des symptômes semblables aux symptômes du trouble de stress post-traumatique tandis que beaucoup d'autres sont aux prises avec les symptômes qui s'y associent couramment, soit la difficulté d'établir des rapports avec les autres, des aptitudes parentales déficientes, des connaissances très lacunaires de la culture autochtone, peu d'intérêt pour les activités culturelles et une faible participation à ces activités, l'abus d'alcool ou de drogue associé à des accès de violence (Brasfield, 2001; Corrado et Cohen, 2003; Dion Stout et Kipling, 2003). L'expression

« syndrome du pensionnat » est parfois utilisée pour décrire ce groupe de symptômes, mais l'expression reste controversée parce qu'aucun critère de diagnostic précis n'a encore été officiellement établi (Brasfield, 2001). En outre, Chrisjohn et Young (1995) soutiennent qu'il est peu probable que l'on dégage un ensemble cohérent de symptômes associés aux pensionnats en raison du large éventail d'expériences et de comportements des survivants des pensionnats. Les travaux de recherche sur le trouble de stress post-traumatique parmi les groupes autochtones devraient être abordés avec précautions puisque les symptômes sont susceptibles de varier énormément d'une personne à l'autre de même qu'entre les populations autochtones et non autochtones en raison des situations et expériences uniques de chacun et des différentes façons de faire face aux problèmes.

7.2.4 Dépendances

Comme d'autres troubles mentaux, la dépendance n'a pas de définition établie ni de critères diagnostiques bien définis. Elle est parfois désignée à tort ou à raison par d'autres termes, comme accoutumance, toxicomanie ou compulsion. Pour les besoins de la présente étude, la dépendance est « un état résultant d'un comportement qui peut servir à la fois à engendrer du plaisir et à soulager d'un malaise et qui présente les caractéristiques suivantes : 1) incapacité récurrente de maîtriser le comportement (impuissance); 2) maintien du comportement malgré d'importantes répercussions négatives (ingérabilité) » (Goodman, 1990). La dépendance n'est pas synonyme d'accoutumance (gratification des besoins) ou de compulsion (évitement d'un malaise interne), mais implique à la fois l'accoutumance et la compulsion (Goodman, 1990). Les comportements dépendants peuvent aussi s'appliquer au jeu, à l'alimentation, au travail et aux substances psychoactives.

Bien que la dépendance aux substances psychoactives suppose l'abus d'intoxicants, l'abus d'intoxicants n'est pas toujours une dépendance (NNAPF, 2000). Il est souvent peu fréquent ou expérimental, ce qui n'est toutefois pas le cas pour toutes les populations. Des études indiquent que les caractéristiques de l'abus d'intoxicants diffèrent selon qu'il est question de populations autochtones ou non autochtones (Beauchamp et coll., 2004; Centre des Premières nations, 2005; Fournier et Crey, 1997; Santé Canada, 2003; Saggers et Gray, 1998; Thommasen, Hanlon, Thommasen et Zhang, 2006). La plupart des études sur l'utilisation d'intoxicants chez les Autochtones ont porté principalement sur le tabac et l'alcool. On peut dire que c'est le tabagisme qui a le plus d'effets à long terme sur la santé des Autochtones; pourtant, pour beaucoup de communautés autochtones, les effets immédiats de la consommation excessive d'alcool sur la santé et sur la vie sociale sont une préoccupation dominante (Saggers et Gray, 1998). Comme nous examinons l'usage du tabac (et son abus possible) plus loin dans la présente étude – en tant qu'important facteur de risque pour beaucoup d'autres maladies chroniques pendant le parcours de vie – il sera plutôt question ci-après de la dépendance à l'alcool.

Dépendance à l'alcool

Le modèle d'alcoolisme qui définit la dépendance à l'alcool comme une maladie chronique a de nombreux adeptes, mais d'autres le jugent limité. C'est celui qu'ont adopté par exemple les Alcooliques Anonymes, association qui a une large influence sur la conception et le traitement de la dépendance à l'alcool (Suissa, 2003). Beaucoup de gens trouvent du réconfort et un réseau social au sein des groupes ayant adhéré à ce modèle et réussissent à devenir sobres et à le rester. Suissa (2003) a fait valoir qu'il a aussi la faveur de certains groupes, dont les Irlandais et les

Autochtones, car il correspond à leur compréhension culturelle de l'alcool et de la dépendance. Toutefois, le fait que le modèle soit axé sur le principe du « tout ou rien », en l'occurrence sur la conviction qu'« une personne est – ou n'est pas – un alcoolique sa vie durant » (Suissa, 2003), limite son applicabilité et les modes de traitement. Ainsi, le principe du « tout ou rien » exige l'abstinence complète. Malheureusement, il ne tient pas compte des avantages que l'on pourrait tirer de brèves stratégies d'intervention et de réduction des méfaits. De plus, il ne peut s'appliquer à toutes les dépendances : les outre-mangeurs ne peuvent s'abstenir de manger, tout comme les bourreaux de travail ne peuvent arrêter de travailler (Goodman, 1990). Par conséquent, il faut parfois faire plus que s'abstenir pour vivre avec une dépendance ou pour la surmonter. Il pourrait être nécessaire d'apprendre aux personnes dépendantes les techniques qui favorisent une saine modération (Goodman, 1990).

Il reste que l'abstinence a aidé beaucoup d'Autochtones alcooliques à mener une vie saine et équilibrée. Une bonne partie des études sur la consommation d'alcool chez les Autochtones ont révélé que l'abstinence et une consommation moins fréquente sont plus courantes chez les Autochtones que les non-Autochtones (Centre des Premières nations, 2005; Fournier et Crey, 1997; Saggers et Gray, 1998; Thommasen et coll., 2006). Une grande proportion des abstinents autochtones sont d'anciens buveurs (Saggers et Gray, 1998). Wardman et Quantz (2005) ont constaté, d'après un échantillon d'Autochtones de l'Ouest canadien, que la plupart des anciens buveurs ont dit avoir connu le fond de l'abîme avant de devenir abstinents. Souvent, la consommation excessive occasionnelle servait à endormir la douleur causée par des violences physiques et sexuelles, une faible estime de soi, la perte de culture et d'identité et des antécédents familiaux d'abus d'intoxicants (Wardman et Quantz, 2005). De nombreuses personnes sobres ont trouvé la force de continuer grâce à une spiritualité renouvelée et à leur adhésion aux traditions culturelles. Dans une autre étude, les faits rapportés par des hommes navajos qui avaient déjà bu, mais étaient devenus abstinents, donnaient à penser qu'il était courant chez eux de parvenir à une étape de la vie où la santé, la religion, la famille et la richesse prenaient le pas sur la consommation d'alcool (Quintero, 2000). Ces hommes associaient l'alcool à la perte des traditions et à un mode de vie déséquilibré. Souvent, ils ne ressentaient pas le besoin d'un traitement en bonne et due forme, car le désir de reprendre un mode de vie traditionnel était un motif d'abstinence suffisant.

Bien que le taux d'abstinence soit plus élevé et l'usage d'alcool moins fréquent, la consommation excessive occasionnelle est plus fréquente chez les Autochtones que les non-Autochtones qui consomment de l'alcool. Autrement dit, « ceux qui boivent ont tendance à boire beaucoup » (Canada, 2006). C'est probablement ce mode de consommation qui contribue aux problèmes d'alcool des communautés autochtones. En témoigne le fait que l'alcool était un facteur dans 6,4 % des blessures subies par des jeunes des Premières nations et dans plus du quart (27,1 %) des voies de fait commises contre eux (Centre des Premières nations, 2005). Rothe (2005) a signalé que, dans neuf communautés des Premières nations, les répondants considéraient l'abus d'alcool et la conduite sous l'influence de l'alcool comme des « comportements normaux, approuvés par la communauté » (Rothe, 2005). Chez les Indiens inscrits, près du quart (23,5 %) des décès sont liés à l'alcool et 6,2 % sont dus à la drogue (Officer, 2002). Des taux élevés de morbidité et de mortalité liées à l'alcool ont aussi été signalés en Australie (Saggers et Gray, 1998). Les Autochtones ont invoqué diverses raisons pour expliquer leur consommation d'alcool, notamment l'ennui de vivre dans une localité qui offre peu d'activités récréatives et d'emplois ainsi que le besoin de s'automédicamenter pour

anesthésier la douleur causée par la pauvreté, le racisme et la violence. Par conséquent, la structure économique et sociale de la communauté est plus susceptible que les valeurs personnelles ou culturelles d'expliquer la prévalence élevée de l'abus d'alcool dans les communautés autochtones (Rothe, 2005).

7.3 Fardeau des maladies mentales graves pour la santé des communautés

La santé de la communauté est soumise à l'influence de l'environnement physique et du milieu social (Smye et Mussell, 2001) passés et présents (Centre des Premières nations, 2005). Le dysfonctionnement de la vie familiale et communautaire a de vastes répercussions sur la santé mentale (Mussell, Cardiff et White, 2004), et la santé mentale d'une personne peut avoir des effets sur sa famille et sa communauté. À l'inverse, l'amélioration des rapports familiaux et l'encouragement à la guérison de la communauté peuvent contribuer à la santé et au mieux-être (Canada, 2006; Warry, 1998). Dans cette optique, la section qui suit mettra en lumière l'effet que peuvent avoir les maladies mentales graves sur les communautés et le fardeau des maladies au sein des communautés.

Lorsqu'une population – autochtone ou non – est marginalisée et opprimée culturellement, sa santé mentale en souffre aux niveaux individuel, familial et communautaire (Canada, 2006). Les problèmes de santé mentale revêtent souvent la forme de fardeaux sociaux comme la violence familiale, l'abus d'intoxicants et le suicide (Canada, 2006; Warry, 1998). Même si les communautés autochtones réagissent différemment au traumatisme de la marginalisation et de l'oppression, beaucoup d'entre elles sont confrontées aux problèmes de la violence familiale, de l'abus d'intoxicants, de l'incarcération et du suicide (Canada, 2006; Frank, 1992; Kirmayer, Simpson et Cargo, 2003; Warry, 1998). Les problèmes sociaux et de santé mentale qui frappent certaines communautés sont souvent interreliés et trahissent l'existence de problèmes familiaux et communautaires plus vastes (Bohn, 2003; Frank, 1992). L'insuffisance des logements et des infrastructures et le manque d'installations récréatives sont quelques exemples de facteurs qui concourent à la perpétuation du traumatisme collectif et des stratégies d'adaptation destructrices qui font subsister les problèmes de santé mentale dans les communautés (Canada, 2006; Dion Stout et Kipling, 2003). La transmission des fardeaux sociaux d'une génération à l'autre dans une communauté fait que les problèmes de santé mentale peuvent devenir non seulement graves et persistants pendant toute la vie d'une personne, mais aussi chroniques à travers les générations. Sachant cela, on ne devrait pas se surprendre de voir que les méthodes de guérison axées uniquement sur l'individu ont une efficacité limitée au sein des populations autochtones (DeGagné, 2007; Mussell et coll., 2004). Les stratégies de guérison doivent tenir compte du fardeau des comportements individuels pour la vie familiale et communautaire (Warry, 1998). Par conséquent, même si la guérison individuelle est importante pour la guérison de la communauté dans son ensemble, les stratégies qui sont le plus efficaces pour assurer le mieux-être de la communauté encourageront à la fois la guérison individuelle et la guérison collective (Centre des Premières nations, 2005; Warry, 1998).

8. Répercussions des maladies chroniques sur la santé mentale

Les expériences vécues par les gens atteints de maladies chroniques constituent un aspect important de la littérature sur la recherche sur les maladies chroniques. Un sous-ensemble important de ces expériences, ce sont les répercussions que le fait d'avoir une maladie chronique a sur la santé mentale. Par conséquent, nous aborderons ici le lien entre maladie chronique et

santé mentale en répondant à trois questions clés : 1) comment les maladies chroniques et la santé mentale sont-elles liées? 2) pourquoi les maladies chroniques et la santé mentale sont-elles liées? 3) dans quelle mesure les maladies chroniques et la santé mentale sont-elles liées?

8.1 Définition des paramètres de l'association entre maladie chronique et santé mentale

L'association entre maladie chronique et santé mentale est souvent abordée sous l'angle de l'interconnexion entre maladie chronique et dépression. Comme on le voit dans la section sur la maladie mentale grave, beaucoup remettent en doute le fait que la dépression soit vraiment une maladie chronique. « Dépression majeure » est souvent l'expression utilisée pour désigner la dépression chronique puisqu'il a été relevé que la dépression grave a des effets à long terme sur le patient, sur sa propension à chercher de l'aide, sur l'environnement social et sur sa réponse au traitement (Van Weel-Baumgarten, 2005). Il a été constaté que les symptômes d'une dépression qui n'est pas une dépression majeure ont des effets importants sur le fonctionnement quotidien et le recours au système de santé (Sullivan et coll., 1999) et annoncent souvent une dépression plus grave (Hammen, 1997). La prévalence des symptômes infraliminaires de la dépression est au moins égale à celle de la dépression majeure et peut même être de deux à trois fois plus élevée (Sullivan et coll., 1999). Ainsi, il est important d'examiner les interactions entre la maladie chronique et tous les types de dépression. Après la dépression, nous aborderons un autre trouble psychologique, soit le trouble de l'adaptation, qui est lié à l'apparition de la maladie chronique.

8.1.1 Dépression

L'interconnexion entre maladie chronique et dépression est complexe. Non seulement des études ont révélé que les maladies chroniques causent la dépression, mais on a constaté que la dépression fait partie des facteurs de risque indépendants liés au développement de certains types de maladie chronique. On associe également la dépression à des résultats inférieurs, à un taux de mortalité accru et à des coûts de soins de santé plus élevés. La présence de la dépression influe sur les comportements de santé : les gens sont moins susceptibles de prendre des décisions qui favorisent un mode de vie sain ou de respecter leur traitement médical. On a découvert que la dépression avait une incidence sur la perception des maladies; ainsi, les gens dépressifs se sentent plus malades que ce que des examens médicaux objectifs prédiraient. Les dépressifs ayant également des seuils de douleur plus faibles que les autres personnes, leurs symptômes sont plus douloureux.

La dépression peut avoir des effets physiologiques directs sur des maladies; par exemple, chez les diabétiques, on a associé des épisodes de dépression à une glycémie élevée. Chez les personnes souffrant de coronaropathie, on a étudié le lien entre la dépression et les changements concernant les taux lipidiques, les réactions physiologiques et la fonction plaquettaire (Davidson et coll., 2006; Glassman et Shapiro, 1998; Hippisley-Cox, Fielding et Pringle, 1998; Lesperance, Frasure-Smith et Talajic, 1996; Pratt et coll., 1996). De surcroît, certains médicaments utilisés pour traiter les maladies chroniques causent la dépression (Katon et Sullivan, 1990) et certains médicaments utilisés dans le traitement de la dépression ont des répercussions sur les maladies chroniques. C'est le cas d'anciennes catégories d'antidépresseurs, qui ont des effets coronariens (Davidson et coll., 2006; Pratt et coll., 1996). La dépression peut être un symptôme d'une maladie chronique, notamment dans les cas d'accident vasculaire cérébral (Fava et Kendler,

2000), et on peut confondre les symptômes de la dépression et les signes et symptômes d'une cardiopathie.

8.1.2 Trouble de l'adaptation

Le trouble de l'adaptation est un autre trouble psychologique associé au début d'une maladie chronique. La plupart des gens souffrant d'une maladie chronique ne présentent pas de dépression clinique, mais souffrent plutôt d'un « trouble de l'adaptation ». Il s'agit d'un trouble non psychotique lié au stress et limité dans le temps qui apparaît dans les trois mois suivant l'arrivée du facteur stressant et qui disparaît dans une période de six mois (Casey, 2001; O'Keeffe et Ranjith, 2007; Rush, Polatin et Gatchel, 2000). C'est un trouble grave qui touche jusqu'au quart des patients, tous âges confondus, ne présentant aucun trouble mental antérieur (Casey, 2001; Strain et coll., 1998). Le trouble de l'adaptation complique l'évolution de l'état médical (Casey, 2001).

On considère le trouble de l'adaptation comme une réaction compréhensible, mais mésadaptée, à un événement stressant, réaction qui se dissipe spontanément quand le facteur de stress disparaît ou quand on atteint un nouveau niveau d'adaptation (O'Keeffe et Ranjith, 2007). On arrive à un diagnostic du trouble de l'adaptation quand le patient ne satisfait pas aux critères diagnostiques de troubles tels l'épisode dépressif ou la dépression majeure ou mineure (Casey, 2001; Casey et coll., 2006; Takei et Sugihara, 2006). Certains cliniciens préfèrent poser un diagnostic de trouble de l'adaptation plutôt que d'autres troubles dépressifs, car ils ne veulent pas « médicaliser » ce qu'ils estiment être une réaction naturelle à la maladie (Casey, 2001; O'Keeffe et Ranjith, 2007). Cela est en dépit du fait qu'on a accusé le terme « trouble de l'adaptation » de placer une réaction humaine dans le domaine de la biomédecine.

Le trouble de l'adaptation englobe des symptômes et des comportements mentaux graves (Casey, 2001; Strain et coll., 1998) qui sont indifférenciables d'autres troubles dépressifs sur le plan de la gravité des symptômes (Casey et coll., 2006). Malgré le fait que le trouble de l'adaptation soit associé à des taux de morbidité et de mortalité qui laissent autant à désirer que ceux d'autres troubles dépressifs (Jones, Yates, Williams, Zhou et Hardman, 1999; O'Keeffe et Ranjith, 2007) et le fait que jusqu'à 15 % des gens souffrent subséquemment de dépression majeure (Takei et Sugihara, 2006), de nombreux cliniciens tardent à offrir un traitement (Strain et coll., 1998). Selon Casey (2001), cette absence de traitement s'explique par le fait que la majorité des gens aux prises avec un trouble de l'adaptation se rétablissent rapidement. Il est donc complètement improbable que des interventions précises s'imposent (Casey, 2001). Par exemple, chez les personnes qui font des crises cardiaques, le risque de mourir est associé à une dépression récurrente plutôt qu'à un seul épisode de dépression majeure se produisant après la crise cardiaque (Lesperance et coll., 1996). La dépression est souvent plus grave immédiatement après un infarctus du myocarde et peut constituer une réaction passagère à l'infarctus lui-même (Davidson et coll., 2006).

Cependant, immédiatement après l'apparition d'une maladie, il est impossible de distinguer les personnes chez qui le trouble de l'adaptation va disparaître avec le temps de celles qui se mettront à souffrir d'une dépression majeure. Les données disponibles indiquent qu'un traitement peut se révéler aussi bénéfique pour les patients atteints du trouble de l'adaptation que pour les patients souffrant d'autres troubles dépressifs (Jones et coll., 1999). Pour prendre des décisions quant au traitement, il convient de tenir compte de la haute prévalence du trouble de

l'adaptation, des ressources et du temps requis pour traiter ce trouble (Strain et coll., 1998) et des bénéfices possibles pour le patient. Peut-être en raison de sa courte durée inhérente et des taux de rétablissement relativement élevés, on a effectué très peu de recherche sur ce trouble (Casey, 2001; Casey et coll., 2006; O'Keeffe et Ranjith, 2007).

Il existe une différence fondamentale entre ce trouble, qui est limité dans le temps et qui est lié à une maladie, et la dépression majeure. Étant donné que le trouble de l'adaptation a fait l'objet de si peu de travaux de recherche et qu'on ne l'a pas inclus pas dans les études récentes, il est possible que, dans bon nombre d'études de recherche sur des maladies, la prévalence des troubles dépressifs soit présentée de manière inexacte. D'après Casey et ses collaborateurs, le nombre d'épisodes de dépression légère et d'épisodes de dépression combinée inclut le nombre d'épisodes de trouble de l'adaptation (Casey et coll., 2006).

Certains auteurs soutiennent que le terme exact employé au moment du diagnostic n'a aucune importance quand il s'agit de traiter le patient (O'Keeffe et Ranjith, 2007). Au lieu de se demander si un patient souffre du trouble de l'adaptation ou d'une dépression majeure ou mineure, O'Keeffe affirme qu'il vaudrait mieux se demander quels sont les problèmes actuels du patient et comment les gérer (O'Keeffe et Ranjith, 2007). De cette manière, les cliniciens pourraient utiliser des antidépresseurs pour l'anhédonie, des méthodes existentielles ou spirituelles pour le découragement, des méthodes psychoéducatives ou cognitives pour l'adaptation mésadaptée et une stratégie d'activation comportementale pour la piètre motivation et l'impuissance acquise, lorsque cela est indiqué, chez le même patient.

8.2 Analyse de l'association entre maladie chronique et santé mentale

La difficulté que posent la définition et la description de l'association entre maladie chronique et trouble mental, c'est qu'il existe de nombreux mécanismes d'interaction possibles entre les deux. Le tableau ci-dessous, qui est une version simplifiée du tableau présenté dans Prince, Patel et coll. (2007), en fait l'illustration.

Tableau 4. Mécanismes d'interaction possibles entre les troubles mentaux et les autres troubles de santé

Les troubles mentaux ont une incidence sur les taux liés aux autres troubles

- Les troubles mentaux sont associés à des facteurs de risque des maladies chroniques, notamment l'usage du tabac, le manque d'activité, une mauvaise alimentation, l'obésité et l'hypertension. Toutefois, on n'a pas encore démontré que ces facteurs liés au mode de vie étaient associés à la morbidité et la mortalité.
- La dépression a divers effets biologiques sur : le métabolisme de la sérotonine (modification de la fonction cardiaque, agrégation plaquettaire et vasoconstriction); le métabolisme du cortisol (hausse du taux de cortisol menant à l'inflammation, coagulation excessive, syndrome métabolique); le processus inflammatoire (marqueurs inflammatoires élevés, ce qui est un signe avant-coureur du développement d'une maladie cardiovasculaire); l'immunité à médiation cellulaire (dégradation des fonctions médiées par les lymphocytes T, réduction du nombre de cellules tueuses naturelles et cytotoxicité, en ce qui concerne le cancer, progression du VIH et autres maladies infectieuses).
- Les troubles mentaux et les autres troubles de santé pourraient avoir des facteurs de risque génétiques ou environnementaux communs.

Certains troubles de santé influent sur le risque de troubles mentaux

- De nombreuses maladies chroniques créent un fardeau psychologique, lequel découle de facteurs tels que le traumatisme aigu lié au diagnostic, la difficulté de vivre avec la maladie, la menace à long terme de décliner et de voir son espérance de vie réduite, les modifications nécessaires au mode de vie, les régimes thérapeutiques compliqués, les symptômes aversifs comme la douleur, et les stigmates, qui peuvent conduire à un sentiment de culpabilité, à la perte du soutien social ou à la rupture des relations clés.
- L'incapacité qui est associée aux maladies chroniques peut entraîner le risque de souffrir de dépression et d'autres troubles mentaux communs.

Certains troubles mentaux comorbides influent sur le traitement et les résultats d'autres troubles de santé

- Les troubles mentaux peuvent retarder la recherche d'aide et réduire la probabilité de la détection ou du diagnostic, ou les deux.
- L'étendue et la qualité des soins médicaux généraux que reçoivent les gens atteints de troubles mentaux peuvent être médiocres. Cette iniquité est particulièrement forte dans le cas de personnes souffrant de psychoses, de démence et de troubles liés à l'utilisation d'intoxicants.
- Les troubles mentaux, les troubles cognitifs et les troubles liés à l'utilisation d'intoxicants et d'alcool ont un effet défavorable sur l'observance du traitement médicamenteux, sur l'application des recommandations de modification des comportements et sur la réalisation d'activités destinées à prévenir la maladie ou à favoriser la santé.

(Prince et coll., 2007)

La liste d'interactions possibles est longue. Les interactions récurrentes entre maladie physique chronique et santé mentale sont communes, chacune renforçant et exacerbant l'autre (Dowrick, 2006). Néanmoins, la prévalence de la dépression varie selon la maladie chronique (Penninx et

coll., 1996). Les constatations de cet imposant corpus de recherche sont quelque peu contradictoires.

8.2.1 Variabilité de la prévalence des troubles mentaux selon la maladie chronique

D'après certaines études, la prévalence de la détresse psychologique varie peu selon la maladie chronique (Cassileth et coll., 1984). D'autres études ont indiqué que certaines maladies chroniques étaient associées à des niveaux élevés de perturbation psychologique, notamment l'arthrite et les rhumatismes (Penninx et coll., 1996; Wells, Golding et Burnam, 1988), le cancer (Wells et coll., 1988), les maladies pulmonaires, les troubles neurologiques (Ormel et coll., 1997; Wells et coll., 1988), les maladies du cœur (Ormel et coll., 1997; Wells et coll., 1988), les douleurs au bas du dos (Carroll, Cassidy et Coté, 2000; Rush et coll., 2000), les accidents vasculaires cérébraux (Penninx et coll., 1996), la déficience auditive, la déficience visuelle (Ormel et coll., 1997), les maux de tête, les problèmes gastrointestinaux (Carroll et coll., 2000) et les handicaps physiques. Enfin, d'autres études ont révélé que certains troubles chroniques, par comparaison à d'autres troubles, ne sont pas associés à un risque accru de perturbation psychologique, notamment l'hypertension (Patten, 1999; Wells et coll., 1988), l'arthrite (Patten, 1999), les maladies du cœur (Patten, 1999; Penninx et coll., 1996) et le diabète (Patten, 1999; Penninx et coll., 1996; Wells et coll., 1988). Le fait que des études associent bon nombre de ces troubles à une perturbation psychologique accrue et que d'autres études n'associent pas ces mêmes troubles à une perturbation psychologique accrue donne à penser qu'il y a encore beaucoup à apprendre sur la relation entre dépression et maladie chronique.

On a invoqué diverses raisons pour expliquer la variation des effets psychologiques selon la maladie chronique. Certains affirment que ce n'est pas le type de maladie qui influe sur les taux de dépression, mais bien d'autres facteurs sociaux et psychologiques (Arpin, Fitch, Browne et Corey, 1990). D'aucuns indiquent que le niveau de dépression est directement lié à la gravité de l'incapacité découlant de la maladie chronique (Ormel et coll., 1997). D'autres auteurs avancent que le degré de gérabilité de la maladie est un élément prépondérant. Par exemple, contrairement au cancer et à l'arthrite, le diabète et les maladies cardiaques se gèrent relativement bien au moyen d'efforts individuels ou médicaux; par ailleurs, en modifiant leur comportement, en changeant leur régime alimentaire, en prenant des médicaments et faisant de l'exercice physique, les gens peuvent améliorer leur état de santé. (Penninx et coll., 1996). Certains affirment que la signification que l'on donne à la maladie est le facteur le plus important de l'adaptation (Arpin et coll., 1990). Selon Arpin, Fitch et leurs collaborateurs, 57 % de la variation des résultats liés à l'adaptation est attribuable à la signification donnée à la maladie, suivie du fonctionnement familial et des variables de l'incapacité (Arpin et coll., 1990).

8.2.2 Écart démographique

Dans la population générale, la dépression majeure est plus répandue chez les jeunes et chez les femmes (Hammen, 1997). Dans la population autochtone également, la dépression touche plus souvent les femmes (Thommasen et coll., 2005; Wardman et Khan, 2004). Compte tenu du fait que la population autochtone est jeune par comparaison avec la population générale et du fait que les maladies chroniques apparaissent à un âge relativement bas chez les Autochtones, la relation entre l'âge, la dépression et les maladies chroniques est importante.

D'après des études épidémiologiques et cliniques cumulatives dont fait état la littérature générale, les enfants qui ont une maladie ou une incapacité chronique courent un risque accru de souffrir de problèmes mentaux (Cadman, Boyle, Szatmari et Offord, 1987; Chernoff, Ireys, DeVet et Kim, 2002; Haggerty, Roghmann et Pless, 1975; Lavigne et Faier-Routman, 1992; Stein, Westbrook et Silver, 1998; Suris, Michaud et Viner, 2004; Wolman, Resnick, Harris et Blum, 1994; Yeo et Sawyer, 2005). De plus, on a noté chez les adolescents atteints d'une maladie chronique des troubles émotionnels et des tendances suicidaires plus forts que chez les autres adolescents et ils obtiennent des résultats psychologiques inférieurs à ceux de leurs pairs en ce qui a trait au bien-être émotionnel, aux inquiétudes et aux préoccupations et à l'image du corps (Miauton, Narring et Michaud, 2003; Rosina, Crisp et Steinbeck, 2003; Suris et coll., 2004; Wolman et coll., 1994).

Les résultats d'une étude menée à l'échelle d'une population ont révélé que la prévalence estimée des diagnostics de trouble psychiatrique chez les enfants atteints d'une maladie chronique était de 10 %, soit près du double de la prévalence observée chez les enfants ne souffrant pas de maladie chronique (Hysing, Elgen, Gillberg, Lie et Lundervold, 2007). Ces résultats cadrent avec ceux d'études précédentes. L'étude de l'île de Wight est l'exemple classique; on a relevé des taux de troubles psychiatriques de 11,6 % chez les enfants atteints de troubles physiques chroniques non liés au cerveau, de 34,4 % chez les enfants atteints de troubles neuroépileptiques et de 7 % chez les enfants en santé (Rutter, Graham et Yule, 1970). Dans les années 1980, une étude menée à l'échelle d'une population en Ontario a donné les résultats suivants : chez les enfants souffrant à la fois d'une maladie chronique et d'une incapacité connexe, le risque de souffrir de troubles psychiatriques était plus de trois fois plus élevé que chez les enfants en santé et le risque d'avoir des problèmes d'adaptation sociale était considérable. Le risque était moins grand chez les enfants atteints d'une maladie chronique n'entraînant pas d'incapacité; le risque de souffrir de troubles psychiatriques était environ deux fois plus élevé que chez les enfants en santé. Toutefois, le risque d'avoir des problèmes d'adaptation sociale n'était pas tellement accru (Cadman et coll., 1987).

Au sein des Premières nations, les adolescents ayant une incapacité semblent plus enclins à la dépression, définie comme le fait de se sentir triste, d'avoir le cafard ou d'être déprimé plus de deux semaines d'affilée pendant l'année de référence (35,6 % par comparaison avec 26,5 % chez les jeunes ne souffrant pas d'incapacités). Les adolescents ayant une incapacité sont également plus susceptibles d'envisager le suicide à un moment donné de leur vie (32,4 % par comparaison avec 20,1 %) (Centre des Premières nations, 2005).

8.2.3 Maladies chroniques et santé mentale – relation dans des conditions chroniques particulières

Afin d'enrichir la discussion de la variance générale dans la relation entre les maladies chroniques et la santé mentale, la littérature documente la relation particulière entre trois des maladies chroniques discutées plus haut dans cette section : 1) le diabète, 2) les maladies cardiovasculaires et 3) les maladies squeletto-musculaires. L'information sera tirée de la littérature générale, avec une référence à la recherche autochtone lorsqu'elle est disponible.

Diabète

Dans la population autochtone canadienne, on peut soutenir que la recherche sur le diabète est la plus prolifique des recherches sur les maladies chroniques. Malgré ce fait, peu de recherches ont porté sur l'aspect mental de cette maladie. Peut-être est-ce parce que cette maladie chronique est également considérée comme l'une des plus complexes d'un point de vue psychosocial (Gonder-Frederisk, Cox et Clarke, 2002). En effet, le diagnostic, le traitement et la prévention du diabète comportent de multiples facettes et la gestion de la maladie est délicate :

> *Il n'y a aucune guérison, le diagnostic peut survenir à n'importe quel stade de la vie et, après le diagnostic, un traitement quotidien est nécessaire pour le reste de la vie, qui peut ou non prévenir le développement de complications à long terme graves, comme les maladies cardiovasculaires et du rein. Le régime de gestion peut être très complexe et dépend presque uniquement des efforts quotidiens intensifs du patient et de sa famille (Gonder-Frederisk et coll., 2002).*

Ainsi, l'interrelation entre le diabète et la santé mentale doit être examinée avec soin. La recherche à ce sujet a commencé au cours des trente dernières années; les résultats de ce travail seront examinés pour décrire les relations évidemment complexes entre le diabète et la dépression.

On croit que la relation entre le diabète et la dépression peut aller dans les deux sens : la dépression peut jouer un rôle dans le développement du diabète et l'empirer (Sacco et coll., 2007) ou la dépression peut être le résultat du fait de vivre avec une maladie chronique et la diminution de la qualité de vie qui s'ensuit (Anderson, Freedland, Clouse et Lustman, 2001; Gonder-Frederisk et coll., 2002; Knol et coll., 2006; Peyrot et Rubin, 1997). Des études prospectives ont montré que les gens qui ont une dépression ont jusqu'à deux fois plus de risques d'avoir le diabète de type 2 indépendamment des autres facteurs de risque associés (Eaton, Pratt, Armenian, Ford et Gallo, 1996; Kawakami, Takatsuka, Shimizu et Ishibashi, 1999; Knol et coll., 2006). Les études rétrospectives ont également permis de constater une plus grande propension à la dépression chez les diabétiques que chez les non-diabétiques (Gonder-Frederisk et coll., 2002; Lustman, Griffith, Freedland, Kissel et Clouse, 1998; Nichols et Brown, 2000; Peyrot et Rubin, 1997). Les estimations exactes varient (Anderson, Lustman, Clouse, De Groot et Freedland, 2000; Bell et coll., 2005; de Groot et Lustman, 2001; Gavard, Lustman et Clouse, 1993; Goldney, Phillips, Fisher et Wilson, 2004; Nichols et Brown, 2000), mais, généralement, le taux de diabétiques souffrant d'une dépression est de deux à trois fois supérieur à celui de la population en général – atteignant jusqu'à un tiers des diabétiques de type 1 ou de type 2 (Anderson et coll., 2001; Anderson et coll., 2000; Egede, 2005; Gonder-Frederisk et coll., 2002).

La dépression chez les diabétiques est associée à des concentrations élevées de glucose dans le sang, à un faible contrôle de la glycémie, à un mauvais mode de vie, à une faible observance du traitement, à une piètre qualité de vie, à des coûts considérablement plus élevés pour les soins de santé, à un risque accru de complications et à une plus grande mortalité (Anderson et coll., 2001; Egede, 2005; Gavard et coll., 1993; Goldney et coll., 2004; Gonder-Frederisk et coll., 2002; Kawakami et coll., 1999; Keawe'aimoku Kaholokula, Haynes, Grandinetti et Chang, 2006; Lustman et coll., 2000; McGill et coll., 1992; Peyrot et Rubin, 1997; Sacco et coll., 2007; Winokur, Maislin, Phillips et Amsterdam, 1988). Il a été démontré que les patients diabétiques déprimés ont des concentrations de sucre élevées dans le sang durant un épisode de dépression et

mettent plus de temps à se rétablir que les sujets non déprimés (Winokur et coll., 1988). Souvent, la dépression peut être un meilleur indicateur des conséquences de la maladie que les variables physiologiques (Knol et coll., 2006; Rubin et Peyrot, 1999). Il a été démontré que l'anxiété chronique est associée à l'hémoglobine glycosylée HbA_{1c}, une mesure de contrôle du diabète (Okada et coll., 1995). La même étude a permis de constater que la diminution de l'anxiété pourrait être utile pour contrôler le métabolisme du glucose (Okada et coll., 1995).

Au Canada, on a trouvé une seule étude qui s'intéresse à la relation entre la qualité de vie, le diabète et la dépression chez les Autochtones. Cette étude a permis de constater que les Autochtones ont une qualité de vie inférieure à celle des non-autochtones et que le nombre moyen de jours de mauvaise santé mentale est supérieur chez les Autochtones que dans les populations non autochtones (Thommasen, Berkowitz, Thommasen et Michalos, 2005). Seulement quelques études menées aux États-Unis ont examiné la prévalence des symptômes de dépression chez les indigènes diabétiques (Bell et coll., 2005; Sahmoun, Markland et Helgerson, 2007; Singh et coll., 2004; Tann, Yabiku, Okamoto et Yanow, 2007). Ces études présentent des résultats contradictoires. Certaines études ont montré que la prévalence des symptômes de dépression était plusieurs fois plus élevée chez les Amérindiens diabétiques que dans les autres ethnies (Tann et coll., 2007) et que chez les autres Amérindiens non diabétiques (Sahmoun et coll., 2007; Singh et coll., 2004), et supérieure, mais pas tellement significativement, à celle des autres minorités ethniques (Bell et coll., 2005). D'autres études n'ont montré aucune association entre la race et la mesure de la dépression lorsque les autres facteurs démographiques et de maladie étaient contrôlés (Peyrot et Rubin, 1997). La pauvreté des études sur les minorités ethniques, et sur les Autochtones canadiens en particulier, signifie qu'on en sait peu sur la prévalence de la dépression dans la population diabétique autochtone, les variations régionales, les caractéristiques démographiques et médicales associées à des taux plus élevés de dépression, les conséquences médicales de la dépression, le recours aux soins de santé ou les traitements efficaces et appropriés sur le plan culturel (Bell et coll., 2005; Rock, 2003).

La littérature a documenté une relation entre la dépression et les complications liées au diabète (de Groot, Anderson, Freedland, Clouse et Lustman, 2001), bien que la direction de la relation ne soit pas claire. Les diabétiques qui sont déprimés sont à risque accru de complications liées au diabète et plus le nombre de complications liées au diabète est élevé ou plus les complications sont graves, plus le niveau de dépression est élevé (de Groot, Anderson, Freedland, Clouse et Lustman, 2000; de Groot et coll., 2001; Peyrot et Rubin, 1997). La dépression peut jouer un rôle dans certaines complications (p. ex. la macroangiopathie), mais pas dans d'autres (p. ex. la néphropathie) (de Groot et coll., 2001). Puisque la prévalence de certains types de complications est plus élevée chez les Autochtones (p. ex. les complications rénales) (Hanley et coll., 2005) et que le taux de complications liées au diabète est plus élevé chez les Autochtones au Canada que dans la population en général (Hanley et coll., 2005; Santé Canada, 2000; Meatherall et coll., 2005; Simpson et coll., 2003), il faudra mieux comprendre la relation entre la dépression et les complications les plus courantes chez les Autochtones, comme la néphropathie.

Maladies cardiovasculaires

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les maladies cardiovasculaires constituent un groupe hétérogène de maladies du cœur et des vaisseaux sanguins, parmi lesquelles la maladie coronarienne et la cardiopathie ischémique sont les plus courantes. Bien qu'on ait constaté que

les maladies cardiovasculaires sont légèrement plus fréquentes dans la population des Premières nations, les taux chez les autres groupes autochtones sont limités. Lorsqu'on parle des maladies cardiovasculaires, il est important de noter leur interaction avec le diabète et les facteurs de risque de diabète (Bruce et coll., 2003; Simpson et coll., 2003). Cette relation est importante dans le contexte autochtone, car on a constaté que le diabète et les maladies cardiovasculaires présentent des taux de prévalence élevés. En outre, les diabétiques qui souffrent d'une dépression ont un risque accru de souffrir de maladies cardiovasculaires : on a constaté que la dépression est un facteur de risque indépendant pour le développement d'une maladie coronarienne chez les diabétiques (Anderson et coll., 2001). Egede (2005) a découvert que, chez les personnes ayant le diabète accompagné de dépression, le risque de décéder d'une cause ou d'une autre est beaucoup plus élevé, dépassant celui des personnes ayant uniquement le diabète ou une dépression, bien que le diabète demeure un indicateur de mortalité par maladie coronarienne plus important que la dépression (Egede, 2005). La recherche sur l'interrelation entre les maladies cardiovasculaires et la dépression sera examinée plus en détail ci-après.

Des études transversales et de cas-témoins ont montré que les taux de dépression sont supérieurs chez les patients souffrant d'une maladie coronarienne que dans la population en général (Pratt et coll., 1996). Jusqu'à 20 % des patients souffrant d'une maladie coronarienne satisfont aux critères d'une dépression majeure (Davidson et coll., 2006), ce qui correspond à trois fois la prévalence dans la communauté (Rozanski, Blumenthal et Kaplan, 1999). Entre 15 et 45 % des patients admis à l'hôpital à la suite d'un infarctus du myocarde sont déprimés et de 40 à 50 % présentent des niveaux d'anxiété de modérés à graves (Bennett et Carroll, 1997; Glassman et Shapiro, 1998; Hippisley-Cox et coll., 1998).

La dépression a été considérée comme un facteur de risque indépendant équivalent aux autres facteurs pronostiques médicaux considérés comme des facteurs de risque du développement ou de l'aggravation de maladies cardiovasculaires (Broadley, Korszun, Jones et Frenneaux, 2002; Davidson et coll., 2006; Frasure-Smith et Lesperance, 2005; Glassman et Shapiro, 1998; Hippisley-Cox et coll., 1998; Smith et Ruiz, 2002; Sullivan et coll., 1999). Plusieurs études soutiennent la notion de gradient entre l'ampleur de la dépression et de futurs événements cardiaques, laissant entendre que le risque de maladie coronarienne associée à la dépression existe selon un continuum, le risque relatif dépendant de l'ampleur des symptômes de dépression (Glassman et Shapiro, 1998; Rozanski et coll., 1999).

Chez les patients souffrant d'une maladie coronarienne préexistante, la dépression a généralement été associée à l'aggravation de la maladie (Carver, 2007; Glassman et Shapiro, 1998). Les estimations des effets de la dépression sur la maladie du cœur varient d'une étude à une autre, mais établissent que le risque de maladie cardiaque mortelle varie d'une fois et demie à sept fois (Broadley et coll., 2002; Davidson et coll., 2006; Frasure-Smith et Lespérance, 2000; Pratt et coll., 1996). La dépression est également associée à des résultats médicaux négatifs comme la faible observance du traitement et le recours accru aux soins médicaux (Gilmer et coll., 2005), une morbidité et une mortalité accrues, et une diminution de la qualité de vie (Davidson et coll., 2006; Hippisley-Cox et coll., 1998; Lustman, Clouse, Griffith, Carney et Freedland, 1997), même à de faibles niveaux (Davidson et coll., 2006). Une étude a permis de constater un risque accru de mortalité cardiaque ou d'infarctus chez 72 % de ses participants qui présentaient seulement deux symptômes de dépression, un niveau de dépression insuffisant pour diagnostiquer une dépression majeure ou même une dépression mineure (Horsten, Mittleman,

Wamala, Schenck-Gustafsson et Orth-Gomér, 2000). Chez ceux qui ont souffert d'une crise cardiaque, les niveaux de dépression ou d'anxiété supérieurs sont associés à une mortalité et à une morbidité plus élevées, à un faible rétablissement émotionnel, au manque d'amélioration à court terme et à une période de latence plus longue avant de revenir aux niveaux d'activité normaux (Bennett et Carroll, 1997; Gorkin, Follick, Wilkin et Niaura, 1994; Pratt et coll., 1996; Smith et Ruiz, 2002).

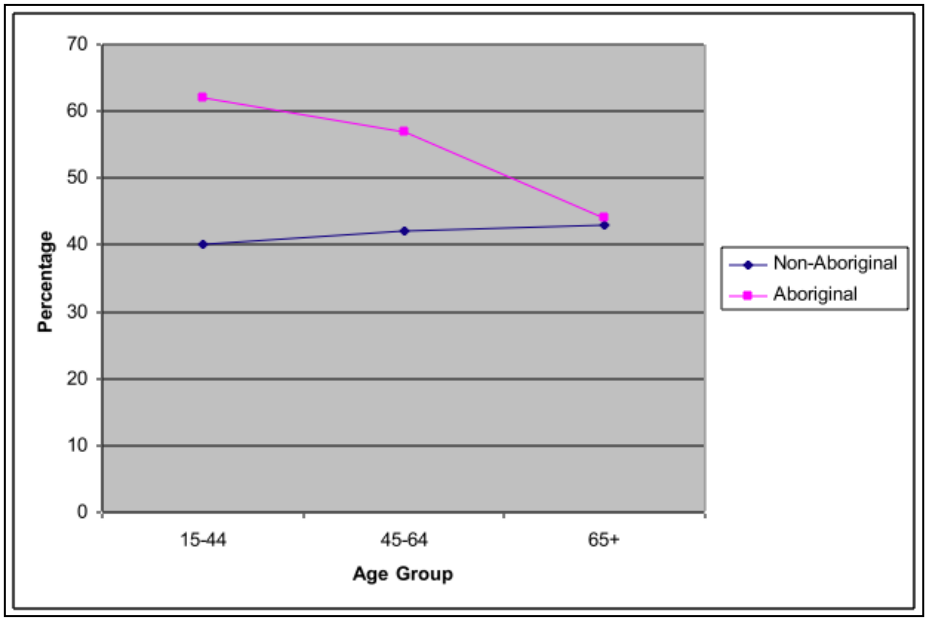
Une étude chez des aborigènes australiens a montré que le stress et l'inquiétude associés à un changement de situation sociale dans la communauté étaient souvent identifiés comme une cause perçue de maladie cardiaque et comme un facteur de complication dans la gestion de la maladie (Ong et Weeramanthri, 2002). La communauté considérait la maladie cardiaque comme un symbole des problèmes sociaux contemporains et d'une orientation incertaine de la communauté (Ong et Weeramanthri, 2002). Citant Humphrey et coll., 1998, Ong et Weeramanthri (2002) indiquent que le stress et l'inquiétude éprouvés par les indigènes n'étaient souvent pas reconnus par les non-indigènes, qui considèrent le stress comme étant associé uniquement à un mode de vie moderne et à la surcharge de travail. Comme Skinner et Silverman-Peach (1989) le décrivent, les fournisseurs de soins de santé non indigènes perçoivent souvent à tort le comportement stoïque des indigènes (en présence des non-indigènes) comme indiquant l'absence de stress (Skinner et Silverman-Peach, 1989).

Maladies squeletto-musculaires

Tel qu'indiqué dans la section sur le fardeau squeletto-musculaire, l'arthrite est l'une des maladies chroniques dont la prévalence est la plus élevée au Canada et une importante cause de morbidité, d'incapacité et de recours aux soins de santé (Lagacé, Perruccio, DesMeules et Badley, 2003). Une grande partie de la littérature porte sur la prévalence des affections squeletto-musculaires qui utilisent les termes arthrite ou rhumatisme pour décrire cet ensemble de douloureuses maladies des articulations allant de celles associées à l'usure du cartilage (ostéoarthrite) à celles associées à une inflammation découlant d'un trouble immunitaire (arthrite rhumatoïde). Ainsi, il est souvent trop difficile de distinguer les deux affections. Bien que la relation entre l'arthrite et l'ostéoarthrite et la santé mentale soit associée à une source d'information chaque fois qu'il est possible de le faire, des statistiques relatives à l'arthrite et au rhumatisme sont également utilisées.

Le taux d'arthrite et de rhumatisme est une fois et demie plus élevé chez les Premières nations et les Inuits que dans la population canadienne en général (Comité, 2004). Ainsi, chez les adultes autochtones, l'arthrite et le rhumatisme sont les affections chroniques les plus souvent déclarées (Statistique Canada, 2003) avec une prévalence standardisée pour l'âge de 27 % comparativement à 16 % dans la population non autochtone (Comité, 2005; Lagacé et coll., 2003). Puisque la prévalence de l'arthrite et du rhumatisme augmente avec l'âge (Lagacé et coll., 2003), l'impact de l'arthrite et du rhumatisme sur la population autochtone devrait augmenter à mesure que la population continue de vieillir (Burke, Zautra, Schultz, Reich et Davis, 2002).

Figure 5. Proportion des personnes arthritiques déclarant une mesure HUI indiquant une incapacité, par âge, autochtones vivant hors réserve et non autochtones, membres du ménage de 15 ans et plus, Canada, 2000



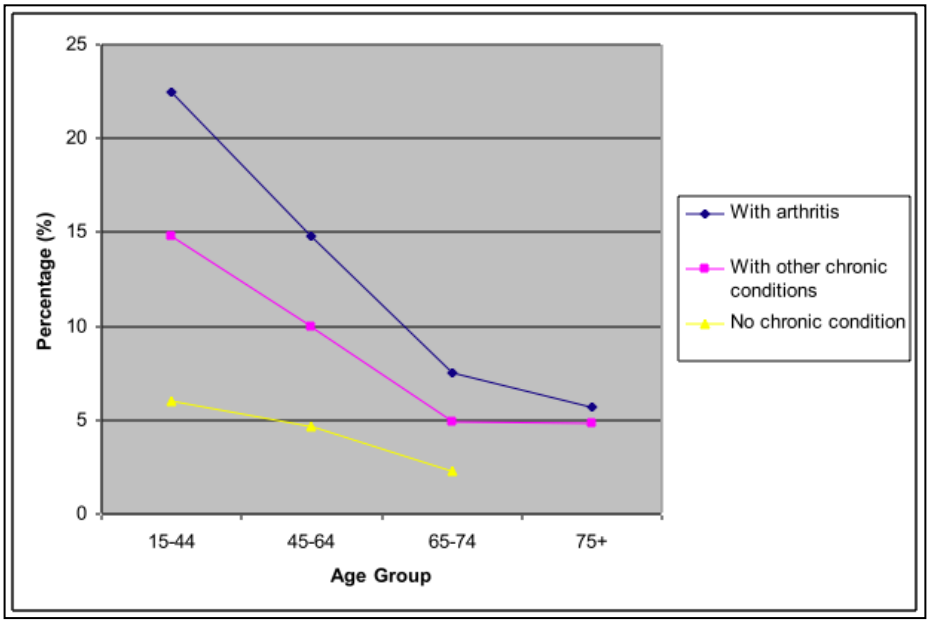
Source : (Lagacé et coll., 2003)

Les personnes arthritiques sont plus susceptibles que les personnes ayant d'autres maladies chroniques et non chroniques de souffrir de limitations des activités, d'une incapacité accrue et de douleurs allant de modérées à graves (Lagacé et coll., 2003; Verbrugge, Lepkowski et Konkol, 1991). Verbrugge, Lepowski et coll. (1991) ont constaté qu'en comparant des personnes arthritiques et non arthritiques ayant le même nombre d'affections, les arthritiques avaient plus de limitations physiques de toutes sortes (Verbrugge et coll., 1991). Ils ont également constaté que lorsque l'arthrite est accompagnée d'autres affections chroniques, les niveaux d'incapacité augmentent considérablement. Par exemple, pour la marche, Verbrugge, Lepowski et coll. (1991) ont constaté que le risque d'incapacité était multiplié par 100 chez les personnes arthritiques souffrant d'autres affections chroniques (rapport de cotes de 113,3) comparativement au rapport de cotes de 46,5 pour les personnes souffrant d'autres affections chroniques (sans l'arthrite) (Verbrugge et coll., 1991). On a également constaté que le taux d'incapacité est plus élevé chez les Autochtones arthritiques que chez les non-autochtones arthritiques, comme l'illustre la figure 2 ou 5? (Lagacé et coll., 2003).

Comme l'incapacité et la douleur sont associées à un risque accru de dépression, les personnes souffrant d'arthrite ou de rhumatisme sont particulièrement à risque de dépression (Barlow, Cullen et Rowe, 1999). Les personnes souffrant d'arthrite ou de rhumatisme sont plus sujettes à la dépression que la population en général (Batlow, Cullen et Rowe, 1999; Dickens, McGowan, Clark-Carter et Creed, 2002; Hawley et Wolfe, 1993; Lagacé et coll., 2003; Lin et coll., 2003; Nagyoca, Stewart, Macejova, van Dijk et van de Heuval, 2005; Nicassio, 2008; Treharne, Kitas, Lyons et Booth, 2005); les taux de dépression se situent entre 17 % et 42 % (Ang, Choi, Kroenke et Wolfe, 2005; Evers, Kraaimaat, Geenen et Bijlsma, 1997; Frank et coll., 1988; Hawley et

Wolfe, 1993; Rosemann et coll., 2007), mais ne sont pas supérieurs à ceux qui souffrent d'autres affections chroniques (Newman, 1997). Chez les patients présentant des symptômes de dépression allant de modérément graves à graves, seulement 19 % ont parlé de dépression lors de leurs visites médicales, et les patients ont dû entamer la discussion avec leur professionnel de la santé chaque fois (Sleath et coll., 2008).

Figure 6. Proportion des personnes dépressives, par âge, Canada, 2000



Source : (Lagacé et coll., 2003)

La relation entre l'arthrite rhumatoïde et la dépression a reçu plus d'attention dans la littérature que la relation entre l'ostéoarthrite et la dépression (Wolfe, 1999). Certaines études ont permis de constater que les personnes souffrant d'arthrite rhumatoïde sont plus déprimées que les personnes souffrant d'ostéoarthrite (Dickens et coll., 2002). D'autres études n'ont toutefois pas constaté que le taux de dépression était supérieur ou qu'elle est plus courante chez les patients souffrant d'arthrite rhumatoïde (Hawley et Wolfe, 1993). Étant donné que la plupart des personnes arthritiques des Premières nations souffrent d'ostéoarthrite[4] (Comité national de direction de l'enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999), la plupart des recherches disponibles ne portent pas sur l'affection dont la prévalence est la plus élevée chez les Autochtones. Bien que l'arthrite rhumatoïde ne soit pas notre principal intérêt dans l'étude des affections squeletto-musculaires chroniques, la recherche existante dans ce domaine peut être utile pour mieux comprendre les liens entre l'arthrite, l'ostéoarthrite et la dépression dans les communautés autochtones.

Par exemple, certains auteurs ont constaté que le temps écoulé depuis le début de la maladie est important. Treharne et coll. (2005) ont constaté que les patients dont le diagnostic d'arthrite

[4] Des enquêtes comme l'ERSPNI s'intéressent « à l'arthrite et au rhumatisme », mais ne peuvent distinguer les différents types de diagnostics. La plupart des personnes interrogées qui déclarent souffrir d'arthrite souffrent très probablement d'ostéoarthrite (Comité, 1999; Comité national de direction de l'enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999).

rhumatoïde était établi étaient moins déprimés que ceux dont le diagnostic était récent (Treharne et coll., 2005). D'autres n'ont trouvé aucune différence en ce qui concerne la dépression entre les patients dont le diagnostic était récent et les patients diagnostiqués depuis longtemps quant à la détresse qu'ils éprouvent (Barlow et coll., 1999; Barlow, Cullen et Rowe, 2002; Evers et coll., 1997). Une étude a permis de constater que les indicateurs les plus importants de la gravité de la dépression étaient la douleur perçue, le manque de contacts sociaux, la limitation physique des membres inférieurs et supérieurs, l'âge et l'indice de masse corporelle (Rosemann et coll., 2007). Une autre conclut que le sexe, la douleur et le statut fonctionnel, l'impact de la maladie sur la vie quotidienne et le soutien social perçu sont associés à la détresse psychologique chez les patients diagnostiqués récemment (Evers et coll., 1997). Par contre, une autre étude ne conclut pas que la douleur est un indicateur important des symptômes de dépression. Les croyances sur l'acceptation de sa maladie et la fatigue exerceraient plus d'influence (Barlow et coll., 1999).

Contrairement à d'autres maladies chroniques, personne ne semble suggérer que la dépression joue un rôle étiologique dans le déclenchement de l'arthrite ou du rhumatisme (Rosemann et coll., 2007). La dépression est vue plutôt comme un fardeau de plus qui affecte l'adaptation à la maladie et ultimement son évolution (Burke et coll., 2002). La dépression comorbide chez les arthritiques s'est avérée un indicateur indépendant de la mortalité toutes causes confondues chez les patients souffrant d'une dépression persistante ou récurrente, ces derniers étant deux fois plus susceptibles de mourir que les patients ne souffrant pas d'une dépression (Ang et coll., 2005).

Une relation directe entre les marqueurs physiques de l'étendue ou de l'activité de la maladie et de la dépression n'a pas été constatée (Newman, 1997). La recherche a montré que les mesures physiologiques objectives de la maladie ne sont pas des indicateurs aussi robustes de l'incapacité que les facteurs psychologiques comme la dépression et la souffrance (Botha-Scheepers et coll., 2006; Kee, 2003; Lin et coll., 2003).

8.3 Thèmes communs

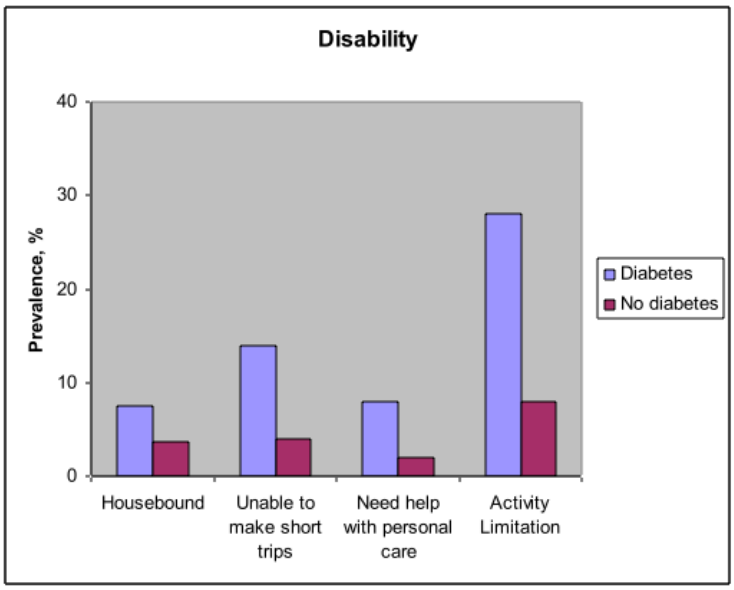
Comme le montre à l'évidence le texte précédent, il se dégage certains thèmes communs aux maladies chroniques qui ont un impact potentiel sur la santé mentale et qui peuvent prédisposer les personnes souffrant de maladies chroniques à la dépression. Les thèmes communs de l'incapacité, de la qualité de vie, de la perception de la maladie, de la perception de soi et du contrôle de soi seront abordés brièvement ci-après.

8.3.1 Degré d'incapacité

La relation entre le degré d'incapacité et la dépression s'étend à de nombreuses affections chroniques et a été explorée dans le contexte des différentes affections. La prévalence des affections chroniques a été associée à la limitation de l'activité chez les Autochtones et les Inuits au Canada : 24 % des personnes souffrant d'hypertension, 28 % de diabète, 33 % d'arthrite, 36 % d'une maladie cardiaque et 38 % d'un cancer ont déclaré un certain degré de limitation de l'activité (Centre des Premières Nations, 2004). On a constaté que les personnes souffrant d'une incapacité physique ont une moins bonne santé mentale (Barlow et coll., 1999; Cadman et coll., 1987; Cassileth et coll., 1984; Covington, 1991) et qu'une moins bonne santé mentale augmente l'incapacité (Patten, 1999; Penninx, Leveille, Ferrucci, van Eijk et Guralnik, 1999; Scott et coll., 2008; Sullivan et coll., 1999).

Une étude représentative en Ontario dans les années 1980 a permis de constater que les enfants ayant une maladie chronique et une incapacité associée avaient trois fois plus de risques de souffrir de troubles psychiatriques alors que les enfants ne souffrant que d'une affection chronique, mais sans incapacité, en avaient deux fois plus (Cadman et coll., 1987). Penninx, Beekman et coll. (1996) ont constaté que les maladies entraînant plus de handicaps fonctionnels, comme un accident vasculaire cérébral et l'arthrite, étaient plus souvent associées à une détresse psychologique que d'autres maladies chroniques causant moins de limitations fonctionnelles, comme le diabète, la maladie cardiaque et le cancer. Par contre, certaines études ont permis de constater que, chez les personnes vivant avec une maladie chronique, la diminution du fonctionnement physique et la progression de l'affection chronique n'étaient pas associées à une diminution proportionnelle de la santé mentale, probablement en raison d'un processus d'adaptation psychologique (Singer, Hopman et MacKenzie, 1999). Dans l'ensemble, la recherche a montré que les Autochtones souffrent davantage d'incapacité que la population canadienne en général (Centre des Premières Nations, 2005). Chez les adultes autochtones diabétiques, environ un quart d'entre eux éprouvent des limitations de l'activité causées par la maladie (Centre des Premières Nations, 2005). La figure 4 (ou 7?) présente les données sur les limitations de l'activité des Autochtones diabétiques, tel qu'indiqué dans l'ERSPNI de 1997.

Figure 7. Prévalence de l'incapacité chez les Autochtones diabétiques, en pourcentage



Source : Rapport national de l'enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999

Il a également été démontré que les troubles de santé mentale ont des effets négatifs sur l'incapacité, équivalents à ceux des affections physiques chroniques communes (Schonfeld et coll., 1997; Scott et coll., 2008). Une étude a permis de constater que la dépression chez les adultes plus âgés non handicapés souffrant d'une affection chronique augmente considérablement le risque d'incapacité, particulièrement pour l'arthrite et l'angine (Penninx et coll., 1999). Dans une étude de Scott, Von Korff et coll. (2008), les personnes souffrant de troubles mentaux étaient plus susceptibles d'être gravement handicapées que celles souffrant d'une affection physique (diabète, maladie respiratoire, maux de tête, maladie cardiaque, arthrite,

maux de dos ou de cou). Ils ont également constaté un effet synergétique entre la santé mentale et les affections physiques : les personnes souffrant de troubles mentaux et d'affections physiques étaient plus susceptibles d'être gravement handicapées que celles dans l'une ou l'autre condition seulement et la probabilité que cela se produise était plus grande que la somme des probabilités de chaque condition prise individuellement (Scott et coll., 2008). L'impact de l'association entre la maladie chronique et la santé mentale et la qualité de vie est directement associé à l'incapacité, ce dont il est question ci-après.

8.3.2 Impact sur la qualité de vie

La qualité de vie liée à la santé renvoie aux diverses influences de la santé, de la maladie et du traitement médical sur la façon dont une personne perçoit son fonctionnement et son bien-être (Jacobson, de Groot et Samson, 1997). La dépression, la maladie chronique et la qualité de vie sont étroitement associées, bien que la direction de la relation ne soit pas claire (Jacobson et coll., 1997). Des études sur des personnes diabétiques ont permis de constater qu'un diabétique souffrant d'une dépression a une moins bonne qualité de vie qu'un diabétique qui n'est pas déprimé (Goldney et coll., 2004; Gonder-Frederisk et coll., 2002; Jacobson, De Groot et Samson, 1994; Thommasen et coll., 2005). L'effet de la dépression sur la qualité de vie serait plus important que celui du diabète sur la qualité de vie (Goldney et coll., 2004). En ne considérant que l'impact du diabète sur la qualité de vie, on a constaté que les diabétiques ont une moins bonne qualité de vie que la population en général (Gonder-Frederisk et coll., 2002; Jacobson et coll., 1997; Mayou, Bryant et Turner, 1990; Rubin et Peyrot, 1999; Steed, Cooke et Newman, 2003).

Tableau 5. Indicateurs d'auto-détermination selon les sentiments de dépression ou de tristesse

	Déprimé	
% Fortement d'accord que…	Oui	Non
Je peux résourdre mes problèmes.	32.40%	38.50%
Personne ne m'incite à aller de l'avant dans la vie.	33.80%	41.00%
J'ai le contrôle sur ce qui m'arrive.	28.00%	31.1% (NS)
Je peux faire tout ce qui me vient à l'esprit	35.20%	43.20%
Je me sens souvent impuissant devant les problèmes de la vie.	7.40%	4.10%
Ce qui m'arrivera à l'avenir dépent surtout de moi	37.00%	37.6% (NS)
Je ne peux pas faire grand-chose pour changer plusieurs Aspects importants de ma vie	10.60%	5.90%

Source : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003 : résultats pour les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans les communautés des Premières nations

La raison en est probablement multifactorielle. Les diabétiques tendent à avoir un surplus de poids, à pratiquer moins d'activité physique et sont plus susceptibles de présenter des

comorbidités médicales (Gonder-Frederisk et coll., 2002; Jacobson et coll., 1997; Rubin et Peyrot, 1999; Thommasen et coll., 2005). Une meilleure qualité de vie est associée à des concentrations plus faibles de glucose dans le sang et à un contrôle métabolique strict (Jacobson et coll., 1997; Rubin et Peyrot, 1999). Au Canada, seulement une étude a permis de constater la relation entre la qualité de vie, le diabète et la dépression chez les Autochtones. Cette étude a permis de constater que les Autochtones ont une moins bonne qualité de vie que les autres et comptent un nombre moyen de jours de mauvaise santé mentale supérieur aux autres (Thommasen et coll., 2005). Comme l'information dans ce domaine porte surtout sur le diabète, la recherche sur l'impact des autres maladies chroniques et leur lien avec la santé mentale sur la qualité de vie sera importante dans le futur.

8.3.3 Perceptions de la maladie et de son état de santé

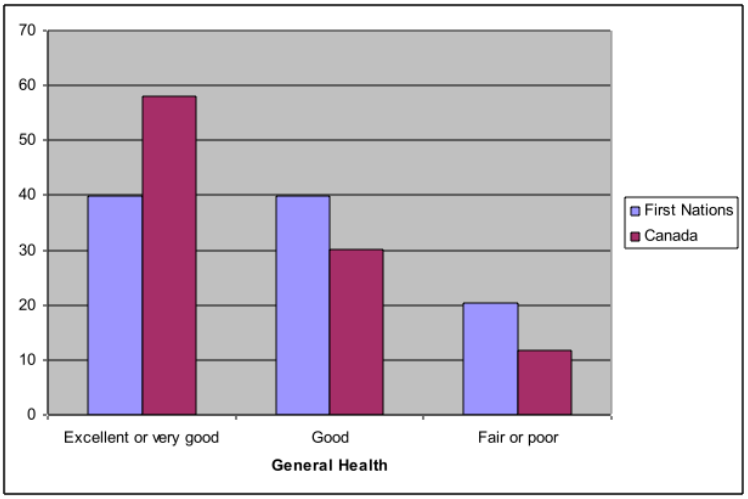
Les perceptions de la maladie et son acceptation influencent la présence de dépression chez les personnes souffrant d'une maladie chronique (Stanton et Revenson, 2007). Les perceptions de la maladie sont les croyances que les patients ont sur leur maladie, sur ses effets, sur les raisons de son déclenchement, sur sa durée et sur les possibilités de guérison ou de contrôle de la maladie (Botha-Scheepers et coll., 2006). Chez les personnes souffrant d'arthrite ou de rhumatisme, il a été démontré que les perceptions ont un grand impact sur les résultats (Botha-Scheepers et coll., 2006). Par exemple, un patient qui considère la maladie comme négative, incontrôlable et chronique est plus susceptible de moins bien s'adapter à la maladie, de présenter plus d'incapacité, d'être moins satisfait de sa vie et de souffrir de plus de dépression, d'anxiété, de douleur et de fatigue (Botha-Scheepers et coll., 2006; Kee, 2003; Nagyoca et coll., 2005; Treharne et coll., 2005). Par contre, une personne qui accepte sa maladie chronique est capable d'établir un nouveau cadre de vie et des objectifs raisonnables et de les réaliser (Nagyoca et coll., 2005). Arpin, Fitch et coll. (1990) ont constaté que le sens donné à la maladie était le facteur qui contribuait le plus aux différences d'adaptation observées chez les malades chroniques, quel que soit le type de maladie ou sa gravité (Arpin et coll., 1990). Ils ont ensuite suggéré que, puisqu'il n'existe aucune relation entre la gravité de la maladie et le sens donné à la maladie, les attitudes défavorables à l'égard de la maladie devraient servir à identifier les patients ayant besoin de services psychologiques (Arpin et coll., 1990).

La recherche sur des Amérindiens souffrant de rhumatisme et d'ostéoarthrite a permis de constater que les patients qui auraient dû avoir moins de capacités fonctionnelles et plus de douleur et de souffrance semble manquer du texte même en anglais (Kramer, Harker et Wong, 2002). La même recherche a conclu à l'absence de pensées négatives, ces dernières étant généralement associées à de moins bons résultats psychologiques et à une plus grande incapacité physique (Kramer et coll., 2002). McCubbin, Thompson et coll. (1993) ont constaté que les Amérindiens définissent le sens de l'incapacité dans le cadre d'un modèle plus général d'harmonie-inharmonie et considèrent les personnes souffrant d'une maladie chronique comme des membres actifs et précieux de la société et non comme des personnes différentes et stigmatisées.

On a également constaté que la perception de son état de santé est un facteur important de dépression chez les malades chroniques. Chez les Autochtones, la perception de son état de santé a été associée au suicide, l'indicateur le plus dramatique de la détresse. On a constaté que les pensées suicidaires sont plus fréquentes chez les personnes qui considèrent que leur santé est de

passable à mauvaise (38,4 %) que chez celles qui se déclarent en excellente santé (28,9%) (Centre des Premières Nations, 2005).

Figure 8. Santé générale des adultes des Premières nations et des autres adultes au Canada



Source: Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003 : résultats pour les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans les communautés des Premières nations

Chez les personnes souffrant d'arthrite rhumatoïde, l'optimisme est associé à moins d'anxiété, à moins de dépression et à plus de satisfaction à l'égard de la vie. Il y a également des indications que les personnes ayant une haute estime de soi, le contrôle de leur vie et de l'optimisme s'adaptent beaucoup mieux à la maladie chronique (Helgeson et Reynolds, 2002). L'optimisme a été associé à moins de douleur au début de l'arthrite et, fait intéressant, à davantage de douleur chez les personnes qui souffrent de la maladie depuis plus longtemps, reflétant probablement des attentes insatisfaites quant à l'amélioration de leur condition (Treharne et coll., 2005).

8.3.4 Image corporelle et estime de soi

Tout comme pour la perception de la maladie, on a constaté que l'estime de soi est associée à la santé physique et psychologique. Bien qu'aucune étude n'examine directement la relation entre l'estime de soi, la dépression et la maladie chronique chez les Autochtones, des études sur d'autres populations et touchant un ou plusieurs de ces aspects permettent de jeter les bases de cette relation. Par exemple, on a constaté qu'une faible estime de soi double le risque d'une dépression au cours de la vie (Nagyoca et coll., 2005). Chez les personnes souffrant d'arthrite rhumatoïde, un niveau élevé d'estime de soi, accompagné d'une meilleure adaptation à la maladie, a été associé à moins de détresse psychologique (Nagyoca et coll., 2005). L'image corporelle et l'estime de soi ont été particulièrement reliées à la santé psychologique chez les adolescents souffrant de maladies chroniques. Une étude de Wolman et coll. (1994) a permis de constater que l'image corporelle est le plus important indicateur du bien-être émotionnel chez des étudiants souffrant d'une affection chronique, indiquant qu'un bon sens de soi (image corporelle) ainsi que la cohésion et le soutien de la famille ont un impact plus important sur le développement émotionnel que le fait d'avoir une incapacité. Des adolescents de la Colombie-Britannique souffrant d'une maladie chronique ou d'une

incapacité sont plus susceptibles d'avoir une faible estime de soi que ceux qui n'ont pas de maladie chronique (17 % vs 5 %) (The McCreary Centre Society, 1994). Chez les jeunes autochtones handicapés, 78,2 % sont un peu moins susceptibles d'être d'accord ou fortement d'accord avec l'énoncé « J'aime comment je suis » comparativement à 85,6 % chez les jeunes sans incapacité. La différence est la plus prononcée chez les hommes, parmi lesquels ceux qui ont une incapacité sont d'accord ou fortement d'accord à 79,6 % avec l'énoncé, comparativement à 90,4 % de leurs homologues sans incapacité (Centre des Premières Nations, 2005). En plus de l'impression de confort et de la fierté à l'égard de son corps et de ses capacités personnelles, le sentiment d'avoir le contrôle de sa vie est également relié aux maladies chroniques et à la santé mentale.

8.3.5 Maîtrise

Le sens de la maîtrise renvoie au degré de contrôle que les gens estiment avoir sur leur vie (De Marco, 2000). La perception d'une faible maîtrise entraîne un sentiment d'impuissance et est associée à de moins bons résultats de santé et psychologiques (Daniel, O'Dea, Rowley, McDermott et Kelly, 1999; Gonder-Frederisk et coll., 2002; Sunday, Eyles et Upshur, 2001). Un sentiment de plus faible maîtrise peut être plus fréquent chez les malades chroniques à cause de la détérioration physique progressive et de l'apparition de symptômes imprévisibles commune à plusieurs maladies chroniques (Helgeson et Reynolds, 2002). Il est également plus probable que les malades chroniques et les personnes souffrant d'une incapacité physique soient confrontés à des problèmes difficiles à résoudre (Penninx et coll., 1996). Un sentiment de maîtrise élevé a été relié à un meilleur état de santé physique et psychologique chez les arthritiques (Barlow et coll., 2002; Burke et coll., 2002) et, chez les Autochtones du Canada, une bonne maîtrise a été associée à des niveaux normaux de lipides sanguins (Daniel, Rowley, Herbert, O'Dea et Green, 2001) et à de faibles niveaux de glucose (Daniel et coll., 1995). De même, une recherche américaine a constaté une relation inverse entre la douleur arthritique chez les Amérindiens et un bon sens de la maîtrise (Kramer et coll., 2002). Dans une autre étude, on a constaté que des personnes arthritiques ayant une bonne connaissance de leurs capacités avaient un seuil de tolérance à la douleur plus élevé alors que d'autres moins au fait de leurs capacités souffraient d'une plus grande incapacité physique, de plus de douleur, de plus de fatigue, de plus de dépression et d'anxiété et acceptaient moins bien leur état (Barlow et coll., 2002). Une étude chez des femmes ayant une incapacité physique a permis de constater que les femmes ayant de solides ressources personnelles (sens de la maîtrise, estime de soi ou endurance) avaient une bien meilleure capacité d'adaptation psychosociale à long terme, peut-être en raison de leur capacité à mieux vivre avec les épreuves et les difficultés familiales quotidiennes liées à leur maladie et à utiliser plus efficacement leurs ressources même si elles sont limitées (Dangoor et Florian, 1994).

Dans l'enquête régionale sur la santé de 2002-2003, on posait des questions associées de près à la maîtrise, et les résultats (voir le tableau 3 ou 5?) diffèrent selon qu'il y a dépression ou non (Centre des Premières Nations, 2005). Chez les adultes autochtones canadiens qui étaient déprimés, seulement 28 % croyaient qu'ils pouvaient contrôler ce qui leur arrivait, 7,4 % se sentaient impuissants à régler les problèmes de la vie et 10,6 % croyaient fermement qu'ils ne pouvaient pas faire grand-chose pour changer plusieurs aspects importants de leur vie (Centre des Premières Nations, 2005). L'enquête a permis de constater un modèle semblable chez les jeunes souffrant d'une incapacité (First Nations Centre, 2005).

Indicateurs d'auto-détermination selon les sentiments de dépression ou de tristesse

Source : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003 : résultats pour les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans les communautés des Premières nations

Malheureusement, le sentiment d'impuissance et un faible degré de contrôle des aspects qui affectent leur vie sont courants dans de nombreuses communautés autochtones. Il s'agit en grande partie du résultat des impacts de la colonisation (Boston et coll., 1997; Grams et coll., 1996). Ce sentiment d'impuissance est depuis longtemps reconnu comme un important déterminant de la santé des Autochtones (Tsey et Every, 2000).

8.4 Comorbidité

8.4.1 Cancer et diabète

Le diabète semble accroître le risque de développer un cancer en général, car les changements dans les cellules affectées par le diabète peuvent faciliter la croissance des cellules cancéreuses, en particulier pour les cancers du foie, de l'œsophage, du côlon, du pancréas et d'autres cancers associés à l'obésité (Marrett, 2003). Les facteurs qui sont associés aux taux accrus de diabète comprennent le surpoids ou l'obésité, l'obésité abdominale, l'inactivité physique, les antécédents familiaux de diabète, un diagnostic de diabète gestationnel, la consommation élevée de gras saturés, l'hypertension, le cholestérol élevé, la diminution de la tolérance au glucose et l'ascendance autochtone, africaine, hispanique ou asiatique (Santé Canada, 2000). Comme on peut le voir dans cette liste, plusieurs facteurs de risque du diabète sont également des facteurs de risque du cancer, comme une alimentation riche en gras, l'inactivité et l'obésité. La prévalence du diabète dans la population autochtone est très élevée : 19,7 % chez les Premières nations, alors qu'elle est de seulement 4,9 % à 5,8 % dans la population canadienne en général. Selon l'enquête régionale sur la santé de 2002-2003, la plupart des Autochtones (78,2 %) ont reçu un diagnostic de diabète de type 2, 9,9 %, de diabète de type 1, et 9,8 % ont appris qu'ils étaient dans un état prédiabétique. Le diabète et l'intolérance au glucose sont les facteurs de risque les plus courants de maladies cardiovasculaires dans la population autochtone (Harris et coll., 2002), et c'est pourquoi il est si important de comprendre les liens entre ceux deux affections chroniques et l'interaction de leurs facteurs de risque. Ainsi, tout facteur de risque du diabète est un facteur de risque indirect d'une maladie cardiovasculaire.

8.4.2 Diabète et maladies cardiovasculaires

Le diabète est un facteur de risque de développer une maladie cardiovasculaire. Environ 70 % des décès des adultes diabétiques sont causés par une maladie cardiovasculaire (Daniel et coll., 2001; Gilmer et coll., 2005). Une étude menée dans des communautés indiennes en Arizona, en Oklahoma, au Dakota du Sud et au Dakota du Nord a permis de constater que le diabète est très fortement associé à la maladie coronarienne chez les Amérindiens (Howard et coll., 1995). L'hypertension est un facteur de risque de développer une maladie cardiovasculaire (Johnston, 1997), et sa prévalence est un peu plus élevée chez les adultes autochtones que dans la population en général (20,4 % comparativement à 16,4 %) (Centre des Premières Nations, 2005). D'autres rapports ont estimé que la prévalence de l'hypertension et des problèmes cardiaques chez les Autochtones dans les réserves était d'environ trois fois le taux de la population canadienne en général (Santé Canada, 2000). Les taux de lipides sanguins sont également associés au risque de maladie cardiaque et, fait intéressant, les bons taux de lipides sanguins ont

été associés à une bonne maîtrise et à peu de dépression chez les Autochtones canadiens (Daniel et coll., 2001). Chez les Autochtones, 50 % des répondants diabétiques ont signalé souffrir d'hypertension et 26 %, d'une maladie cardiaque; la prévalence était 3,3 et 3,9 fois celle des répondants non diabétiques (Young et coll., 2000). D'autres études ont permis de constater que 43 % des Autochtones diabétiques souffraient d'hypertension, comparativement à seulement 10 % chez les non-diabétiques (Santé Canada, 2000).

8.4.3 Ostéoporose et maladies chroniques

Une récente étude au Manitoba a permis de constater les associations suivantes entre les fractures ostéoporotiques et les maladies chroniques (Leslie, 2006) :

Le diagnostic de diabète est faiblement associé aux fractures ostéoporotiques après le contrôle de toutes les variables;

L'ethnicité est fortement associée à des taux supérieurs de fractures ostéoporotiques;

Plus grand nombre de maladies ambulatoires;

Problème d'abus d'intoxicants corrélé avec un plus grand risque de fractures tous sites confondus.

8.4.4 Déséquilibre de la santé et comorbidité

L'incidence que la maladie mentale peut avoir sur d'autres dimensions de la santé sera abordée à la fin de cette section.

Étant donné les effets débilitants de la maladie mentale, il n'est pas étonnant d'apprendre que les personnes ayant une maladie mentale peuvent et ont souvent d'autres problèmes de santé. Pour les Autochtones qui considèrent la santé comme un équilibre entre la santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle ([CGIPN], 2005; Canada, 2006; Smye et Mussell, 2001), le déséquilibre d'une dimension de la santé peut causer un déséquilibre dans une autre. Par exemple, la maladie mentale peut entraver la capacité d'une personne d'adopter des comportements sains qui réduisent le risque de maladie physique (Lando, Williams, Williams et Sturgis, 2006). En outre, une mauvaise santé mentale peut entraver le traitement d'une maladie chronique (Lando et coll., 2006). Par contre, le fait de vivre avec une maladie physique chronique comme le diabète ou le cancer peut influer négativement sur la santé mentale (Lando et coll., 2006). La santé émotionnelle peut également être entravée par la maladie mentale; le fait de s'identifier comme étant malade mental peut conduire à des sentiments d'aliénation et de désespoir (Lefley, 1990). Le lien entre la santé mentale et la santé spirituelle semble toutefois moins clair, bien que quelques Autochtones se soient rétablis d'une maladie mentale en favorisant la santé spirituelle (Storck et coll., 2000).

Il existe certaines données probantes sur la relation entre la maladie mentale et la santé physique dans la recherche portant sur la santé mentale des Autochtones. Une étude récente a permis de constater que la prévalence des maladies cardiovasculaires est deux fois plus élevée chez les Amérindiens ayant un diagnostic de dépression majeure au cours de leur vie que chez les autres (Sawchuk et coll., 2005). Dans la même étude, la prévalence des maladies cardiovasculaires était deux fois plus élevée chez les participants ayant un syndrome de stress post-traumatique (SSPT)

que chez les autres, et les facteurs de risque établis de maladie cardiovasculaire étaient également plus fréquents chez les participants ayant le SSPT (Sawchuk et coll., 2005). D'autres études ont relié l'abus d'intoxicants (particulièrement par injection) à l'augmentation des maladies transmissibles, comme le VIH et l'hépatite C, dans les populations autochtones (Callaghan, Cull, Vettese et Taylor, 2006; Spittal et coll., 2007).

L'abus d'intoxicants a également été relié à d'autres maladies mentales. Les personnes souffrant d'une maladie mentale sont plus à risque d'abuser des intoxicants, probablement à cause de leur désir d'« autoguérir » des symptômes psychologiques indésirables ou « d'engourdir » des sentiments douloureux (Phoenix Kasten, 1999). Comme nous l'avons mentionné dans la section précédente sur la dépendance, certaines personnes autochtones ont identifié leur abus d'intoxicants comme une tentative d'engourdir la douleur causée par les mauvais traitements et les sévices sexuels, la faible estime de soi, la perte de culture et d'identité, et l'histoire familiale de toxicomanie (Wardman et Quantz, 2005). Ainsi, les fardeaux sociaux des familles et des communautés peuvent influencer le bien-être mental de la personne. En retour, les comportements des personnes ayant une maladie mentale affectent les familles et les communautés (Warry, 1998). La section suivante montre comment les aidants naturels sont affectés par la maladie mentale et comment les fardeaux sociaux que sont la violence, l'abus d'intoxicants, l'incarcération et le suicide affectent la santé mentale de communautés entières.

Le lourd fardeau de la maladie chronique dans les populations autochtones, démontré dans les sections précédentes sur le « fardeau de la maladie », met en lumière la nécessité de comprendre les facteurs de risque de maladies chroniques dans les populations autochtones, car c'est avec cette compréhension des facteurs de risque communs que des stratégies pour améliorer la santé et le bien-être des Autochtones pourront être élaborées.

UNE APPROCHE FONDÉE SUR LE PARCOURS DE VIE : LES FACTEURS DE RISQUE DE MALADIES CHRONIQUES DANS LES POPULATIONS AUTOCHTONES AU CANADA

1. Introduction : adoption d'une approche fondée sur le parcours de vie

Afin de comprendre l'origine de l'augmentation des maladies chroniques dans les pays industrialisés tout au long du vingtième siècle, particulièrement pendant la période de l'après-guerre, les épidémiologistes, les professionnels de la santé et les décideurs ont ciblé les facteurs de risque au cours de la vie adulte (Kuh et Ben-Shlomo, 2004). Ainsi, le ciblage des comportements adultes et des facteurs liés au mode de vie, comme l'obésité, le tabagisme et le cholestérol élevé, est devenu le modèle qui prévaut pour la prévention des maladies chroniques et l'intervention (Kuh et Ben-Shlomo, 2004). Dans le monde industrialisé, cette approche et ses programmes ont été très fructueux pour alléger les problèmes associés aux maladies chroniques : les résultats de l'étude sur le cœur de Framingham sur 40 ans indiquent qu'aux États-Unis, plus de la moitié de la diminution de la mortalité causée par la maladie coronarienne observée chez les femmes et un tiers à la moitié de la diminution observée chez les hommes peut être attribuée aux changements des facteurs de risque au cours de la vie adulte (Sytkowski et coll., 1996). Malheureusement, l'amélioration globale des facteurs de risque au cours de la vie adulte et des maladies chroniques est limitée à certaines populations : alors que les taux de certaines maladies chroniques ont diminué dans les populations occidentales, les maladies chroniques sont une cause croissance de mortalité et de morbidité dans les populations vulnérables, comme les populations autochtones du Canada (Smeja et Brassard, 2000).

Un autre problème posé par l'approche des facteurs de risque au cours de la vie adulte est que, puisque les adultes sont ciblés pour changer leurs habitudes, la génération suivante grandit dans les mêmes conditions qui ont favorisé le développement de la maladie chronique des parents. Lorsque ces conditions ont leurs racines dans une population dont le statut socio-économique est bas, le risque de maladie augmente et l'application à la maladie chronique d'une approche fondée sur le mode de vie adulte est inefficace. Les disparités et les iniquités sociales en santé reconnues dans les communautés autochtones de tout le pays suggèrent qu'une approche fondée sur les facteurs de risque au cours de la vie adulte ne suffit pas. Les résultats d'études récentes sur les Autochtones renforcent un « cadre des déterminants de la santé », qui indique que des dispositions élargies en matière de bien-être social doivent être considérées pour réduire les disparités en santé (Newbold, 1998).

Au cours des 20 dernières années, l'épidémiologie des parcours de vie a émergé comme une solution de remplacement au modèle prévalent fondé sur les facteurs de risque décrit ci-dessus (Kuh, Ben-Shlomo, Lynch, Hallqvist et Power, 2003). L'épidémiologie des parcours de vie a été définie comme l'étude des effets à long terme des expositions physiques ou sociales durant la grossesse, l'enfance, l'adolescence, la jeune vie adulte et la vie adulte sur la santé du développement et les risques de maladie plus tard (Kuh et coll., 2003). L'épidémiologie des parcours de vie offre un moyen de conceptualiser la façon dont les déterminants de la santé biologiques et socio-environnementaux vécus à différentes étapes de la vie peuvent influer différentiellement sur le développement de maladies chroniques (Moore et Davies, 2005). L'avantage de cette perspective est qu'elle élargit les modèles conventionnels des risques pour la santé fondés sur les modes de vie adultes en reconnaissant que les facteurs psychologiques et

physiologiques survenant tout au long de la vie peuvent affecter divers résultats, du bien-être général au fonctionnement physique et au développement de maladies chroniques (Ben-Shlomo et Kuh, 2002, 1996; Darnton-Hill, Nishida et James, 2004). L'un des principaux atouts de cette approche est qu'elle montre également comment les risques qui surviennent tout au long de la vie peuvent être déterminés, corrigés ou modifiés au cours de la longue période nécessaire au développement d'une maladie chronique (Lynch et Smith, 2005). Parallèlement, « une perspective axée sur le parcours de vie permet de voir les différences en matière de santé parmi les populations, les groupes d'âge, etc., comme le résultat d'une accumulation de désavantages matériels qui reflètent en grande partie des circonstances économiques et sociales différentes » (Darnton-Hill et coll., 2004). Ce n'est qu'après avoir considéré la maladie comme un aspect du parcours de vie de la personne que « la prévention et le contrôle de la maladie chronique (…) peuvent être intégrés intimement dans la vie quotidienne normale » (Darnton-Hill et coll., 2004) et soutenus afin de favoriser la santé des communautés. Ainsi, les stratégies qui visent les facteurs de risque doivent tenir compte continuellement des « facteurs économiques, sexuels, politiques, comportementaux et environnementaux sous-jacents qui favorisent ces risques de maladie » (Darnton-Hill et coll., 2004) dans tous les groupes d'âge et d'une génération à l'autre.

L'approche fondée sur le parcours de vie ajoute également au modèle des facteurs de risque au cours de la vie adulte une meilleure compréhension du moment et de la durée d'exposition aux risques en mettant l'accent sur ces aspects (Ben-Shlomo et Kuh, 2002). Plusieurs modèles ont été utilisés pour déterminer l'importance du temps dans le développement de la maladie et ont servi de base aux cadres théoriques sous-jacents des études fondées sur le parcours de vie. Le modèle de la période critique suppose que l'exposition à une certaine période, habituellement tôt dans la vie, a un effet permanent qui demeure relativement stable tout au long de la vie. Ce modèle peut être élargi en analysant l'interaction de ces expositions précoces avec des expositions plus tard dans la vie. Un autre modèle possible est celui de l'accumulation des risques qui postule que le développement de la maladie est le résultat d'expositions et de dommages cumulatifs au cours de la vie à un certain seuil. Enfin, le modèle de cheminement suggère qu'une exposition augmente la probabilité d'autres expositions, qui peuvent éventuellement déclencher une maladie. Bien que la durée, l'ampleur et l'impact de l'exposition soient différents pour chacun de ces modèles, ils traitent tous de l'importance de tenir compte de l'interconnexion entre le temps et le risque de maladie pour obtenir une meilleure compréhension de l'étiologie des maladies chroniques. En plus des avantages qu'offre le parcours de vie pour l'organisation des méthodes d'investigation et de recherche, une approche fondée sur le parcours de vie offre un outil efficace aux décideurs, car, comme l'indique l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une telle approche peut aider à déterminer les politiques et les méthodes de prévention les plus efficaces et éventuellement les plus fructueuses pour combattre les maladies chroniques (OMS, 2005).

1.1 Perspective du parcours de vie et santé des Autochtones

Le fardeau des maladies chroniques dans les populations autochtones est un grave problème de santé publique. Comme les taux de morbidité et de mortalité associés aux maladies chroniques continuent de montrer des signes de croissance dans ces populations (Smeja et Brassard, 2000), une nouvelle approche pour étudier les tendances des maladies et faciliter des interventions positives est nécessaire. Tel que mentionné ci-dessus, la perspective du parcours de vie offre un modèle théorique approprié à cette fin. De plus, l'approche fondée sur le parcours de vie est complémentaire des perspectives autochtones sur la santé. Premièrement, une perspective du

parcours de vie offre aux chercheurs un outil pour intégrer le savoir scientifique, culturel et sociologique d'une manière significative; cette fusion est nécessaire pour satisfaire à la fois les exigences scientifiques et culturelles de la recherche sur la santé des Autochtones.

Deuxièmement, la recherche sur le parcours de vie aborde la santé d'une manière holistique (Lynch et Smith, 2005), une approche complémentaire aux conceptions autochtones de la santé et du bien-être qui englobent les aspects physique, mental, émotionnel et spirituel (Bartlett, 1998). Ces conceptions sont illustrées par une citation tirée de l'enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits de 2002-2003 : « Le cycle de vie du cercle d'influences connecte les expériences et le bien-être des nourrissons aux expériences et au bien-être des enfants, des jeunes, des jeunes adultes, des parents, des grands-parents et des aînés, d'un point de vue individuel, familial, communautaire et autochtone. » (Centre des Premières Nations, 2005).

La crise de l'état de santé des Autochtones d'aujourd'hui se complique de problèmes profondément enracinés dans les disparités sociales (Adelson, 2005), et c'est pourquoi on ne croit pas que l'évaluation des risques ou les recommandations sur la santé réduiront le fardeau de la maladie si on ne privilégie pas une compréhension parallèle de l'importance du changement social. L'épidémiologie du parcours de vie offre un cadre conceptuel pour intégrer les facteurs de risque sociaux et biologiques (Kuh et coll., 2003) : elle permet au chercheur et à la communauté de déterminer les modèles de risques dominants dans la région et de cibler leur éradication avant qu'une accumulation de ces risques devienne un problème. Parce qu'une recherche réalisée « par et pour » les Autochtones et reflétant les perspectives autochtones est la plus susceptible d'améliorer la santé des Autochtones du Canada (O'Neil, Reading, Bartlett, TK et J, 1999), la reconnaissance des valeurs sociales et culturelles du parcours de vie est également prometteuse. À mesure que les populations autochtones acquièrent les ressources nécessaires à leur responsabilisation, les applications de l'épidémiologie du parcours de vie pourraient être utilisées pour formuler de nouvelles recommandations stratégiques fondées sur la prévention.

1.2 Application de l'approche fondée sur le parcours de vie

En étudiant le développement d'une personne et les expositions aux risques tout au long de sa vie, en termes de conditions biologiques et de facteurs socio-économiques, la structure de la morbidité chronique peut être mieux comprise. Ainsi, les facteurs de risque notés dans la littérature seront abordés pour le stade de vie particulier où ils ont un grand impact ou auquel une personne court le risque le plus élevé de développer une maladie chronique. Cette section commencera toutefois par une discussion des facteurs de risque communautaires et de grande portée qui influencent la santé et le bien-être tout au long de la vie. Ces facteurs de risque qui se recoupent sont d'abord abordés pour aider à établir le contexte et mettre en lumière les facteurs sous-jacents qui influencent la santé et le bien-être de la population autochtone. Ensuite, cette section examinera les différentes étapes de la vie. Naturellement, nous commencerons par les facteurs de risque prénatals. Suivra un approfondissement des facteurs de risque à la naissance, au cours de la petite enfance, de l'enfance, de l'adolescence et de la vie adulte. Il s'agit d'un ordre naturel et logique qui suit la trajectoire de la vie et le parcours chronologique de l'exposition au risque et du développement de la maladie. Bien que cette séparation des différentes étapes de la vie soit importante, il est également important de se rappeler que les nombreux facteurs de risque sont présents à plusieurs étapes de la vie. Afin d'éviter le

dédoublement, l'attention sera portée sur le moment de l'exposition et l'impact des facteurs de risque sur la santé et le développement à long terme.

La discussion sur les facteurs de risque, c'est-à-dire les facteurs biologiques, sociaux, économiques, environnementaux et politiques qui influent sur la santé de la personne, la santé des communautés, des populations et des générations, sera également abordée sous l'angle des « déterminants de la santé ». Cela permettra une discussion générale sur le contexte complexe des facteurs de risque chez les populations autochtones au Canada et partout dans le monde.

2. Facteurs de risque communautaires

Les facteurs de risque « communautaires » sont définis ici comme ceux qui ont un impact sur la santé aux différentes étapes de la vie, au-delà de la durée de vie d'un individu, à travers une génération et entre les générations. Ces facteurs à niveaux multiples sont un ajout important au modèle de facteurs de risque conventionnel : il est important d'aborder les facteurs de risque comme des éléments qui agissent au sein d'une génération et d'une génération à l'autre parce que cela favorise la prise en compte des enjeux de santé collectifs et des interconnexions entre la santé et la société. Nous miserons sur les discussions du chapitre précédent, l'environnement de la recherche sur la santé des Autochtones, qui ont démontré comment les efforts du gouvernement canadien pour opprimer les cultures, les traditions et les structures communautaires des populations autochtones ont causé un traumatisme collectif et une souffrance globale, et ont donné lieu à des problèmes de santé dans de nombreuses communautés autochtones ([CGIPN], 2005; Kirmayer, Brass et Tait, 2000). En plus de l'histoire sociale, politique, culturelle et intellectuelle de la santé des Autochtones, cette section examinera les facteurs de risque communautaires associés au statut socio-économique et à la géographie. Cet aspect est important parce qu'il permettra une discussion approfondie des déterminants sociaux de la santé qui agissent sur les communautés et influent sur leur santé et leur bien-être. Cela est particulièrement important dans le cadre de la prévalence des maladies chroniques, car il a été démontré que les problèmes sociaux, économiques et environnementaux ont un effet considérable sur le risque de maladie et la mortalité (NSW Health, 2006).

2.1 Facteurs de risque socio-économiques

La mauvaise santé des Autochtones a été associée « aux effets corrosifs de la pauvreté et de la marginalisation économique » (Kirmayer et coll., 2000), mais ces déterminants sociaux de la santé ont eux-mêmes été décrits comme des conséquences directes et indirectes des politiques historiques de colonisation ([CGIPN], 2005; King, 2006). Ainsi, les risques associés à la colonisation sont interreliés et indissociables des risques posés par le désavantage économique (Beauchamp et coll., 2004; Canada, 2003; Carson, Dunbar, Chenhall et Bailie, 2007; Reading, Kmetic et Gideon, 2007). Malheureusement, les peuples indigènes du monde entier sont assujettis de façon disproportionnée au risque de maladie à cause de déterminants sociaux comme la pauvreté, le faible revenu et l'absence de logement adéquat ([CGIPN], 2005; Adelson, 2005; Beauchamp et coll., 2004; Canada, 2006; Canada, 2003). Comme « l'inégalité sociale, mesurée au niveau de la population ou de l'individu, est la seule condition principale d'une mauvaise santé » (Geyorfi-Dyke, 2008), ce désavantage social met en lumière les risques pour la santé et le bien-être des Autochtones au Canada. L'impact éventuel des facteurs socio-économiques est encore plus évident si l'on considère le fardeau imposé au développement biologique des personnes, car ces désavantages s'accumulent tout au long de la vie et à travers

les générations (Adelson, 2005; Beauchamp et coll., 2004; Carson et coll., 2007; Marmot et Wilkinson, 1999; Warry, 1998). C'est dans cette perspective que l'influence particulière de la pauvreté et du statut socio-économique, de même que du logement, sur le développement des maladies chroniques est abordée ci-après.

2.1.1 Faible statut socio-économique et pauvreté

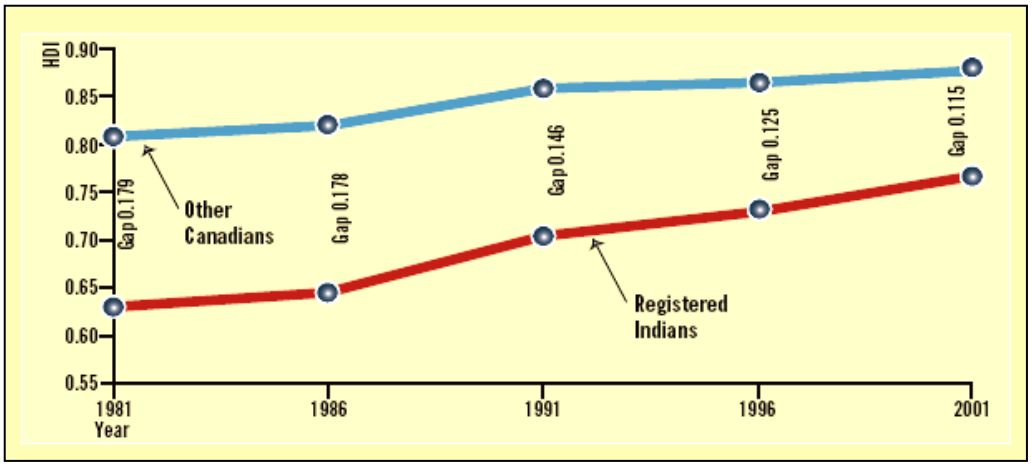
Bien que la pauvreté des enfants ait été abordée brièvement dans la section sur les « facteurs de risque dans la petite enfance », les impacts de la pauvreté et du statut socio-économique sur les maladies chroniques sont repris ici pour mettre l'accent sur la nature intergénérationnelle et cyclique de la pauvreté : la pauvreté des enfants est la pauvreté des familles, la pauvreté des communautés, la pauvreté des générations. En d'autres mots, la pauvreté n'affecte jamais une seule personne, une seule fois, mais elle constitue un problème qui transcende l'âge, le temps et l'espace.

Définition et description de la pauvreté des Autochtones au Canada

Bien que la pauvreté puisse être (et ait été) décrite et définie de plusieurs manières différentes, elle est souvent classifiée en fonction de son caractère extrême. Ainsi, elle est souvent qualifiée de pauvreté extrême, modérée et relative. La pauvreté extrême, c'est lorsque les ménages (ou les personnes) ne peuvent pas répondre à leurs besoins fondamentaux et assurer leur survie. La pauvreté modérée, c'est lorsque les besoins fondamentaux sont à peine satisfaits. Enfin, la pauvreté relative, c'est lorsque le revenu du ménage est inférieur au revenu moyen national (OMS, 2008). Ainsi, la pauvreté relative est souvent mesurée en termes de « faible revenu » et de « faible statut socio-économique ». Au Canada, la pauvreté relative (ou faible revenu) est mesurée en fonction du seuil de faible revenu (SFR) établi par Statistique Canada (Ross, Shillington et Lochhead, 1994; Statistique Canada, 1999). Malgré l'existence d'expériences, de mesures et d'approches variées, il est clair que tous les types de pauvreté affectent défavorablement la santé. Ainsi, cette section présentera le lien général entre la pauvreté et les maladies chroniques, mais examinera tout d'abord la prévalence de la pauvreté dans la population autochtone du Canada.

Pour mesurer et comparer la qualité de vie entre les différents pays ou les populations, l'ONU a établi l'Indice de développement humain (IDH). Cet indice a été appliqué au Canada dans le but de comparer la qualité de vie et le bien-être des populations autochtones et non autochtones au Canada (AINC, 2004). Le Canada a régulièrement été classé selon l'IDH comme l'un des cinq premiers pays au monde. Toutefois, lorsque le classement de l'IDH est contrôlé pour l'ascendance autochtone, la population autochtone du Canada se classe à un choquant 78e rang (Blackstock, 2005). Cela met en lumière l'analogie souvent mentionnée selon laquelle les Autochtones au Canada vivent dans des conditions propres au tiers monde dans l'un des premiers pays du monde (O'Neill, 2007). Cela est démontré par l'écart entre la ligne bleue et la ligne rouge dans la figure 1 ci-dessous. La figure démontre également que : 1) le résultat de l'IDH pour les Indiens inscrits et celui des autres Canadiens ont tous les deux augmenté de 1981 à 2001, 2) l'écart entre les résultats de l'IDH a diminué (de 0,179 en 1981 à 0,115 en 2001), et 3) sans équivoque, un large écart demeure entre la santé des Indiens inscrits et celle des autres Canadiens

Figure 1. Indice de développement humain pour les Indiens inscrits et les autres Canadiens, 1981-2001



Source (AINC, 2004)

En plus de l'IDH, les statistiques sur les revenus et les taux de pauvreté illustrent le faible statut socio-économique de nombreux Autochtones au Canada. Par exemple, « 47,2 % des Autochtones de l'Ontario gagnent moins de 10 000 $ par année (Ontario Federation of Indian Friendship Centres, 2004). Les statistiques pancanadiennes montrent également que les Autochtones sont économiquement défavorisés : 73,4 % des Autochtones gagnent moins de 20 000 $ par année et le revenu moyen est de 15 699 $ par rapport à 25 414 $ dans le reste du Canada (Sin et coll., 2002). Les données recueillies en milieu urbain démontrent que ce sous-ensemble de la population autochtone est considérablement défavorisé comparativement aux citoyens non autochtones. Par exemple, une étude de 2000 signale que les Autochtones vivant en milieu urbain sont deux fois plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que les non-autochtones (Lee, 2000). De plus, bien que ne représentant que 1,5 % de la population urbaine, les Autochtones représentent 3,4 % de la population pauvre (Lee, 2000).

Pauvreté et santé

Comme cela a été démontré ailleurs (et il en sera question dans les propos sur les étapes de la vie), les facteurs de risque traditionnels comme le tabagisme, l'hypertension, l'obésité et un mauvais régime alimentaire sont des facteurs de risque courants et préoccupants du développement des maladies chroniques. Toutefois, ces facteurs de risque n'expliquent qu'une fraction de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques et de la mortalité causée par ces maladies dans les populations autochtones. Par exemple, la recherche a continuellement montré que le statut socio-économique peut avoir un impact considérable sur la prévalence de la maladie et la mortalité (Marmot, 1987; Smith, Hart, Blane, Gillis et Hawthorne, 1997; Smye et Browne, 2002; Syme, 2004; van Rossum, 2000) : il existe « d'abondantes données montrant un lien entre la pauvreté et la mauvaise santé » (Marmot et Wilkinson, 1999). Par exemple, il a été noté que « plus le niveau socio-économique est élevé, plus le taux de mortalité est bas » (Marmot, 2005). La recherche a conclu que les facteurs de risque traditionnels chez les adultes ne représentent que 25 à 35 % de la mortalité associée à ce « gradient social » (Marmot, 2005; Syme, 1989). Bien que tous les aspects de cette association restent à déterminer, il sera question

ci-après de la recherche documentant la relation entre la pauvreté et la prévalence des maladies chroniques et de la mortalité.

La pauvreté augmente le risque d'une personne, d'une famille et d'une communauté de développer des maladies chroniques, des complications et de mourir (OMS, 2008), et ce, parce que la privation matérielle, des conditions de vie malsaines (p. ex. un logement inadéquat et une alimentation insuffisante) et le manque d'accès aux services de soins de santé prédisposent les personnes ayant un faible statut socio-économique au développement de maladies chroniques et à l'adoption de comportements à risque tout au long de leur vie (NSW Health, 2006). Par exemple, l'OMS note que « les pauvres et les gens moins instruits sont plus susceptibles de consommer des produits du tabac et des aliments énergétiques et riches en gras, d'être inactifs physiquement et d'être en surpoids ou obèses » (OMS, 2008). Le stress psychologique est également considéré comme un facteur important de la mauvaise santé chez les pauvres. Des chercheurs réputés comme Marmot et Syme parlent de ce stress comme de la perte de contrôle sur sa destinée et, par le fait même, de la capacité d'affronter les forces qui affectent la vie quotidienne, ce qui est un élément clé du lien entre le statut socio-économique et la santé (Marmot, 2005; Marmot, 1998; Syme, 1998; Syme, 1989; Syme, 2004). Cette théorie a été soutenue par la recherche qui a constaté que « le contrôle de la destinée » est inférieur dans les groupes de statut inférieur (Marmot, 2005). Des études neuroendocrinologiques ont également démontré que le manque de contrôle sur les circonstances de la vie génère une dose de stress sur le corps, qui peut éventuellement causer le développement d'une variété de maladies et d'affections, particulièrement le diabète insulinodépendant, les maladies cardiovasculaires (Mc Ewan, 1998; McEwen, 2006), l'alcoolisme et le suicide (Syme, 1998). En plus de causer du stress et la perte de contrôle sur son avenir, le stress associé aux finances, au manque d'accès à des aliments sains (ou à des aliments tout court), au manque d'accès aux soins de santé de base, aux mauvaises conditions de vie et à l'incapacité de répondre aux besoins fondamentaux démontre la corrélation entre un faible statut socio-économique et la santé (Behrman, 1995). Bien que le fait que le statut socio-économique de nombreux Autochtones ait augmenté ces dernières années soit encourageant, le fossé demeure entre les populations autochtones et non autochtones au Canada (voir la figure 1 ci-dessus). Il en va de même pour les autres populations indigènes du monde : les populations indigènes des pays industrialisés sont « une minorité exclue socialement dans leur pays » (Marmot, 2005) et elles sont « surreprésentées dans la strate du faible statut socio-économique » (Valery, 2006). L'impact direct de la surreprésentation des Autochtones parmi les niveaux de vie de faible statut socio-économique sur la santé mentale, le cancer et les maladies respiratoires, donnés comme exemples de maladies chroniques, est présenté ci-après.

Les disparités socio-économiques et, plus particulièrement, leur relation avec une perte de contrôle de la destinée sont un important facteur de risque de problèmes de santé mentale (Canada, 2006; Warry, 1998). Comme Warry (1998) l'explique, les problèmes d'alcoolisme et de violence familiale chez les Autochtones sont profondément enracinés dans la perception qu'ils ont de manquer de contrôle sur leur vie. Syme (2004) suggère qu'un manque de « contrôle de la destinée » contribue aux problèmes de santé communautaire et interfère avec le désir des Autochtones d'assumer la responsabilité de leur santé et de leur bien-être (Warry, 1998). Par exemple, certaines personnes souffrant d'une grave maladie mentale ont indiqué que la pauvreté a un impact débilitant sur leur estime de soi, leur réseau social, leurs activités de loisirs et leur capacité de répondre à leurs besoins fondamentaux, de visiter les membres de leur famille et

d'établir des relations intimes (Wilton, 2004). Le caractère débilitant de la pauvreté est souvent considéré comme plus difficile à accepter que le diagnostic ou le traitement de la maladie. Et les problèmes associés à la pauvreté tendent à exacerber l'intensité, la persistance et les effets de la maladie (Lee, 2000).

La relation entre le statut socio-économique et le risque de cancer est très complexe. La recherche actuelle indique que le fait d'avoir un statut socio-économique supérieur peut prédisposer les gens à certains types de cancers (p. ex. poumon, sein, colorectal) alors qu'un statut socio-économique inférieur peut augmenter le risque de développer d'autres types de cancers (p. ex. estomac, foie et cerveau) (Brown et Lipscomb, 2006). Les comparaisons entre les pays industrialisés et les pays en développement, qui ont conduit à ces conclusions, sont transposables à l'étude sur le risque de cancer au Canada, car les populations autochtones ont été comparées aux sociétés qui vivent dans des pays en développement (Epstein, 1982). Et comme le montre la prévalence du cancer dans les populations autochtones au Canada, les « cancers du tiers monde » sont généralement plus courants chez les Autochtones que les « cancers occidentaux ». Cela suggère que le ciblage du statut socio-économique comme facteur de risque aidera à réduire le risque de cancer chez les Autochtones. Il est également important de s'attarder au rôle que le revenu joue sur les difficultés liées au cancer dans les populations autochtones et à ses liens avec le taux de survie au cancer : on a constaté qu'un faible statut socio-économique conduit à des taux de survie inférieurs ainsi qu'à une augmentation des décès par le cancer (Marrett, 2003).

On a également constaté que le statut socio-économique influe sur la prévalence du diabète. Une étude de 2003 a montré que les cas de diabète étaient principalement regroupés dans les quartiers de Winnipeg où on retrouve un faible statut socio-économique, une piètre qualité de l'environnement, des modes de vie à risque et une grande concentration d'Autochtones (Green, Hoppa, Young et Blanchard, 2003). L'étude concluait que l'éducation et le revenu sont des indicateurs de diabète plus importants que le statut autochtone, suggérant que le statut socio-économique, plutôt que les facteurs génétiques, est responsable de la grande prévalence du diabète (Green et coll., 2003). Malgré les études qui montrent des corrélations possibles entre la pauvreté et la santé, il est important de se rappeler que la pauvreté à elle seule ne détermine pas la santé d'une personne ou de la population. Ainsi, la nature complexe de la relation entre la pauvreté et la maladie, notamment les maladies chroniques, dans les populations autochtones reste à déterminer et devrait être au centre de la recherche à venir. Elle devrait comprendre un examen de la pauvreté comme facteur de risque de développement des maladies chroniques, et un examen des maladies chroniques comme facteur de risque de pauvreté. Voici en ce sens une citation de l'OMS – maladies chroniques et pauvreté :

> *Les maladies chroniques infligent un énorme fardeau économique direct et indirect aux pauvres et réduisent de nombreuses personnes et leur famille à la pauvreté. En outre, le décès ou la maladie des parents ou des aidants naturels peut conduire à l'appauvrissement des enfants et/ou de la communauté. Les connaissances actuelles sous-estiment les répercussions des maladies chroniques sur la pauvreté et le potentiel de la prévention des maladies chroniques et de la promotion de la santé sur la diminution de la pauvreté. (OMS, 2008)*

Comme cette citation le met en lumière, la prévention des maladies chroniques et les interventions ciblant les déterminants sociaux sous-jacents de la santé pourraient améliorer grandement les taux de pauvreté et le bien-être général des Autochtones.

2.1.2 Logement

Aux problèmes de revenu s'ajoutent les problèmes de logement, problèmes qui sont interreliés. Comme pour le revenu, les désavantages liés au logement ont été reconnus comme ayant des impacts sur la santé (Carson et coll., 2007). Les désavantages liés au logement peuvent être mesurés et sont exprimés de différentes manières. Par exemple, les sans-abri sont souvent considérés comme présentant un désavantage extrême, alors que le logement sous la norme et la qualité d'une maison sont des désavantages plus modérés. Cette section porte sur le gradient des désavantages liés au logement que subissent les Autochtones au Canada.

Itinérance chez les Autochtones au Canada

Selon la terminologie de la pauvreté, l'itinérance a été caractérisée en fonction de son caractère extrême : itinérance absolue, relative ou à risque. Selon ces paramètres, l'itinérance absolue se définit ainsi :

> *« Personnes sans logement qui peuvent ou non vivre dans la rue; certaines peuvent compter sur les refuges d'urgence, un logement transitoire, les amis et la famille. S'y ajoutent les "surfeurs de divan". Ce sont des personnes sans logement qui dorment dans différentes maisons lorsqu'elles le peuvent. » (Helin, 2002)*

L'« itinérance relative » renvoie à la situation des personnes qui ont un logement physique, mais ce dernier ne répond pas aux critères de base en matière de santé et de sécurité (Hwang, 2001). Les personnes à risque d'itinérance sont celles qui sont défavorisées sur le plan socio-économique et qui ont de la difficulté à payer le loyer (Helin, 2002). Le pauvre qui travaille est un bon exemple de ce groupe, car continuellement « il vit au bord d'un précipice qui, à tout moment, peut le faire plonger dans l'itinérance » (Plumb, 2000). On a également qualifié l'itinérance de « situationnelle » (ou temporaire), « épisodique » et « chronique » (long terme) (Beavis, Klos, Carter et Douchant, 1997). Bien que différente du jargon utilisé dans la littérature sur la pauvreté, cette catégorisation est plus intuitive que les termes « absolue » et « relative ».

La littérature démontre que l'itinérance est vécue par les populations indigènes du monde entier, bien qu'elle ne se présente pas de façon égale dans toutes les populations indigènes. Parmi les populations indigènes comptant un nombre disproportionné d'itinérants, mentionnons les anciens combattants amérindiens, les indigènes du territoire du nord de l'Australie et les Autochtones des grandes villes du Canada (Carson et coll., 2007; Hwang, 2001; Kasprow et Rosenheck, 1998). La littérature documente les tendances de migration, qui ont conduit à une augmentation du nombre d'Autochtones urbains et de sans-abri autochtones. Considérons la citation suivante :

> *« Chez les Autochtones, les tendances de migration à la hausse de la réserve aux centres urbains ont conduit à une augmentation radicale du nombre d'Autochtones résidant maintenant de façon permanente dans les centres urbains. Les données probantes anecdotiques et statistiques indiquent que la représentation des Autochtones parmi les sans-abri est de plus en plus disproportionnée dans la plupart des grandes villes canadiennes et qu'ils ont des besoins culturels uniques. Personne ne peut dire avec*

certitude l'étendue du problème ou chiffrer avec exactitude la population autochtone itinérante. » (Helin, 2002)

Toutefois, à Toronto, les médias ont signalé que 25 % des sans-abri de Toronto sont d'ascendance autochtone (Wente, 2000). Sachant que la population autochtone ne représente qu'environ 2 % de la population totale de Toronto, la représentation disproportionnée des Autochtones parmi la population itinérante à Toronto est encore plus évidente (Wente, 2000). D'autres chiffres indiquant que les Autochtones constituent 15 % de la population itinérante mettent aussi en lumière le nombre disproportionné de sans-abri autochtones dans la ville (Mayor's Homelessness Action Task Force, 1999). Comme ces chiffres ne comprennent pas les populations projetées ou à risque, on croit que le nombre d'itinérants autochtones pourrait être de 8 000 (Mayor's Homelessness Action Task Force, 1999).

Afin d'obtenir un meilleur portrait de la population itinérante autochtone, Street Health a réalisé plusieurs sondages sur la population itinérante et a établi des liens solides avec cette communauté. Le sondage de 2007 de Street Health (le plus récent) a permis de constater que les Autochtones représentaient 15 % de la population itinérante, un nombre impressionnant quand on considère que le recensement de 2001 indique que les Autochtones représentent seulement 0,5 % de la population en général (Street Health, sous presse). L'information obtenue en sondant cette population est résumée ci-après. On recommande également aux lecteurs intéressés de consulter le *Street Health Report 2007 Research Bulletin #3: Aboriginal People & Homelessness* (Street Health, sous presse). La démographie et la composition de la population autochtone sondée par Street Health sont décrites par les chiffres suivants : 1) l'âge moyen est de 38 ans et l'étendue est de 25 à 49 ans; 2) 31 % sont nés à Toronto; 3) 20 % s'identifient comme lesbiennes, gais, bisexuels ou transsexuels; 4) 39 % ont complété l'école secondaire et 15 % d'entre eux ont un diplôme collégial ou universitaire; 5) 33 % vivent avec 2 400 $ ou moins par année; 6) 20 % sont employés – 4 % travaillent à temps partiel et 16 % indiquent un travail occasionnel ou à la pièce, mais personne n'indique travailler à plein temps; 7) les répondants ont été sans abri pendant une moyenne de 4,7 ans; 8) 15 % indiquent une langue autochtone comme langue maternelle; et 9) 27 % disent avoir une carte d'inscrit. Alors que le rapport produit par Street Health démontre que la représentation des Autochtones dans la population itinérante est disproportionnée, la littérature montre que les Autochtones présentent un risque accru de devenir des sans-abri (Helin, 2002). Telle que définie dans la Greater Vancouver Regional District (GVRD) Aboriginal Homelessness Study 2003 (Dappleton Research Team, 2003), une personne autochtone urbaine présente un risque de devenir un sans-abri si elle consacre plus de 25 % de son revenu au logement, si elle souffre d'une crise de vie grave, si elle risque de perdre son logement, si le revenu du ménage est sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada, si elle est peu instruite, si on lui a refusé la possibilité d'avoir un logement social, si elle souffre de problèmes de santé mentale, si elle a de la difficulté à se loger, si elle a recours fréquemment aux banques alimentaires et si elle est engagée dans le commerce du sexe (Dappleton Research Team, 2003).

Itinérance et santé

Comme la section précédente l'a montré, la représentation des Autochtones dans la population itinérante est disproportionnée et ils présentent plus de risques de devenir des sans-abri. Il est important d'en considérer les répercussions sur la santé des Autochtones au Canada, car la

littérature a démontré que les sans-abri ont des taux de morbidité et de mortalité supérieurs à la moyenne, et qu'ils doivent surmonter plus d'obstacles pour avoir accès à des services de soins de santé sûrs et efficaces. En fait, on a noté que les sans-abri présentent un risque inacceptablement élevé de nombreuses maladies évitables, de complications inutiles et de décès prématuré (Plumb, 2000). La relation entre l'itinérance et la santé est examinée plus en détail ci-après.

Les risques associés à l'itinérance, comme l'exposition aux éléments, une mauvaise nutrition, le manque de soutien, le manque d'accès aux services de santé, la stigmatisation, peuvent influer négativement sur la santé et le bien-être des personnes et des familles vivant dans la rue. En fait, les sans-abri sont plus susceptibles de souffrir d'affections chroniques et médicales graves que la population en général (Hwang et Bugeja, 2000). Les affections chez les sans-abri sont souvent chroniques parce que l'accès au traitement et le traitement sont limités ou sporadiques. La gravité des maladies est également accrue par les conditions de vie et les circonstances associées à l'itinérance (Hwang, 2001). Les problèmes de santé cités le plus souvent chez les sans-abri sont la crise d'épilepsie, la bronchopneumopathie chronique obstructive et les affections squeletto-musculaires (Hwang, 2001). Les statistiques tirées du *Street Health Research Bulletin #3: Aboriginal People and Homelessness* de 2007, qui comparant la prévalence de plusieurs maladies chroniques dans la population des sans-abri autochtones et la population en général, présentent les risques élevés de développer des affections chroniques auxquels sont exposés les sans-abri autochtones .

Tableau 1. Prévalence des maladies chroniques dans la population autochtone par rapport à la population en général

Maladie	**Autochtones sans abri**	**Population générale***
Arthrite ou rhumatisme	43%	14%
Maladie cardiaque	35%	4%
Bronchopneumopathie chronique obstructive	24%	1%
Asthme	22%	6%
Diabète	22%	4%

Source : (Street Health, sous presse)

Note : les données sur la population en général sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1 (2005). Cette analyse se fonde sur l'ESCC, cycle 3.1 (2005), fichier de microdonnées à grande diffusion, qui contient des données anonymes. Street Health a préparé tous les calculs sur ces microdonnées et l'utilisation et l'interprétation de ces données sont l'entière responsabilité de l'auteur.

En plus d'être reliée à ces maladies chroniques plus courantes, l'itinérance est souvent associée au développement et à la persistance de problèmes de santé mentale. Bien que ces problèmes ne soient pas toujours abordés ou mesurés en fonction de leur caractère chronique ou persistant, il est important de les mentionner ici. La recherche sur les populations non autochtones démontre que les personnes souffrant d'une maladie mentale chronique présentent plus de risques de devenir des sans-abri que les autres (Folsom et coll., 2005). Le tableau suivant démontre la

prévalence élevée de certains problèmes de santé mentale courants chez les sans-abri autochtones.

Tableau 2. Problèmes de santé mentale les plus courants signalés par les sans-abri autochtones

Problèmes de santé mentale	**%**
Anxiété	11 %
Dépendance aux drogues et à l'alcool	11 %
Bipolarité (maniacodépression)	7 %
Syndrome de stress post-traumatique	6 %
Trouble panique	6 %
Schizophrénie	0 %

Source : Street Health, sous presse

Malgré l'exactitude de ces données et la corrélation entre les problèmes de santé mentale chez les Autochtones et les non-autochtones, certaines différences entre les deux groupes indiquent qu'il y a place à la recherche dans ce domaine. Par exemple, les anciens combattants amérindiens sans-abri vivent moins de problèmes psychiatriques et beaucoup plus de problèmes d'alcoolisme que les anciens combattants sans-abri non amérindiens (Kasprow et Rosenheck, 1998). Dans l'ensemble, les Autochtones sans-abri présentent malheureusement des niveaux alarmants d'isolement social et un manque flagrant de soutien social. Les drogues et l'alcool sont souvent consommés pour aider à faire face à la maladie, au traumatisme, à la douleur et pour soulager l'isolement. Étant donné les dures réalités quotidiennes des sans-abri et l'héritage de violence et d'exclusion historique partagé par beaucoup trop d'Autochtones canadiens, les niveaux élevés d'abus d'intoxicants et d'automédication signalés par les sans-abri autochtones ne sont tristement pas étonnants. Tel que Street Health (sous presse) l'indique, les sans-abri autochtones présentent de hauts niveaux d'abus d'intoxicants. Par exemple, le sondage de 2007 indique que 92 % fument des cigarettes et 89 % d'entre eux fument tous les jours, 77 % avaient régulièrement consommé des drogues illicites autres que la marihuana au cours de l'année précédente, 26 % s'étaient injecté des drogues au cours de l'année précédente, 29 % avaient bu cinq consommations ou plus en une occasion au moins une fois par semaine au cours de l'année précédente, et 15 % avaient consommé de l'alcool non destiné à servir de boisson au cours de l'année précédente.[5]

En plus d'avoir une prévalence élevée, les maladies chroniques, physiques et mentales, chez les sans-abri autochtones ne sont pas toujours diagnostiquées et sont souvent mal contrôlées. Ces deux situations peuvent conduire au décès prématuré et à une morbidité excessive (Hwang, 2001; Hwang et Bugeja, 2000). Par exemple, des diabétiques ont indiqué éprouver plus de difficultés à gérer leur régime alimentaire et avoir des problèmes logistiques associés à leurs soins personnels (Hwang et Bugeja, 2000; Plumb, 2000). En outre, en Colombie-Britannique, les sans-abri autochtones présentent un taux de mortalité 2,1 fois plus élevé que celui du reste de la province (Helin, 2002). Le recours au système de soins de santé par les sans-abri laisse aussi transparaître

[5] L'alcool non destiné à servir de boisson est de l'alcool présenté sous une forme qui n'est pas destinée à la consommation. Il comprend des produits comme le rince-bouche, le gel pour les mains, le vin de cuisson et l'alcool à friction.

certains problèmes de santé. Les sans-abri sont admis à l'hôpital cinq fois plus souvent que la population en général, généralement par la salle d'urgence, et sont hospitalisés plus souvent que les autres patients à faible revenu (Hwang, 2001). Non seulement ces séjours fréquents et prolongés à l'hôpital engendrent des coûts élevés pour les soins de santé, mais ils constituent des soins disparates à court terme qui ne favorisent pas un traitement préventif et complet.

Logement insalubre

Les mauvaises conditions de logement, un logement surpeuplé et inadéquat, et l'absence de propriété prévalent dans de nombreuses communautés autochtones. Pour ces raisons et d'autres, le logement dans les communautés autochtones est souvent sous la norme. Un examen de ces problèmes de logement et de leur impact sur la santé est présenté ci-après pour mieux comprendre le lien entre le logement et la santé des Autochtones au Canada.

Dans les communautés des Premières nations, le type de logement varie, mais généralement le logement dans les réserves est vieux et nécessite des rénovations et un meilleur entretien. Selon l'enquête régionale sur la santé de 2002-2003, le tiers (33,6 %) des maisons des Premières nations nécessitent des réparations majeures et un autre tiers (31,7 %), des réparations mineures. Alors que chez les ménages dont le revenu est inférieur à 20 000 $, le logement est plus susceptible de nécessiter des réparations et un entretien plus régulier, les taux varient selon la tranche de revenu, mais ils demeurent très élevés (26,4 %) pour les tranches de revenu plus modestes (50 000-79 999 $) (Centre des Premières Nations, 2005). Ces chiffres indiquent des problèmes systémiques et sous-jacents en matière de logement dans tous les secteurs de la société autochtone. Les statistiques documentant le nombre de logements nécessitant des réparations ont augmenté considérablement depuis celles du groupe de travail Neilson de 1985 (Centre des Premières Nations, 2005), ce qui est préoccupant pour l'avenir; ainsi, le progrès est lent quant aux améliorations notées par les participants à l'enquête régionale sur la santé de 2002-2003 (Centre des Premières Nations, 2005). En plus des problèmes touchant la construction et l'entretien, il faut également compter avec ceux qui concernent l'offre de logements. En 2001, Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) indiquait une pénurie de 8 500 logements dans les réserves (Gouvernement du Canada, 2003). Toutefois, l'Assemblée des Premières nations estime qu'il manque 80 000 logements (Centre des Premières Nations, 2005). Cette situation du logement pourrait éventuellement avoir un impact sur la santé puisqu'elle réunit les conditions nécessaires pour la croissance des moisissures, la détérioration de la qualité de l'air intérieur et une piètre ventilation. On ne sera pas surpris d'apprendre que ces problèmes tendent à affecter le système respiratoire, à réduire la fonction pulmonaire et la croissance, et peuvent mener à des problèmes respiratoires chroniques (Anto et coll., 2001; Cardinal, 2004).

La moisissure peut exister et croître dans la structure de la maison. On a constaté que la moisissure peut causer des allergies, l'asthme, l'irritation des yeux et de la gorge, des otites moyennes et des affections des voies respiratoires inférieures (Daigler, Markello et Cummings, 1991; Centre des Premières Nations, 2005; O'Neil, 2000), mais on ne peut pas dire clairement comment ces interactions se produisent et s'il y a une relation directe entre la moisissure et des affections respiratoires particulières (Centre des Premières Nations, 2005). Toutefois, on a conclu que des recherches supplémentaires sur les problèmes de moisissure ne présentaient pas un potentiel suffisant pour améliorer les problèmes de santé aigus et chroniques dans les communautés où il y a prévalence de moisissure (O'Neil, 2001). Comme la moisissure a besoin

d'humidité pour croître et qu'environ la moitié des maisons des Premières nations ont besoin de réparations, la probabilité d'une importante prévalence de la moisissure dans les maisons autochtones est très forte. En outre, moins il y a de ventilation, plus la possibilité de moisissure augmente. Bien qu'il y ait des mesures pour assurer l'évacuation des maisons où le développement de la moisissure est important ou présentant des niveaux de contamination qui dépassent les normes, ces mesures et ces contrôles n'existent pas dans les réserves. Cela est dû en grande partie au fait qu'il y a peu d'autorités sanitaires dans les communautés des Premières nations qui ont les compétences requises et qu'il manque de logements pour accueillir les personnes vivant dans un logement insalubre (Centre des Premières Nations, 2005).

Les problèmes associés à la moisissure et à la ventilation affectent la qualité de l'air des maisons. Alors que la qualité de l'air extérieur a retenu l'attention des médias au cours des deux dernières décennies (voir la section 2.2.4), les effets néfastes de la pollution de l'air intérieur sont souvent négligés. Cette pollution est courante dans les communautés autochtones où des poêles à bois et au charbon sont encore en usage, où le tabac est utilisé pour les cérémonies et les réunions, et où la moisissure et une mauvaise ventilation prévalent. Ces facteurs sont préoccupants pour la santé et le bien-être des Autochtones dans leur maison. À partir de données probantes sur l'exposition à la fumée du tabac à la maison et au travail, Greer (Greer, Abbey et Burchette, 1993) a démontré que les environnements intérieurs ont un effet plus important sur le développement de problèmes respiratoires que les polluants atmosphériques extérieurs. La recherche a démontré que, en plus de la fumée du tabac, la qualité de l'air intérieur peut accroître la prévalence des allergies et de l'asthme (Institut canadien d'information sur la santé, Santé Canada et Statistique Canada, 2001). La prévalence et l'incidence de la tuberculose et d'autres affections respiratoires ont été associées à la qualité de l'air intérieur. Puisque la fumée du tabac et la moisissure sont les seuls facteurs intérieurs consistants associés aux affections chroniques, la recherche sur les effets de la pollution de l'air intérieur et ses divers éléments devrait être accentuée et obtenir plus d'attention du milieu de la recherche.

Il est justifié de s'intéresser aux effets potentiels que la pollution de l'air intérieur aura sur la santé dans l'avenir si l'on se fie aux études montrant que les Autochtones passent plus de temps à l'intérieur (Centre des Premières Nations, 2005). L'impact particulier que la pollution de l'air intérieur a sur certains des sous-ensembles les plus vulnérables de la population autochtone, comme les aînés, les jeunes enfants et les malades chroniques (qui tendent à passer encore plus de temps à l'intérieur que le sujet moyen) sera également important à considérer.

En conclusion de cette discussion sur la qualité de l'air, il est important de noter que la qualité de l'air intérieur et la qualité de l'air extérieur (voir la section 2.2.4 ci-dessous) sont souvent abordées séparément. Bien que la distinction soit importante à faire, il est également important de reconnaître le lien entre les deux : « la maison moyenne offre peu de protection contre les aérosols, les particules et la contamination par les gaz dans l'air en général » (Centre des Premières Nations, 2005); un logement insalubre en offre encore moins. Même si certaines communautés autochtones ont exprimé des inquiétudes quant à la qualité de l'air extérieur parce qu'elles sont situées près de sites industriels, le fait que de nombreuses réserves sont situées en milieu rural et éloigné signifie que les préoccupations associées au smog sont probablement moins importantes. Toutefois, cela signifie que la contamination de la maison peut être une plus grande préoccupation pour les communautés, les familles et les personnes autochtones (Centre des Premières Nations, 2005).

En plus de l'impact sur la santé des problèmes liés à la qualité de l'air découlant de la mauvaise ventilation, des polluants intérieurs et des particules extérieures, on a constaté que le surpeuplement peut affecter le système respiratoire, favoriser la transmission des maladies respiratoires et favoriser le développement d'affections chroniques. Malheureusement, des problèmes de densité d'occupation (surpeuplement) ont été signalés dans les communautés autochtones (Centre des Premières Nations, 2005). En général, une maison est considérée comme surpeuplée si la densité dépasse une personne par pièce. La densité globale au Canada, selon le recensement de 2001, est de 0,4 personne par pièce (Santé Canada, 2002), alors que l'enquête régionale sur la santé indique une densité moyenne de 0,76 (Centre des Premières Nations, 2005). Cela se traduit par une moyenne d'environ 2,6 personnes par maison dans la population en général et de 4,8 personnes par maison chez les Autochtones (Centre des Premières Nations, 2005). Dans certains cas, l'occupation dans les communautés autochtones est très élevée; le nombre le plus élevé de personnes par maison signalé par l'enquête régionale sur la santé était de 18 (Centre des Premières Nations, 2005). Bien que les statistiques varient quant à la proportion de maisons autochtones surpeuplées (de 12 % à 17,2 %) (Centre des Premières Nations, 2005; Affaires indiennes et du Nord Canada, 2005), il est certain que les maisons des communautés autochtones comptent plus de personnes par pièce que celles de la population canadienne (Centre des Premières Nations, 2005; Santé Canada, 2002). La recherche ayant également démontré qu'une grande proportion de surpeuplement influe sur la santé et le bien-être de la personne et de la communauté, le surpeuplement des maisons pose un important problème. Par exemple, il est documenté et reconnu que le surpeuplement pendant la nuit est un important facteur de risque d'infections des voies respiratoires supérieures et inférieures dans une population inuite du Groenland (Koch et coll., 2003); d'autres études dans les communautés autochtones ont également démontré que le surpeuplement et la détresse respiratoire sont associés (Fraser-Lee et Hessel, 1994). Les statistiques de l'enquête régionale sur la santé de 2002-2003 indiquent qu'un répondant sur trois ayant eu un diagnostic de tuberculose vit dans une maison surpeuplée. Il est également important de se préoccuper des impacts à long terme du surpeuplement sur la santé étant donné que l'enquête régionale sur la santé de 2002-2003 indique que 24,6 % des maisons avec enfants étaient surpeuplées (Centre des Premières Nations, 2005).

Les modes de propriété et de location sont également des facteurs importants à considérer lorsqu'on examine les conditions de logement des Autochtones au Canada. Les différences entre le logement autochtone et non autochtone sont claires si l'on compare la propriété, la location et le logement social. On a constaté que, dans la population en général, 65 % des familles possèdent leur maison, la plupart des autres sont à loyer et peu de gens dépendent du logement social (Statistique Canada, 2001). Dans la population autochtone, la situation est inversée : « 61,9 % des familles des réserves vivent dans un logement appartenant à la bande, ce qui correspond au logement social » (Centre des Premières Nations, 2005). Comparativement, 74,1 % des Autochtones habitant dans les provinces avec un revenu de moins de 10 000 $ et 64,4 % avec un revenu de moins de 30 000 $ vivent dans un logement social. Les ménages ayant un revenu de 30 000 à 80 000 $ vivent également dans une maison appartenant à la bande (Centre des Premières Nations, 2005). Le taux élevé d'occupation d'une maison appartenant à la bande est le résultat de la pauvreté, les banques n'accordant pas d'hypothèque aux résidents des réserves, et de certains problèmes de nature géographique qui entravent l'accès à la construction. Un problème de santé lié au logement appartenant à la bande dans les communautés des Premières nations est le haut pourcentage de moisissure et de mildiou déclaré (48,7 %). La déclaration de 36,9 % dans d'autres Premières nations est également préoccupante (Centre des Premières

Nations, 2005). Parce que la population urbaine tend à être davantage composée de locataires que la population en général, il y a également des problèmes en ce qui a trait à la moisissure, à la mauvaise qualité de l'air et aux défauts de structure non réparés (Beavis et coll., 1997). Ainsi, la mauvaise qualité de l'air et la moisissure sont également de réelles préoccupations dans ces circonstances.

Le lien étroit entre l'environnement et la situation socio-économique réaffirme la nécessité d'aborder les questions socioculturelles de façon plus large et de tenir compte des changements de la qualité de l'air avec le temps. Tant que des données probantes font état d'une mauvaise qualité de l'air, de mauvaises conditions de logement, de pollution de l'air intérieur, de surpeuplement et de pauvreté dans les communautés autochtones, une recherche ciblée doit rapidement être entreprise pour examiner l'impact de ces facteurs sur la santé des Autochtones et leur relation avec les maladies respiratoires chroniques.

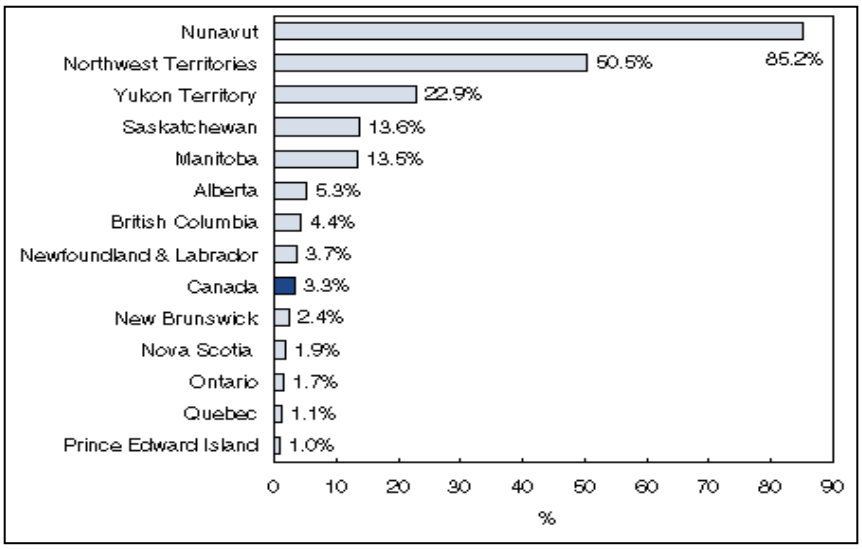
2.2 Facteurs de risque géographiques

En plus du statut économique et des conditions de logement des Autochtones, l'emplacement géographique peut exacerber les problèmes de santé et de bien-être en réduisant l'accès aux installations, aux fournitures et aux services de soutien. La qualité et la nature du territoire peuvent également déterminer la santé d'une population. Il est question de ces aspects ci-après.

2.2.1 Emplacement de la communauté

L'emplacement géographique peut être un important indicateur de la santé et du bien-être d'une communauté. Afin d'étudier la relation entre l'emplacement et la santé, les régions sont souvent classées selon la densité de leur population, leur proximité avec un centre urbain, des commodités ou d'autres communautés et l'accessibilité de la communauté. L'emplacement et l'accessibilité peuvent être classés dans les catégories suivantes : grande ville, milieu urbain, banlieue, milieu rural, éloigné et isolé. Bien que ces termes n'aient aucune définition standardisée, la plupart des définitions sont basées sur des questions d'accessibilité comme la distance des grands centres urbains, l'accès routier ou aérien, et l'accès au téléphone ou à Internet. Des notions de direction sont également utilisées : surtout nord et sud pour marquer les différences de densité et d'accessibilité, et les termes peuvent être combinés (p. ex. nordique-isolé). On peut voir dans la figure suivante que la population autochtone du Canada est répartie dans chaque province et territoire, et qu'elle constitue la majorité de la population du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest ainsi qu'une partie importante de la population des provinces des Prairies.

Figure 3. Population déclarant une identité autochtone selon son pourcentage de la population totale, Canada, provinces et territoires, 2001



Source : Canada, 2001

Bien que cette figure soit quelque peu trompeuse – elle ne présente pas les effectifs de la population –, elle démontre cependant l'importance du Nord pour de nombreux Autochtones et la proportion supérieure d'Autochtones dans les provinces plus traditionnelles et rurales de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Alberta. Le terme « rural » est souvent utilisé pour parler d'une communauté ou d'une résidence personnelle qui est loin d'un grand centre urbain, des commodités ou d'autres communautés. Le terme « éloigné » est souvent utilisé pour parler de communautés et de localités qui ne sont accessibles qu'en certaines saisons (p. ex. route de glace), ou encore qu'on en peut atteindre que par avion ou par une route de gravier ou mal entretenue. Comme c'est une réalité pour de nombreux Autochtones au Canada, il est important d'examiner les impacts de cette situation sur la santé.

Quelle que soit l'ethnicité, on a constaté que le milieu rural est associé à une mauvaise nutrition, à l'inactivité et à des taux de tabagisme élevés (ICIS, 2006). Ces facteurs de risque sont généralement supérieurs dans la population rurale moyenne que dans la population urbaine (ICIS, 2006). La résidence rurale, particulièrement si elle s'accompagne de facteurs de risque socio-économiques, peut également diminuer l'accès aux soins de santé (voir la section 2.2.2 pour plus de détails). Malgré ces statistiques négatives, des points de vue divergents persistent, car il a été démontré que la résidence rurale ou éloignée est bénéfique pour la santé et le bien-être des Autochtones au Canada. C'est particulièrement vrai lorsque la vie rurale équivaut à la vie nordique. Des études ont démontré que les Autochtones du Nord rapportent moins de maladies chroniques que les autres résidents du territoire (Tjepkema, 2002). En outre, la population autochtone hors réserve vivant dans les territoires présente une prévalence inférieure de maladies chroniques que la population provinciale (Tjepkema, 2002). Ce modèle semble indiquer que les Autochtones vivant dans le Nord n'ont peut-être pas été exposés aux mêmes changements du mode de vie ou ne les ont pas expérimentés avec la même intensité que les communautés autochtones du Sud (Tjepkema, 2002). Les divergences entre les données peuvent être

expliquées par le fait que des compromis existent entre l'accessibilité d'une communauté et son isolement, notamment les impacts négatifs potentiels de la colonisation par rapport à l'accès aux commodités et aux possibilités d'emploi. Les influences conflictuelles pourraient comprendre les avantages positifs des communautés plus isolées et autosuffisantes par rapport à l'isolement de la communauté des influences extérieures.

En plus de vivre dans des environnements différents de ceux des communautés urbaines ou suburbaines, les Autochtones des communautés rurales et nordiques expérimentent la différence de la vie en réserve et hors réserve. À cause de la migration croissante des Autochtones vers les villes, environ 30 % de la population autochtone du Canada vit dans les réserves (CBC, 2003). Il a été démontré que les réserves ont un impact particulier sur la santé. Malgré les grands avantages liés au développement communautaire et social qu'une réserve peut offrir, les réserves demeurent en grande partie régies et contrôlées par le gouvernement canadien. Il a été démontré qu'il existe une relation entre la gouvernance et la santé, l'autonomie gouvernementale soutenant des environnements sains et le manque d'autonomie ayant été associé à des comportements et à des environnements malsains (Chandler et Lalonde, 1998).

Comme cette brève discussion le démontre, les Autochtones vivant dans une réserve, dans les territoires du Nord ou dans d'autres régions éloignées du pays, sont exposés à des facteurs de risque complexes associés à leur emplacement géographique. Dans les réserves et en milieu rural ou nordique, l'accès aux services pose un important problème. La littérature examinant l'impact des problèmes d'accès est présentée plus en détail ci-après.

2.2.2 Accès à des soins de santé de qualité

Tel qu'indiqué dans les deux sous-sections précédentes, l'accès d'une communauté aux soins de santé et à d'autres services de santé est une dimension importante de son profil de santé. Dans ce cas, l'accès à des soins de santé de qualité renvoie à la disponibilité des soins de santé primaires « occidentaux ». Bien que l'accès au système biomédical occidental soit important, il faut se rappeler que certains Autochtones peuvent utiliser ces services parallèlement aux pratiques de santé traditionnelles, dans un contexte spécial ou pour des raisons particulières (Centre des Premières Nations, 2005). Les problèmes d'accès sont importants lorsqu'on examine la santé des populations. En effet, la littérature indique que les pays ayant un meilleur accès aux soins de santé primaires sont moins susceptibles de déclarer des disparités en matière de santé (Mackinko, Starfield et Shi, 2003). Par ailleurs, la recherche montre qu'un accès insuffisant aux soins de santé et aux services peut contribuer à des taux de survie inférieurs et à des taux de mortalité supérieurs dans certaines populations. Considérant que la population autochtone du Canada a vécu de graves inéquités en matière de santé comparativement à la population non autochtone, l'accès aux services et aux soins est un important déterminant de la santé à étudier dans cette population.

L'enquête régionale sur la santé de 2002-2003 présente de l'information sur l'accès aux soins de santé. Par exemple, on a demandé aux participants à l'enquête d'évaluer leur santé et leur accès aux soins de santé. Voici la relation entre ces deux facteurs :

> *« Les répondants autochtones qui évaluent leur santé comme étant très bonne ou excellente estiment leur accès aux services de santé comme étant meilleur (24,6 %) ou identique (45,5 %) à celui des Canadiens. Ceux qui estiment avoir une santé passable ou*

mauvaise ont été moins enclins à déclarer avoir le même niveau d'accès que ceux qui qualifient leur santé de bonne, très bonne ou excellente. » (Centre des Premières Nations, 2005)

Les différences ne semblent pas importantes entre les sexes et les différents groupes d'âge. Toutefois, les répondants plus instruits étaient plus susceptibles d'évaluer que leur accès aux services était inférieur à celui de la population canadienne en général (Centre des Premières Nations, 2005).

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et l'Enquête auprès des peuples autochtones présentent également des données intéressantes sur l'accès aux soins de santé des populations hors réserve et dans les réserves du Canada. Par exemple, les données des enquêtes de 2000-2001 indiquent les taux de contact avec des généralistes de la population autochtone hors réserve, comme le rapporte la citation suivante :

« 78,8 % des Autochtones hors réserve ont déclaré avoir vu un généraliste au moins une fois au cours des 12 mois précédents, une proportion très différente de celle de la population non autochtone. Toutefois, les Autochtones vivant dans les territoires étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir vu un généraliste que les autres résidents du Nord (58,8 % par rapport à 75,9 %). » (Tjepkema, 2002)

Les faibles taux de consultation d'un médecin par les Autochtones du Nord sont plus évidents quand on les compare à ceux des non-autochtones du Nord : 31,1 % des Autochtones ont un médecin régulier par rapport à 67,0 % des résidents non autochtones. Bien que moins d'Autochtones vivant dans les provinces déclarent avoir un médecin régulier, la différence entre la population autochtone et la population non autochtone dans les provinces est moindre (Tjepkema, 2002). Fait intéressant, « le contact avec les infirmières était quelque peu supérieur pour les Autochtones vivant dans les provinces, et de beaucoup supérieur pour ceux vivant dans les territoires » (Tjepkema, 2002). C'est probablement le résultat d'un modèle communautaire plus petit, où les centres de santé comptent principalement des infirmières à la direction et comme employées. Si l'on tient compte de ces différences et de ces disparités, il n'est pas surprenant que Tjepkema (2002) ait constaté que la population autochtone hors réserve indique plus de besoins de santé insatisfaits que la population non autochtone. Des résultats semblables ont été constatés pour la population des réserves. L'Enquête sur la santé des peuples autochtones de 2001 a révélé que les Autochtones des réserves étaient « moins susceptibles d'avoir vu un médecin » ou un autre professionnel de la santé (68 %) au cours de l'année précédente (61 %) que la population urbaine (73 % et 77 % respectivement). De plus, une étude a montré que la proportion d'Inuits qui avaient vu un médecin (47 %) ou un autre professionnel de la santé au cours de l'année précédente était la plus basse de tout le Canada (Newbold, 1998).

On a identifié plusieurs obstacles à l'accessibilité des services de santé pour la population autochtone du Canada. Bien que certaines préoccupations varient selon l'emplacement d'une personne ou d'une communauté, les autres sont plus répandues. Dans les réserves et les régions nordiques et rurales, le manque de services locaux, le manque d'accès à un médecin ou à un autre professionnel de la santé, la nécessité de voyager pour avoir accès à un établissement de santé et obtenir un traitement médical sont souvent cités comme les principaux obstacles à des soins de santé adéquats (Centre des Premières Nations, 2005). Les préoccupations économiques associées au transport, à la garde des enfants et aux coûts directs de certains services de santé

sont encore plus répandues. Les obstacles culturels, comme le manque de soins adéquats sur le plan culturel et les problèmes d'accès aux soins traditionnels, sont également couramment mentionnés. Enfin, il existe des problèmes systémiques : se voir refuser l'approbation des services dans le cadre du système des Services de santé non assurés (SSNI) ou ne pas être couvert par les SSNI, et les longues listes d'attente continuent d'affliger de nombreuses familles et communautés autochtones (Centre des Premières Nations, 2005). Considérant que le but des SSNI est d'aider les Premières nations à atteindre un état de santé comparable à celui de la population du Canada en général, ces données suggèrent que le programme des SSNI agit comme un obstacle à l'accès aux soins.

La nécessité de services locaux et appropriés sur le plan culturel est importante dans le cadre d'une discussion sur les obstacles à l'accès aux services de santé par les Autochtones au Canada. L'importance de cet aspect est justifiée par des données probantes dans les rapports demandant un meilleur accès aux soins de santé pour les communautés ayant un accord de transfert en matière de santé[6] (Centre des Premières Nations, 2005). La politique de transfert en matière de santé permet à la communauté de mieux contrôler les services et, ainsi, d'offrir localement des services plus pertinents sur le plan culturel. Fait intéressant, « les répondants des communautés ayant un accord de transfert dans le cadre d'un transfert pluricommunautaire sont plus susceptibles d'évaluer leur accès aux services de santé comme étant généralement inférieur à celui des Canadiens » (Centre des Premières Nations, 2005). Cette conclusion remet en question l'efficacité du système de transfert en matière de santé, indiquant que plus de recherche est nécessaire pour évaluer cette politique et ses répercussions sur l'accès aux soins de santé ainsi que sur l'état de santé et le bien-être général.

Services de diagnostic, de dépistage et de prévention

La disponibilité des services de diagnostic, de dépistage et de prévention est souvent considérée comme un indicateur de l'accès aux soins de santé et de leur rendement. C'est pourquoi il est question de la disponibilité de ces services ci-après.

Dans le domaine du cancer, on croit que les services de diagnostic et les interventions de dépistage et de prévention jouent un rôle important sur l'incidence, la mortalité et la survie. La participation de la population autochtone aux programmes de dépistage du cancer demeure plus faible que celle de la population en général, ce qui est préoccupant (Kue Young, Kliewer, Blansharg et Mayer, 2000). Le dépistage du cancer cervical chez les femmes autochtones par un test de PAP est traditionnellement faible (Clarke et coll., 1998). Toutefois, les données de l'enquête régionale sur la santé de 2002-2003 montrent que la couverture du test de PAP est relativement semblable entre les populations autochtones et non autochtones. Bien que ce soit une nette amélioration, les données de cette enquête indiquent qu'« étant donné le taux de mortalité disproportionné des femmes autochtones par cancer cervical, il serait à conseiller d'appliquer de façon plus systématique des programmes de dépistage propres aux Premières nations » (Centre des Premières Nations, 2005). D'autres données de la recherche indiquent qu'en plus des problèmes d'accès aux programmes de dépistage du cancer, le manque de

[6] La politique de transfert en matière de santé a été adoptée officiellement par Santé Canada en 1989 et se poursuit de nos jours. Elle permet aux communautés autochtones de contrôler l'affectation des ressources à des programmes et services particuliers, offrant ainsi aux communautés la possibilité d'une plus grande autonomie et du contrôle des soins de santé.

connaissances des programmes et services disponibles contribue aux problèmes associés au dépistage du cancer (Condon, Barnes T., Armstrong B.K., Selva-Nayagam S. et J.M., 2005). Ainsi, l'éducation et la sensibilisation devraient être considérées comme faisant partie intégrante des stratégies visant à améliorer les programmes de dépistage. D'autres problèmes relatifs à la faible participation à certains tests de dépistage, comme le toucher rectal, nécessitent un examen plus approfondi (Centre des Premières Nations, 2005).

En plus du cancer, on croit que les lacunes et les délais quant au test de glycémie chez les Autochtones sont liés à l'augmentation du diabète de type 2 dans cette population. L'enquête régionale sur la santé de 2002-2003 indique que moins de 50 % des personnes des groupes d'âge à risque ont été dépistées pour le diabète dans les 12 derniers mois (Centre des Premières Nations, 2005). Étant donné les proportions épidémiques de diabète dans la population autochtone, ce pourcentage est beaucoup trop faible. Le dépistage des maladies cardiovasculaires par les tests de cholestérol et d'hypertension est également insuffisant : le test de cholestérol est faible pour tous les groupes d'âge, alors que le test d'hypertension est supérieur, mais n'atteint pas un taux idéal (Centre des Premières Nations, 2005).

2.2.3 Changements climatiques, qualité de l'air extérieur et contaminants dans l'environnement

L'importance de l'environnement sur la santé a retenu l'attention de façon importante au cours des dernières années grâce à la plus grande sensibilisation du public et au débat sur les questions entourant les changements climatiques. Comme les sociétés autochtones sont traditionnellement très attachées à la terre, les problèmes associés aux changements climatiques sont amplifiés dans le contexte autochtone (Paci, Dickson, Nickels, Furgal et 2004). L'emplacement de nombreuses communautés autochtones dans le Nord et dans les régions éloignées rend les impacts encore plus évidents. Le réchauffement planétaire et les changements environnementaux comme la fonte des glaces y sont beaucoup plus visibles que ce qu'on observe dans les régions du sud du Canada.

Les problèmes liés à la qualité de l'air extérieur ont été au centre des débats sur les changements climatiques et sur le lien entre l'environnement et la santé humaine. En réponse à une préoccupation croissante concernant les « nouveaux polluants »[7] dans les années 1980, la recherche sur les conditions environnementales a porté sur l'association présumée entre une augmentation des particules dangereuses dans l'air et l'incidence des problèmes respiratoires (Strachan, 2000). Cette hypothèse a été corroborée par des études sur des cohortes de non-fumeurs (Abbey et coll., 1995; Greer et coll., 1993), qui ont conclu à des incidences significativement supérieures d'asthme et de symptômes respiratoires chroniques chez des personnes ayant d'importantes expositions cumulatives aux particules et à l'ozone. Les effets considérables des polluants extérieurs sur la santé humaine et leur potentiel comme facteur de risque de maladies respiratoires chroniques ne devraient toutefois pas éclipser le rôle que la pollution de l'air intérieur peut jouer dans la santé respiratoire d'une personne (Anto et coll., 2001).

[7] L'expression « nouveaux polluants » se rapporte aux particules et aux gaz dangereux (gaz à effet de serre) provenant des émissions des véhicules, des procédés industriels et des pratiques commerciales.

La préoccupation environnementale associée aux contaminants et à l'impact des sous-produits industriels, des produits chimiques et d'autres particules sur la santé humaine est reliée à la discussion sur l'impact de la pollution atmosphérique. Une importante préoccupation des communautés autochtones et inuites est l'exposition aux biphényles polychlorés (BPC). On croit que les BPC sont responsables de l'incidence accrue du cancer et d'autres problèmes de santé. Les BPC s'accumulent dans les tissus par la chaîne alimentaire, et les Autochtones qui consomment du poisson dans leur régime alimentaire traditionnel ont une concentration très élevée de BPC dans leur gras corporel. On a observé que des femmes inuites du nord du Québec ont une concentration de BPC dans leur lait maternel sept fois plus élevée que les femmes canadiennes (MacMillan et coll., 1996). De plus, le lait de ces femmes autochtones contient la concentration de BPC la plus élevée au monde. En même temps, le gouvernement du Canada a indiqué que la concentration de BPC pouvant causer le cancer est beaucoup plus élevée que toute exposition environnementale possible (Santé Canada, 1994; Murray, 1994). Le mercure accumulé dans les tissus du poisson est une préoccupation pour de nombreuses communautés autochtones, particulièrement celles pour qui le poisson constitue la principale source d'alimentation (Van Oostdam et coll., 2005). Le mercure inorganique et méthylique a été désigné comme un cancérigène probable et on croit que sa présence à une concentration élevée augmente le risque de cancer. Selon une étude réalisée sur des Inuits vivant dans l'île de Baffin, l'absorption quotidienne de mercure était en moyenne de 65 mg chez les femmes et de 97 mg chez les hommes, ce qui dépasse largement l'absorption quotidienne moyenne de 16 mg des autres Canadiens (MacMillan et coll., 1996). Le mercure a été associé à d'autres problèmes de santé, comme les problèmes du système nerveux central et les difficultés d'apprentissage, et c'est une importante préoccupation quant à la santé et au bien-être des Autochtones.

Le principal défi posé par les contaminants environnementaux, c'est qu'ils se trouvent souvent dans les aliments « traditionnels », soit la catégorie générale utilisée pour décrire tous les nutriments organiques et animaux qui assurent la santé des Autochtones (Paci et coll., 2004). Au Canada, les aliments traditionnels courants sont le poisson, le gibier, les petits fruits et les autres légumes, fruits et grains récoltés. L'importance de la discussion sur la cueillette et la consommation, passées, actuelles et futures, des aliments traditionnels chez les Autochtones au Canada découle du fait qu'ils peuvent être des facteurs de protection pour plusieurs maladies chroniques. La corrélation entre la consommation d'aliments traditionnels et une meilleure santé résulte également de la meilleure valeur nutritive de ces aliments et de l'exercice associé à la chasse et à la cueillette nécessaires pour les obtenir. La consommation d'aliments traditionnels est également bénéfique pour réduire la présence accrue des « aliments modernes » (aliments préparés, prêt-à-manger, sucres simples, etc.) dans le régime alimentaire autochtone. Bien que ces aliments modernes ou occidentaux aient été introduits dans les communautés autochtones à différents moments et à diverses intensités (Paci et coll., 2004), leur présence est maintenant courante et répandue. En plus de favoriser la réduction des aliments traditionnels dans le régime alimentaire autochtone, ces aliments à bas prix et faciles à préparer sont malsains en soi : les croustilles et autres aliments à « calories vides » n'offrent pas aux enfants, aux parents et aux grands-parents les éléments nutritifs, les vitamines et les minéraux dont ils ont besoin pour survivre et se développer.

Le problème, c'est que les risques associés aux aliments traditionnels doivent être équilibrés avec ceux des aliments achetés à l'épicerie. De toute évidence, la sécurité alimentaire est une question importante, car les bons aliments sont essentiels à un développement optimal, particulièrement

pour les nourrissons et les jeunes enfants. Les émissions de gaz à effet de serre et l'empreinte de carbone de la société sur la santé de l'environnement ainsi que les préoccupations concernant le coût du carburant et la logistique du transport des aliments dans les communautés rurales et éloignées, comme de nombreuses réserves et communautés métisses, inuites et des Premières nations, sont des raisons d'encourager la consommation d'aliments traditionnels. Il est impératif que nous trouvions des moyens plus novateurs d'assurer l'équilibre entre la disponibilité, la diversité et la qualité des aliments pour tous les citoyens, autochtones et non autochtones, au Canada.

Enfin, car ce n'est là qu'un aperçu, l'information sur le rôle croissant des facteurs de risque environnementaux et leur relation avec une augmentation des maladies chroniques dans de nombreuses communautés autochtones mérite qu'on y consacre plus d'efforts de recherche (Lawrence et Martin, 2001).

3. Facteurs de risque prénataux

Dans le présent document, nous utilisons l'expression « facteurs de risque prénataux » pour désigner les facteurs qui se manifestent, qui existent ou qui influent sur l'être humain avant sa naissance. Ces facteurs sont par conséquent liés à la santé de la mère et à celle de l'enfant à naître. La section qui suit portera donc sur le diabète maternel, l'obésité maternelle, ainsi que sur l'usage du tabac et la consommation d'alcool chez la mère. Par ailleurs, même si le poids à la naissance est souvent un indicateur de la présence d'effets intra-utérins, ce facteur sera examiné en détail dans la section suivante sur les facteurs de risque à la naissance, puisqu'il est évalué à la naissance et qu'il influe sur la santé du nouveau-né et sur le risque de maladies chroniques.

3.1 Diabète maternel

Chez les Premières nations, les femmes représentent à peu près les deux tiers des cas de diabète diagnostiqués (Bobet, 1997), alors que c'est l'inverse dans l'ensemble de la population canadienne (Santé Canada, 1999). Non seulement les femmes autochtones enregistrent une prévalence généralement plus élevée de diabète de type 2 (Centre des Premières Nations, 2005), mais bon nombre d'entre elles souffrent aussi de diabète gestationnel (Mohamed et Dooley, 1998), un type de diabète que l'on définit par toute intolérance au glucose survenue ou détectée pour la première fois pendant la grossesse (Matthews, 2003). La présente section a pour objet d'examiner l'impact de ces taux élevés de diabète gestationnel sur les fœtus, et par conséquent, sur les générations futures.

Les recherches démontrent que le diabète maternel constitue un facteur prédictif important d'un poids élevé à la naissance (Dyck, Klomp et Tan, 2001; Godwin et coll., 1999; Harris et coll., 1997; Rodrigues et coll., 1999). Comme les impacts directs du poids élevé à la naissance sont examinés plus loin (voir la section 4 sur les facteurs de risque à la naissance), nous traiterons dans cette section-ci de la corrélation entre le diabète gestationnel et la santé à long terme du fœtus. En examinant les recherches, on constate qu'en plus de présenter des taux élevés de macrosomie (poids élevé à la naissance > 4 000 g), les enfants dont les mères souffrent de diabète gestationnel sont aussi plus susceptibles de présenter des taux plus élevés d'obésité infantile et de souffrir d'intolérance au glucose ou de diabète de type 2 (Pettitt et Knowler, 1998; Silverman, Rizzo, Cho et Metzger, 1998). Une étude menée auprès des Pimas a aussi révélé une corrélation significative entre l'intolérance au glucose chez la mère et un plus grand risque de

diabète chez les enfants (Franks et coll., 2006). Étant donné qu'il y a aussi corrélation entre le diabète maternel et le poids élevé à la naissance, il faut donc se demander lequel de ces deux facteurs augmente les risques posés à la santé des enfants autochtones. Toutefois, une autre étude menée auprès des Pimas, qui a examiné des enfants de mêmes familles nés avant et après que leur mère eut reçu un diagnostic de diabète, a démontré que les enfants exposés au diabète *in utero* avaient un indice de masse corporelle (IMC) plus élevé que leurs frères et sœurs n'y ayant pas été exposés, et que leur risque de souffrir du diabète était près de quatre fois plus élevé (Dabelea et coll., 2000). Dans une autre étude, on a aussi estimé qu'environ 40 % des cas de diabète de type 2 chez les enfants pimas de 5 à 19 ans peuvent être attribués au diabète maternel pendant la grossesse (Dabelea et Pettitt, 2001). Ces données sur le diabète maternel montrent bien l'impact important que peut avoir l'environnement fœtal sur la santé future de l'enfant.

3.2 Obésité maternelle

Selon certaines études, l'obésité maternelle, qui est souvent associée au diabète gestationnel, pourrait être le principal facteur influant sur l'obésité juvénile (Boney, Verma, Tucker et Vohr, 2005; Whitaker et coll., 1998). Une étude américaine menée auprès d'enfants de leur naissance jusqu'à ce qu'ils aient de 6 à 12 ans a révélé que le diabète gestationnel n'avait pas à lui seul un impact significatif sur l'augmentation du risque de syndrome métabolique[8] chez les enfants, mais que les enfants de femmes obèses présentaient un risque deux fois plus élevé d'en souffrir (Boney et coll., 2005). Si les résultats de ces études pouvaient être étendus à la population autochtone du Canada, alors la grossesse et la période qui la précède pourraient être considérées comme une période de la vie où il serait extrêmement efficace de cibler l'obésité pour ainsi réduire le fardeau du diabète de type 2 durant toute la petite enfance et l'âge adulte. Dans l'ensemble, ces résultats démontrent aussi une forte corrélation entre la santé maternelle et celle de l'enfant à sa naissance et toute sa vie durant. Nous allons maintenant examiner ce que dit la littérature concernant l'impact qu'un autre comportement maternel, à savoir l'usage du tabac, peut avoir sur le développement du fœtus et le risque de maladies chroniques.

3.3 Usage du tabac chez la mère

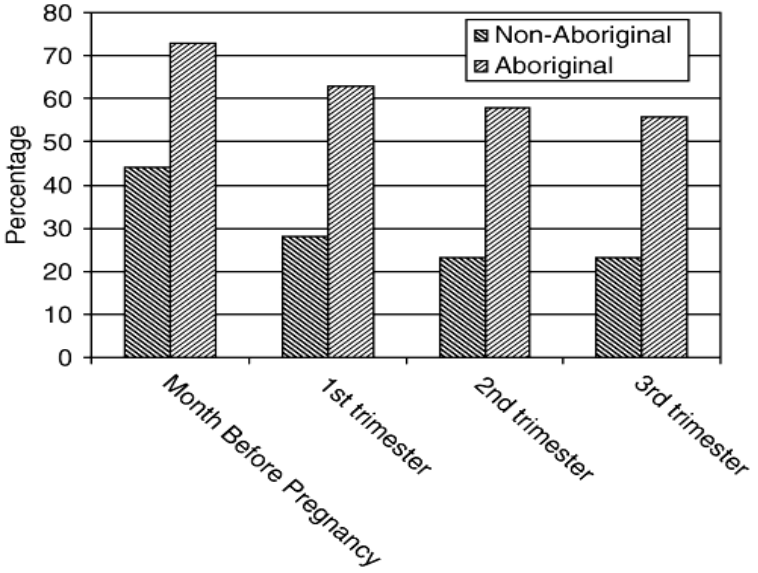
Une nette corrélation a été démontrée entre le tabagisme maternel et le retard de croissance intra-utérin au sein des populations autochtones et non autochtones. (Horta, Victora, Menezes, Halpern et Barros, 1997; Power et Jefferis, 2002; Wenman, Joffres et Tataryn, 2004). Toutefois, les proportions de femmes enceintes qui fument varient considérablement entre les divers groupes ethniques. Selon l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003 (ERS), le taux de tabagisme chez les femmes autochtones enceintes (58,8 %) correspond à celui de la population autochtone en général. Une étude menée par le Manitoba auprès de 684 répondantes a révélé qu'une proportion nettement supérieure de femmes autochtones que de femmes non autochtones fumaient pendant leur grossesse (61,2 % contre 26,2 %), et qu'une plus faible proportion de femmes autochtones déclaraient cependant fumer plus d'un paquet de cigarettes par jour (Heaman, 2005). Ces résultats sont à l'opposé de ceux de l'ERS de 2002-2003, où le pourcentage de mères autochtones fumant plus de 10 cigarettes par jour était trois fois supérieur à celui de l'ensemble des mères canadiennes (5,3 % contre 15,0 %).

[8] Le syndrome métabolique n'est pas une maladie en soi, mais plutôt un ensemble de troubles métaboliques dont souffre une personne (hypertension artérielle, taux d'insuline élevé, excès de poids, taux de cholestérol anormal, etc.) qui la rendent plus ou moins susceptible de souffrir de diabète, d'une maladie cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral.

Ces données signifient peut-être que le tabagisme modéré et constant est plus fréquent chez les mères autochtones, alors qu'on observe chez les mères non autochtones un plus faible nombre de fumeuses, mais qu'elles consomment davantage de cigarettes.

Le nombre moyen de cigarettes fumées par les femmes enceintes diminue par contre avec l'évolution de la grossesse, tant chez les populations autochtones que non autochtones. Cette diminution et les taux systématiquement plus élevés du tabagisme maternel au sein des populations autochtones sont illustrés dans la figure ci-dessous.

Figure 4. Prévalence du tabagisme selon les stades de la grossesse chez les femmes autochtones et non autochtones au Manitoba



Source : adaptation de Heaman (2005)

Traduction des termes du graphique :
Percentage = Pourcentage
Non-Aboriginal = Non-Autochtones - Aboriginal = Autochtones
Month Before Pregnancy = Mois précédant la grossesse
1st trimester = 1er trimestre, 2nd trimester = 2e trimestre, 3rd trimester = 3e trimestre

Comme l'explique Heaman (2005), un certain nombre facteurs influent sur le tabagisme maternel. Son étude a notamment démontré qu'il y a une importante corrélation entre le tabagisme pendant la grossesse chez les mères autochtones à faible revenu et la consommation d'alcool pendant la grossesse, le manque de soutien, l'insuffisance des soins prénataux, des antécédents familiaux de fréquentation de pensionnats, le faible niveau d'instruction et le fait de vivre dans une communauté éloignée et isolée. Inversement, le fait d'avoir un emploi rémunéré et de vivre dans des communautés où de nombreux services de santé sont offerts réduit le risque de fumer pendant la grossesse (Heaman, 2005). En plus du tabagisme actif observé chez les mères dans les communautés autochtones, il importe aussi de tenir compte de leur exposition à la fumée secondaire. En effet, le tabagisme passif peut être considéré comme un aspect important puisque les statistiques démontrent que chez les Premières nations, il y a usage du tabac dans les résidences de près d'une famille sur deux (48,2 %). Vu la prévalence généralement élevée de tabagisme actif et passif chez les mères des populations autochtones, il est important d'examiner

l'impact potentiel du tabagisme maternel sur les maladies observées plus tard dans la vie (Grove et coll., 2001; Reilly et coll., 2005; von Kries, Toschke, Koletzko et Slikker, 2002). Ce sujet sera d'ailleurs examiné plus loin.

Les effets néfastes du tabagisme maternel sur la croissance du fœtus ont souvent été observés. En effet, de nombreuses études ont démontré que l'usage du tabac pendant la grossesse retarde la croissance du fœtus (Cliver, 1995), ce qui peut entraîner un faible poids à la naissance (Humphrey, 2000; Mohsin, 2005) ou parfois des naissances prématurées (< 37 semaines), des mortinaissances et des morts néonatales (Chan, 2001; Kallen, 2001; Mohsin, 2005; Shah, 2000). L'ERS de 2002-2003 a établi une corrélation entre le faible poids à la naissance et une consommation excessive de tabac pendant la grossesse (lorsque les mères fument ≥ 20 cigarettes par jour). Le tabagisme a aussi été directement associé au syndrome métabolique et considéré comme un facteur préoccupant dans l'apparition de maladies respiratoires chroniques comme l'asthme chez les enfants (Daigler et coll., 1991). Cela s'explique par le fait que l'exposition du fœtus à la fumée peut affecter le développement du système pulmonaire *in utero* (Gilliland et coll., 2000; Hanrahan et coll., 1992). C'est pourquoi les risques d'infections respiratoires et d'asthme sont plus élevés chez les nourrissons de mères fumeuses que chez les nourrissons de mères qui ne fument pas (Gilliland et coll., 2000; Hanrahan et coll., 1992; Heaman, 2005). Des études ont aussi fait état des effets à long terme du tabagisme chez les mères autochtones. À cet égard, l'ERS de 2002-2003 précise que :

> *« les enfants qui ont été exposés à la fumée du tabac pendant la grossesse étaient moins souvent en "excellente" ou en "très bonne" santé, ils étaient plus susceptibles de souffrir de bronchites chroniques ou d'otites et un peu plus susceptibles de souffrir d'asthme ou d'allergies que les enfants n'y ayant pas été exposés. La distribution statistique selon les performances scolaires a indiqué une tendance vers des performances généralement moins bonnes chez les enfants dont la mère fumait pendant la grossesse » [traduction] (Centre des Premières Nations, 2005).*

Ces tendances à long terme s'avèrent particulièrement préoccupantes pour la santé et le bien-être futurs des Autochtones.

3.4 Consommation d'alcool par la mère

L'alcool peut avoir des effets toxiques sur le fœtus connus comme les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) ou le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), selon la quantité d'alcool consommée pendant la grossesse. Même si ces données ne font pas l'objet d'un consensus chez les scientifiques, Santé Canada indique qu'une consommation régulière de deux verres ou plus par jour est nocive pour le fœtus et qu'elle peut entraîner les EAF ou le SAF (Canada, 2005).

Les effets physiques, mentaux, émotionnels et comportementaux de l'exposition du fœtus à l'alcool varient beaucoup d'un sujet à l'autre. Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) se définit généralement par la présence de caractéristiques faciales distinctes, d'un retard de croissance et du dysfonctionnement du système nerveux central (Anderson et coll., 2002; Society, 1998; Tait, 2003; Van Bibber, 1997; Wemigwans, 2005). Quant aux effets de l'alcool sur le fœtus (EAF), ils désignent les effets comportementaux et cognitifs observés en l'absence des malformations physiques accompagnant le SAF. Il est donc difficile de déterminer les taux de prévalence et d'incidence des EAF parce que de nombreuses personnes exposées à l'alcool

avant leur naissance ne présentent pas de symptômes physiques évidents, mais plutôt des symptômes qui sont davantage d'ordre cognitif et comportemental. Comme ces symptômes sont plus difficiles à diagnostiquer, ils passent souvent inaperçus jusqu'à ce que l'enfant aille à l'école. Il s'ensuit que l'incidence réelle des EAF est probablement beaucoup plus élevée que les taux de SAF/EAF déclarés chez les nouveau-nés (Société canadienne de pédiatrie, 2002; Square, 1997). Outre le SAF et les EAF, l'expression « ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) » est aussi utilisée pour désigner « l'ensemble des anomalies observées chez les personnes exposées à l'alcool avant leur naissance » [traduction] (Rasmussen, Horne et Witol, 2006). Cette expression sera généralement utilisée dans la présente section pour désigner les troubles causés par l'exposition prénatale à l'alcool, à moins d'une référence directe au SAF ou aux EAF.

On sait que la fréquence et la gravité des symptômes de l'ETCAF varient d'un sujet à l'autre, mais des données récentes semblent révéler la présence de différences au niveau des populations, soit entre les enfants autochtones et non autochtones. La littérature sur l'ETCAF fait état de certaines différences notables entre les populations autochtone et non autochtone au Canada. Par exemple, on estime que l'incidence globale du SAF au sein de la population canadienne en général se situe entre 2,8 et 4,8 par 1 000 naissances vivantes (Société canadienne de pédiatrie, 2002). À titre comparatif, le taux de SAF au sein des populations autochtones du nord du Manitoba était de 7,2 par 1 000 naissances vivantes (Société canadienne de pédiatrie, 2002). Selon l'ERS de 2002-2003, le taux de prévalence de l'ETCAF chez les Premières nations à l'échelle nationale est de 1,8 % (CGIPN, 2005).

Les comparaisons établies entre les taux de prévalence de l'ETCAF chez les Canadiens autochtones et non autochtones devraient toutefois être interprétées avec prudence, car les études sur l'ETCAF chez les Autochtones ont le plus souvent ciblé de petites communautés que l'on croyait susceptibles de présenter des cas d'exposition du fœtus à l'alcool en raison des taux élevés de consommation occasionnelle et excessive (Tait, 2003). Ces communautés ont donc tendance à présenter des taux de prévalence exceptionnellement élevés, allant même parfois jusqu'à une naissance sur cinq (Van Bibber, 1997). Par exemple, une étude menée sur la consommation d'alcool chez les femmes enceintes de l'île de Vancouver a révélé que 54 % des mères autochtones (Société canadienne de pédiatrie, 2002) et 16 % des mères non autochtones (Square, 1997) risquaient de mettre au monde un enfant souffrant de certains EAF. Outre le fait que les recherches aient été menées auprès de communautés à risque élevé, on considère souvent que d'autres facteurs pourraient aussi contribuer aux taux élevés de l'ETCAF qui sont observés au sein des communautés autochtones. Par exemple : les chercheurs s'attendent à observer des taux aussi élevés, un plus grand nombre de femmes autochtones que non autochtones donnent une description juste de leur consommation d'alcool pendant leur grossesse, une plus forte propension des professionnels de la santé à poser un diagnostic d'ETCAF chez les patientes autochtones et la présence de petits groupes de femmes qui consomment de l'alcool pendant plusieurs grossesses (Tait, 2003).

Les résultats des recherches sur l'ETCAF sont aussi faussés parce que les taux alarmants de prévalence observés chez certaines communautés autochtones (ou groupes d'individus) sont souvent généralisés à l'ensemble des Autochtones au Canada, et ce, sans données probantes et sans tenir compte de la diversité des peuples autochtones (Tait, 2003; Van Bibber, 1997). Grâce à d'autres recherches menées d'un bout à l'autre du pays, tant dans des secteurs à risque élevé

qu'à faible risque, il sera possible d'avoir une idée plus juste de l'étendue de l'ETCAF. Il importera aussi de prendre en considération les résultats observés aux États-Unis selon lesquels les taux de prévalence de l'ETCAF diffèrent entre les tribus indiennes américaines en fonction de la maîtrise et de la structure du gouvernement (Tait, 2003), car ces différences pourraient aussi influencer la stratification de l'ETCAF au Canada. Étant donné que l'ETCAF est largement reconnu comme la principale cause d'anomalies congénitales évitables chez les enfants autochtones (Canada, 2005; Society, 1998), il sera important d'en tenir compte pour l'étude de la santé à long terme de la population autochtone du Canada.

4. Facteurs de risque à la naissance

> *« D'un point de vue autochtone, chaque nouvelle vie peut être considérée comme une possibilité d'espoir et de guérison accordée par le créateur aux particuliers, aux familles, aux communautés et aux nations. Sur la roue médicinale […], les nourrissons sont assis à côté des aînés. Comme les aînés, ils peuvent être considérés comme étant des enseignants. Les aînés et les nourrissons sont tous les deux proches du monde des esprits, les nourrissons en arrivant et les aînés s'y rendant. Cette proximité du monde des esprits peut apporter une force spirituelle, mais elle peut aussi causer une vulnérabilité physique et une sensibilité aux perturbations environnementales » (Centre des Premières nations, 2005).*

Le terme « natal » désigne généralement des choses relatives ou associées à la naissance, ou présentes lors de la naissance de quelqu'un. Si la santé à la naissance revêt une telle importance, c'est que c'est au cours du premier mois de sa vie que le risque de mourir qui pèse sur un enfant est le plus élevé; pendant cette période, l'accouchement dans de bonnes conditions de sécurité et l'efficacité des soins néonatals sont essentiels (Organisation mondiale de la santé, 2007). De plus, les enfants sont exposés à d'importants facteurs de risque pouvant conduire au développement de maladies chroniques à ce stade; parmi eux, il y en a deux sur lesquels nous allons nous pencher expressément, à savoir un poids anormal à la naissance et l'absence d'allaitement maternel. Comme le démontreront les facteurs exposés ci-après, la santé des nourrissons autochtones est imbriquée dans les aspects maternel, familial et communautaire de la santé en général.

4.1 Poids anormal à la naissance

Le monde de la médecine occidentale fait du poids à la naissance un des plus importants instruments de mesure de la santé du nourrisson. Il en va ainsi parce qu'on peut se servir du poids à la naissance pour mesurer la croissance du fœtus, pour évaluer les conditions dans l'utérus et pour établir un lien entre ces facteurs du début de la vie et la santé à l'âge adulte (Centre des Premières nations, 2005). Plusieurs études ont mis en lumière la corrélation entre des modalités sub-optimales de croissance du fœtus et du nourrisson, d'une part, et les maladies chroniques chez les adultes, d'autre part. Ces études jettent les bases de ce qu'on appelle « l'hypothèse de l'origine fœtale », laquelle donne à penser qu'une « programmation » physiologique ou métabolique pendant la gestation et le début de la vie détermine, dans une large mesure, l'apparition de diverses maladies chroniques à un stade plus avancé de la vie (Barker, 1995, 1995, 1995; Hales et Barker, 1992). À titre d'exemple, diverses études ont fait état d'un lien étroit entre l'insuffisance pondérale à la naissance et l'apparition de maladies coronariennes

et d'hypertension plus tard dans la vie (Barker, 1995, 1995, 1995; Barker, Osmond et Law, 1989; Fall, Vijayakumar, Barker, Osmond et Duggleby, 1995; Kajantie, Barker, Osmond, Forsen et Eriksson, 2008). Des études de cohortes historiques en Angleterre ont permis de découvrir qu'un problème de croissance du fœtus, une insuffisance pondérale à la naissance et des infections des voies respiratoires inférieures dans la petite enfance sont susceptibles cde causer une perte de fonctionnement des poumons à un stade avancé de la vie des adultes (Barker et coll., 1991; Shaheen et coll., 1994). Bien qu'une étude de suivi menée en 1985-1986 ne soit pas parvenue à confirmer cette conclusion (Shaheen, Sterne, Tucker et Florey, 1998), Barker et des collègues (1991) sont venus conforter quelque peu cette théorie en 1991 lorsqu'ils ont découvert un lien entre une insuffisance pondérale à la naissance et un mauvais fonctionnement des poumons à l'âge adulte. L'explication biologique de ce phénomène est que les influences intra-utérines qui ralentissent la prise de poids chez le fœtus entravent également la croissance des voies respiratoires et portent atteinte de manière permanente à leur développement et à leur fonctionnement (Barker, 2004). Cela dit, ces études souffrent d'un problème, c'est-à-dire que, souvent, elles tiennent pour acquis qu'un poids plus élevé à la naissance est plus sain; cette hypothèse ne tient pas compte de l'état de santé de la mère, par exemple, l'obésité et le diabète, lequel est susceptible de provoquer des changements dans le milieu de vie utérin, ce qui aura pour effet de produire des bébés plus lourds, mais pas nécessairement en meilleure santé (Chan, Wong et Silverman, 1990; Coory, 2000).

En guise d'exemple, il a été montré que tant le poids élevé (>4000 grammes) que faible (<2500 grammes) à la naissance sont liés à une augmentation du risque de diabète plus tard dans la vie (Harder, Rodekamp, Schellong, Dudenhausen et Plagemann, 2007; Pettitt, Forman, Hanson, Knowler et Bennett, 1997; Pettitt et Knowler, 1998). En dépit d'un accroissement du tabagisme pendant la grossesse parmi les femmes autochtones, dont il a été démontré qu'il diminue le poids à la naissance (Pirogowicz et coll., 2004; Wenman et coll., 2004), les populations d'Autochtones et de Canadiens ont des proportions similaires de naissances avec une insuffisance pondérale (Gilchrist et coll., 2004). Malgré des taux élevés de tabagisme maternel dans les communautés autochtones, les bébés des Premières nations ont presque deux fois plus de chances de se classer parmi les enfants présentant un poids élevé à la naissance que les Canadiens non autochtones (Rodrigues, Robinson, Kramer et Gray-Donald, 2000). Le poids médian à la naissance des enfants des Premières nations signalé au moment de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières nations s'établissait à 3,55 kg et le poids médian des garçons (3,60 kg) était plus élevé que celui des filles (3,49 kg) (Centre des Premières nations, 2005). Si le poids médian à la naissance se situe plutôt vers le haut de la fourchette du « poids moyen à la naissance » (2,5-4,0 kg), on ne considère pas que la différence entre les sexes constitue une constatation importante : un poids plus élevé à la naissance chez les garçons a été signalé au sein de populations non autochtones (Centre des Premières nations, 2005). Une des préoccupations importantes que suscite le poids élevé à la naissance découle de sa corrélation avec l'aggravation de l'épidémie de diabète parmi les Autochtones (Caulfield, Harris, Whalen et Sugamori, 1998). Une étude récente des naissances chez les Premières nations en Saskatchewan de 1950 à 1984 a fait ressortir un lien digne de mention entre un poids élevé à la naissance (mais non pas un poids faible à la naissance) et le diabète dans le cas des Indiens inscrits vivant en Saskatchewan (OR 1.63 [95 % CI 1.20, 2.24]). On a également constaté que cette tendance était plus forte chez les filles que chez les garçons (Dyck et coll., 2001). Dans cette étude, les chercheurs ont estimé que l'excès de nutrition du fœtus est le facteur intra-utérin prépondérant débouchant sur la pathogénèse du diabète de type 2 parmi les Autochtones au Canada. Comme nous l'avons vu

plus haut, on croit aussi que la prévalence du diabète maternel a des incidences sur le poids à la naissance. Une étude menée en Saskatchewan parmi des femmes des Premières nations a permis de découvrir que les nourrissons issus de mères atteintes d'un diabète sucré de la grossesse (DSG) avaient 2,4 fois plus de risques d'être macrocosmiques[9] (95 % CI: 1.1, 5.6) que leurs contreparties dont la méere ne présentait pas de DSG (Dyck et coll., 2001). On a également constaté qu'un poids élevé à la naissance contribuait au développement de l'asthme chez les enfants. Sin et coll. (2004) sont arrivés à la conclusion que « parce q9e l'obésité favorise les inflammations et impose des contraintes mécaniques aux voies respiratoires, un poids élevé à la naissance peut être un facteur de risque d'asthme chez les enfants » [traduction] (Sin et coll., 2004). Étant donné qu'il a été constaté que les enfants autochtones ont un poids à la naissance plus élevé que les enfants non autochtones (Sin et coll., 2004; Thomson, 1990), ils courent peut-être un plus grand risque de contracter une maladie respiratoire chronique tôt dans leur vie.

Néanmoins, il importe d'éviter les généralisations abusives à propos de la prévalence d'un poids élevé à la naissance parmi les enfants autochtones. Cela tient au fait que, d'une part, des études, comme celles portant sur les Cris de la baie James, ont fait apparaître des statistiques médianes concernant le poids à la naissance qui sont parmi les plus élevées et une forte prévalence de macrosomie chez les nourrissons (Rodrigues et coll., 2000). De même, d'autres études donnent à penser que les enfants autochtones sont génétiquement prédisposés à une surcharge pondérale à la naissance (Sin et coll., 2004). Toutefois, un mauvais développement fœtal et une insuffisance pondérale à la naissance ont été constatés dans de nombreuses communautés indigènes défavorisées ou marginalisées (Blair, 1996; Chan, Keane et Robinson, 2001), où le manque d'accès à des éléments de subsistance fondamentaux et à des soins médicaux place les mères et leurs nourrissons en situation de risque. De mauvaises conditions de vie, des problèmes socio-économiques et des soins de santé maternelle inadéquats dans bon nombre de communautés autochtones du Canada font courir à ces nourrissons un risque élevé d'insuffisance pondérale à la naissance (Blair, 1996; Chan et coll., 2001). C'est pourquoi il faut mener des recherches plus poussées et mieux comprendre ce facteur de risque afin de pouvoir tirer des conclusions à son sujet (Kuh et Ben-Shlomo, 2004).

Une dernière observation s'impose à propos des divers classements du poids à la naissance. En ce moment, le poids à la naissance des Autochtones est classé comme étant élevé, normal ou insuffisant en comparaison des normes applicables aux non-Autochtones. En raison des différences potentielles entre les populations autochtones et non autochtones du point de vue de la santé maternelle et infantile, il convient de considérer que les comparaisons entre les divers poids à la naissance sont, tout au mieux, approximatives et préliminaires. Nous aurons besoin à l'avenir de mesures plus appropriées et culturellement adaptées afin d'établir des statistiques plus exactes permettant d'évaluer ce facteur de risque dans le contexte autochtone.

4.2 Allaitement maternel

Il est fréquemment question d'allaitement maternel dans le domaine de la santé natale. La popularité de l'allaitement au sein a varié au fil du temps et elle fluctue toujours en fonction de réalités et de points de vue culturels; il existe une littérature de plus en plus abondante qui traite de ses répercussions sur la santé et le développement des nourrissons.

[9] Cela veut dire qu'ils ont un poids élevé à la naissance (>4000 g).

Santé Canada encourage les mères à allaiter, car cette façon de faire procure aux nourrissons un apport nutritif et émotionnel, ainsi que des avantages immunologiques, qui rehaussent leur croissance et leur développement (Agence de la santé publique du Canada, novembre 1998). On considère que l'allaitement maternel est un aspect important de la prévention des maladies, parce que les nourrissons alimentés au sein bénéficient d'une meilleure protection contre les infections respiratoires, otiques et intestinales. Cela découle du fait que les composantes propres au lait maternel protègent les nourrissons contre les infections venant de l'extérieur (Agence de la santé publique du Canada, novembre 1998). Les recherches indiquent que les enfants allaités courent moins de risque de présenter un excès pondéral et ont davantage de chances d'avoir un poids acceptable et d'être en « très bonne » ou « excellente » santé. Ces résultats étayent la littérature consacrée aux avantages estimatifs de l'allaitement. Outre les avantages sur le plan de la santé, l'allaitement offre des bienfaits d'ordre social et économique, car il est une source de nourriture écologiquement saine, efficace, économique et favorisant l'autosuffisance (Comité canadien pour l'allaitement, 2002; Agence de la santé publique du Canada, novembre 1998).

Comme tous les bébés nés avant l'avènement des laits maternisés, les nourrissons autochtones étaient allaités jusqu'à ce qu'ils puissent digérer d'autres sources de nourriture (Banks, 2003). Toutefois, la pratique traditionnelle de l'allaitement au sein a cédé la place à l'alimentation au biberon dans les années 1950, lorsque les laits maternisés ont été mis à la disposition de la population (MacMillan et coll., 1996). À titre d'exemple, une étude réalisée auprès d'enfants autochtones au Manitoba a établi que l'allaitement maternel prolongé constituait un puissant facteur de protection contre le diabète de type 2; il a été montré qu'un enfant nourri au sein pendant plus de 12 mois courait un risque de diabète représentant seulement 24 % pesant sur un enfant alimenté au biberon (Young, Chateau et Zhang, 2002). Les effets protecteurs de l'allaitement au sein ont également été observés dans des études sur les Indiens Pima (Pettitt et coll., 1997; Pettitt et Knowler, 1998). En dépit de ces études et du fait que les taux d'adoption de l'allaitement maternel ont progressé ces dernières années (Langner et Steckle, 1991; Macaulay, Hanusaik et Beauvais, 1991), les statistiques limitées sur les taux d'allaitement maternel chez les Autochtones révèlent que cette façon de faire est moins répandue que dans la population en général (Dodgson, Duckett, Garwick et Graham, 2002).

C'est ainsi qu'une enquête réalisée en 1988 pour le compte de la Base nationale de données sur l'allaitement maternel chez les Indiennes et les Inuits a révélé que 60, 7 % des nourrissons étaient allaités au sein à la naissance, mais que ce taux connaissait ensuite un recul marqué, s'établissant à 31,1 % chez les bébés de six mois (Langner et Steckle, 1991). Une étude plus récente menée auprès des Cris de la baie James a fait apparaître un taux initial d'allaitement de 51,9 % chez les mères autochtones (Black, Godwin et Ponka, 2008). La proportion moyenne d'enfants qui, selon l'ERS 2002-2003, sont nourris au sein était de 62,5 % (Centre des Premières nations, 2005). Comme on le fait observer dans l'ERS : « Ce taux est plus élevé que le taux précédent (50 p. 100) relevé pour les Premières nations et les Inuits » (Comité directeur national de l'enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999) » [traduction]. Toutefois, il est inférieur au taux (79,9 %) dont il a été fait état pour la population canadienne en général (Statistique Canada, 1998-1999). L'ERS a également rendu compte de la durée de l'allaitement maternel : « Parmi les enfants qui ont été nourris au sein, 21,6 % l'ont été pendant 12 semaines ou moins, 35 % ont été alimentés au sein pendant trois à six mois et 43,3 % l'ont été pendant plus de six mois. » [traduction] (Centre des Premières nations, 2005). Il a été constaté que ces taux étaient plus élevés que ceux relevés dans l'ERS de 1997 (seulement 22,5 % ont fait

état d'un allaitement maternel durant plus de sept mois) (Comité directeur national de l'enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999). En comparaison de la population canadienne, 32,5 % ont indiqué avoir allaité au sein pendant 12 semaines ou moins, 33,4 % de trois à six mois et 34,0 % pendant plus de six mois (Statistique Canada, 1998-1999).

Les réalités socio-culturelles, politiques et économiques liées à l'allaitement au sein sont complexes (Banks, 2003). À titre d'exemple, le succès ou l'échec de l'allaitement maternel chez de nombreuses femmes autochtones est fonction de multiples facteurs intergénérationnels et communautaires. Parmi les femmes mohawks, la pratique de l'allaitement dépend dans une large mesure de la grand-mère du bébé, laquelle joue un rôle clé dans l'éducation de l'enfant. De ce fait, les taux d'allaitement au sein sont fréquemment bas, car cette façon de nourrir le nourrisson est peu pratique lorsque la grand-mère et la famille élargie sont censées y participer. Étant donné que l'allaitement au biberon facilite la participation de la famille élargie, et du fait que la technologie de la pompe et les moyens d'entreposage ne sont pas toujours disponibles, les pratiques en matière d'allaitement tendent à différer de celles qu'on trouve dans l'ensemble de la population (Banks, 2003). D'autres facteurs culturels, comme la disponibilité de laits maternisés subventionnés par les gouvernements (Banks, 2003), peuvent faire baisser les taux d'allaitement au sein. En outre, chez les mères qui ont un faible revenu, des antécédents familiaux de fréquentation de pensionnats autochtones ou de vie dans une communauté ayant un accord multi-communauté dans le domaine des soins de santé, la pratique de l'allaitement maternel était moins répandue et de plus courte durée (Centre des Premières nations, 2005). Cette information provenant de l'ERS 2002-2003 est utile, mais il faut étudier plus en profondeur les liens entre l'allaitement et ces facteurs, et d'autres aussi, par exemple, l'éducation (Comité canadien pour l'allaitement, 2002). Le lien dont fait état l'ERS entre une surcharge pondérale à la naissance, l'allaitement maternel et le non-tabagisme chez les mères mérite également l'attention (Centre des Premières nations, 2005).

5. Facteurs de risque chez la petite enfance

On entend par « petite enfance » les enfants âgés d'un à cinq ans. Il est fréquent que cette tranche d'âge soit traitée à part, car c'est à cette période que les enfants connaissent une phase de croissance accélérée. Cette période est particulièrement importante pour la santé, car cette phase de croissance peut influer sur la santé et le développement à long terme d'une personne : « De bonnes fondations dans les premières années de la vie font la différence à l'âge adulte et permettent [même] de donner un meilleur départ à la génération suivante. » (Organisation mondiale de la santé, 2008).

S'il est vrai que le soin des enfants, pendant cette période, incombe souvent à leurs parents, on reconnaît de plus en plus qu'il est extrêmement important que les prestataires de services, les planificateurs et les décideurs possèdent une connaissance approfondie de la petite enfance et qu'ils aident à répondre aux besoins sociaux, économiques et biologiques de tous les enfants (Centres d'excellence pour le bien-être des enfants, 2008). S'il est si nécessaire de mettre l'accent sur cette période, c'est que, malheureusement, c'est la première fois dans l'histoire que les parents peuvent dire avec certitude que l'espérance de vie de leurs enfants sera probablement moins grande que la leur (Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, 2006). Dans le but de mieux faire comprendre les répercussions de la petite enfance plus tard dans la vie, nous présentons dans cette section les principaux facteurs de risque de contracter une des

maladies chroniques présentes chez les enfants autochtones. Avant cela, toutefois, voici une description de la population visée.

5.1 Influences sur la population

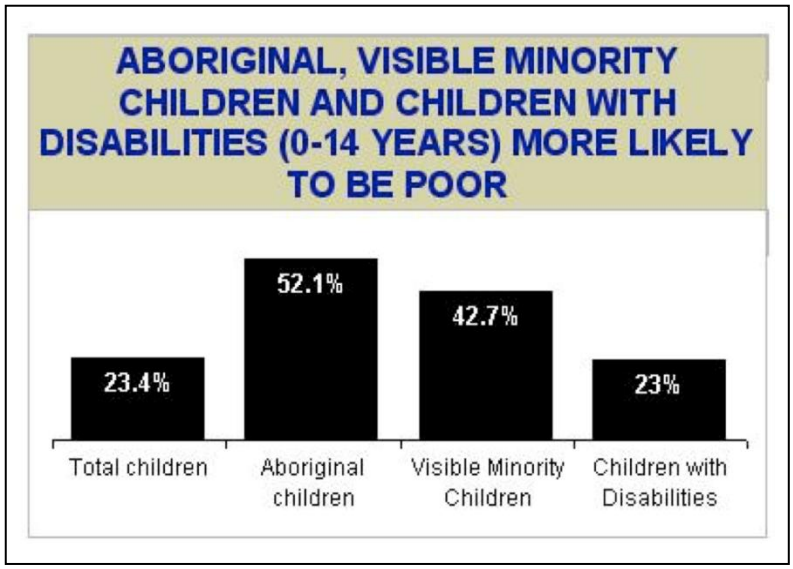
L'une des caractéristiques marquantes de la population autochtone au Canada tient à son jeune âge et à son nombre proportionnellement élevé. Il s'ensuit que la population autochtone représente le groupe dont la croissance est la plus rapide au pays (le taux de natalité est de 70 % supérieur à celui de la population non autochtone) (Statistique Canada, 1996) et que les enfants autochtones constituent une part importante de l'ensemble de la population autochtone. Selon un rapport publié par le Conseil canadien de développement social (CCDS) en 2002, les enfants âgés de moins de 14 ans représentent le tiers de la population autochtone, ce qui est sensiblement plus que la proportion de 19 % de la même tranche d'âge des enfants non autochtones (Anderson, 2003). En outre, des statistiques de 2002 montrent que les enfants autochtones représentent 5,6 % du total des enfants au Canada, alors que la population autochtone, au total, ne compte que pour 3,3% de la population du Canada (Anderson, 2003). En raison du pourcentage important des enfants autochtones dans la population totale et du fait qu'ils représentent l'avenir, il faut estimer que leur santé et leur bien-être méritent une attention prioritaire. Nous traiterons des facteurs de risque de maladies chroniques auxquels ces enfants sont le plus exposés et ayant le plus de répercussions sur l'enfance, afin que nous puissions mieux comprendre la santé et le bien-être actuels et futurs des enfants autochtones au Canada.

5.2 Pauvreté et faim chez les enfants

Environ 20 millions d'enfants de moins de cinq ans, dans le monde entier, sont sévèrement malnutris et vivent dans la pauvreté. De ce fait, ces enfants sont davantage vulnérables à la maladie et susceptibles de mourir en bas âge (Organisation mondiale de la santé, 2008). Bien que les termes de pauvreté et de faim évoquent souvent les pays en développement, la réalité de la pauvreté infantile au Canada est très réelle : un enfant sur six au Canada est pauvre. Cela représente un taux de pauvreté infantile de 15 %, trois fois les taux observés en Suède, en Norvège et en Finlande (campagne « Abolissons la pauvreté »). La pauvreté chez les enfants autochtones est encore plus affligeante. Certes, certaines des statistiques sont contradictoires, mais environ un enfant des Premières nations sur quatre vit dans la pauvreté (Campagne 2000, 2006). Toutefois, un rapport datant de 2001 a montré que plus de la moitié (52,1 %) des enfants autochtones étaient pauvres (Lee, 2000).

Après ventilation des statistiques visant les enfants vivant dans et hors réserve, le grand nombre d'enfants autochtones vivant dans la pauvreté apparaît encore plus clairement. Cela tient au fait que 40 % des enfants vivant à l'extérieur des réserves se trouvent dans une situation de pauvreté (Campagne 2000, 2006). Et puisque 219 570 des 286 500 enfants autochtones vivent hors réserve, cela signifie que 77 % de tous les enfants autochtones ayant de zéro à neuf ans (Lee, 2000) peuvent être considérés comme vivant dans la pauvreté. Cette statistique, choquante par son niveau élevé, représente le taux le plus fort parmi les trois groupes visés par la problématique de l'équité illustrée dans la figure ci-dessous (Lee, 2000).

Figure 5. Prévalence de la pauvreté infantile chez les enfants autochtones, les enfants des minorités visibles et les enfants handicapés



Source: (Conseil canadien de développement social, 2003); source initiale : Statistique Canada, recensement de 1996, avec un calcul personnalisé pour le compte du Conseil canadien de développement social.

ENFANTS AUTOCHTONES, DE MINORITÉS VISIBLES ET HANDICAPÉS
(0-14 ANS) PLUS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE PAUVRES
23,4 % 52,1 % 42,7 % 23 %
Total des enfants, Enfants autochtones, Enfants de minorités visibles, Enfants handicapés

Note : Dans ce tableau, « Autochtones » s'entend des personnes qui se sont identifiées comme étant des Amérindiens, des Métis ou des Inuits. On définit les personnes appartenant à une minorité visible, au sens de la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* (1986), comme étant celles (autres que les personnes autochtones) qui sont de race non caucasienne ou ne sont pas de couleur blanche. Des personnes sont classées parmi les « personnes handicapées » d'après leurs réponses à des questions concernant des limitations à leur activité ou leur handicap.

Certes, les statistiques relatives à la pauvreté chez les enfants autochtones sont choquantes, mais le véritable objet de la préoccupation qu'inspirent ces chiffres concerne les répercussions de cette situation sur la santé des populations autochtones aujourd'hui et demain. Cela tient au fait que « les taux de pauvreté sont des indicateurs de la santé des citoyens et de l'état des instituts. De même, les taux de pauvreté sont des variables permettant de prédire des enjeux de santé à long terme chez les enfants » [traduction] (Ontario Federation of Indian Friendship Centres, 2004). Indépendamment de l'interprétation que l'on peut faire des chiffres, donc, on peut tirer la conclusion que des risques sévères pèsent sur la santé actuelle et future des enfants autochtones.

5.2.1 Impact de la pauvreté infantile sur la santé à l'âge adulte

On peut logiquement poser comme hypothèse que le statut socio-économique d'un adulte dépend de ce qu'il était pendant l'enfance. Mais étant donné que ce ne sont pas tous les adultes dont le statut socio-économique est mauvais qui ont grandi dans une mauvaise situation socio-

économique (et inversement), il faut comprendre les schèmes du statut socio-économique tout au long du parcours de vie pour établir ses liens avec l'état de santé d'une personne donnée.

Il est maintenant bien accepté que le vécu de l'enfance peut façonner la santé à l'âge adulte par l'intermédiaire du dénuement matériel et de son influence sur les réalités et le comportement que l'on vit comme adulte. De plus en plus d'éléments de preuve donnent à penser que le vécu pendant l'enfance a également des incidences sur la santé pendant la phase de développement, particulièrement par l'intermédiaire de l'activation des systèmes de réaction au stress (Boyce & Keating, 2004). Comme l'ont fait ressortir McEwen et ses collègues, les réactions récurrentes au stress provoquées en début de vie par des milieux sociaux défavorables peuvent entraîner des changements physiologiques durables, comme des altérations du métabolisme des lipides et l'accumulation de la masse grasse, le développement de l'hypertension et le développement de l'insulinorésistance qui débouche sur le diabète sucré de type 2 et les maladies cardiovasculaires (McEwen, 2006). Plusieurs autres études ont démontré le lien entre la pauvreté à l'enfance et les maladies chroniques à un stade ultérieur de la vie (Cohen et Reutter, 2007; Everson, Maty, Lynch et Kaplan, 2002; Galobardes, Lynch et Davey Smith, 2004; Lawlor et Smith, 2005; Poulton et coll., 2002; Power et coll., 2007). Selon une étude norvégienne, le risque le plus élevé de mortalité chez les hommes et les femmes a été observé dans le groupe dont les membres étaient pauvres à la fois pendant l'enfance et à l'âge adulte; cela démontre clairement l'influence cumulée des réalités sociales pendant tout le parcours de vie sur le risque de mortalité (Claussen, Davey Smith et Thelle, 2003). Dans la même étude, la mortalité de cause cardiovasculaire a été associée plus étroitement avec les réalités sociales de l'enfance que de l'âge adulte. Ainsi, les effets latents de la pauvreté sur la santé des adultes montrent que la courbe de la santé commence à apparaître à l'enfance (Graham et Power, 2004; Moody-Ayers, Lindquist, Sen et Covinsky, 2007; Poulton et coll., 2002). On considère que cela est attribuable, dans une large mesure, à un certain nombre de facteurs qui se recoupent, dont, sans que cette mention ne soit exhaustive, la mauvaise qualité de la nutrition et le manque d'accès aux soins de santé (Graham et Power, 2004). En outre, on pense que le façonnement du comportement et des habitudes de vie, qui se fait pendant l'enfance, a un effet profond sur la santé et le développement futurs.

5.2.2 Faim et sécurité alimentaire

Est profondément lié à la pauvreté le manque de nutriments ou l'incapacité d'avoir accès, d'acheter et de consommer une quantité suffisante d'aliments comportant assez de nutriments. Il ne faut donc pas s'étonner de ce que la préoccupation la plus pressante des enfants autochtones vivant dans la pauvreté soit le manque de nourriture. En fait, le Conseil canadien de développement social a constaté que les enfants autochtones courent quatre fois plus de risques de connaître la faim que toute autre minorité ethnique au Canada (Anderson, 2003; McIntyre, 2003). Pour comprendre les conséquences de cette situation sur la santé des enfants vivant dans la pauvreté, nous devons nous pencher sur la malnutrition et sur ses répercussions sur la santé.

Selon McIntyre (2003), « on définit la malnutrition comme étant la non-satisfaction des besoins de nutriments, ce qui peut nuire à la santé physique ou mentale » [traduction] (McIntyre, 2003). Ainsi, certains effets courants de la malnutrition provoquée par la pauvreté sur la santé sont d'ordre mental, alors que d'autres sont de nature physique (Ontario Federation of Indian Friendship Centres, 2004). En guise d'exemple, on a établi un lien entre la capacité d'un enfant de se concentrer à l'école et sa consommation d'aliments, particulièrement avec l'accès des enfants au déjeuner. Le blocage de la croissance ou une

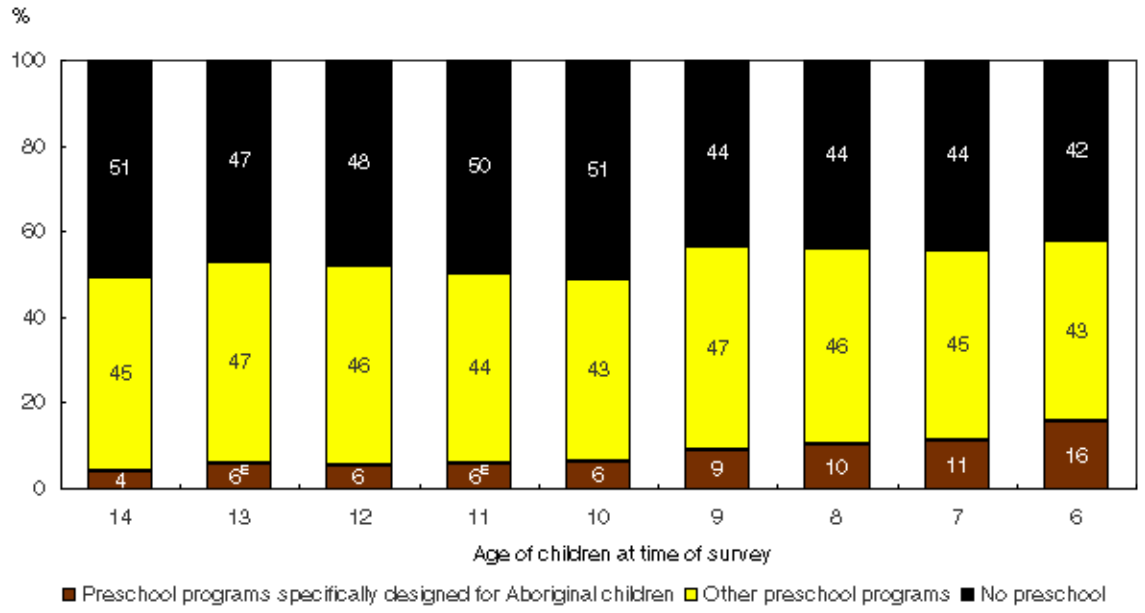
taille inférieure à la normale pour l'âge, dont on peut dire qu'ils sont les facteurs les plus révélateurs de la malnutrition, démontrent les aspects davantage physiques d'une consommation insuffisante de nourriture (McIntyre – sécurité alimentaire, options stratégiques). La malnutrition pose également le problème de la prise et de l'absorption insuffisantes d'importants micronutriments, par exemple le fer, l'iode et la vitamine A (McIntyre, 2003). Certes, le terme « malnutrition » est utile et décrit bien le problème de la faim dans les pays en développement, mais on a fait valoir qu'il vaut mieux employer l'expression « sécurité alimentaire » lorsqu'on a décrit la faim dans les sociétés développées comme celle du Canada. McIntyre (2003) donne de l'insécurité alimentaire la description suivante : « l'incapacité d'obtenir ou de consommer un régime alimentaire de qualité suffisante ou de la nourriture en qualité suffisante de manière socialement acceptable ou le manque de certitude quant à sa capacité de le faire » [traduction]. Qu'on parle d'insécurité alimentaire ou de nutrition, la capacité de la personne d'atteindre avec régularité le niveau nutritionnel requis est un déterminant clé de la santé (Ontario Federation of Indian Friendship Centres, 2004).

Certes, les répercussions précises de la faim chez un enfant sur la santé et le développement à long terme sont complexes et elles interagissent avec les expériences de faible statut socio-économique qui prédisposent souvent les enfants à la faim, mais il importe de se souvenir que « la faim chez l'enfant est la manifestation extrême de l'insécurité alimentaire d'un ménage » [traduction] (McIntyre, 2003). C'est pourquoi un angle communautaire est éclairant.

Apprentissage et développement du jeune enfant

Outre la croissance et le développement physiques, il se fait beaucoup de développement intellectuel et social pendant les premières années. Souvent, cette croissance sur les plans cognitif et social se voit facilitée par des activités familiales et communautaires, ainsi que par la participation à des programmes de grande qualité concernant le développement de la petite enfance ou des programmes préscolaires (Palacio-Quintin, 2000; Statistique Canada, 2001). Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2001, à peine plus de la moitié (53 %) des enfants autochtones âgés de 6 à 14 ans et vivant à l'extérieur de réserves avaient suivi un programme de développement de la jeune enfance lorsqu'ils étaient plus jeunes (Statistique Canada, 2001). Moins d'enfants inuits (35 %) que des Premières nations (54 %) ou métis (57 %) avaient participé à un programme préscolaire. Toutefois, les programmes axés expressément sur les besoins des enfants autochtones se font plus nombreux et les taux d'inscription à des programmes de développement de la petite enfance et de rétention semblent avoir beaucoup augmenté : « chez les jeunes de 14 ans, seulement 4 % ont pu profiter, lorsqu'ils étaient plus jeunes, d'un programme préscolaire conçu spécifiquement pour les enfants autochtones. Cette proportion est beaucoup plus élevée pour les enfants qui avaient 6 ans au moment de l'enquête. En effet, 16% des enfants autochtones vivant hors réserve et âgés de 6 ans au moment de l'enquête avaient fréquenté, à un moment ou l'autre de leur enfance, un programme préscolaire spécialement conçu pour les enfants autochtones. » (Statistique Canada, 2001). Comme le montrent ces statistiques, la fréquentation de l'école maternelle par les enfants autochtones varie beaucoup selon leur année de naissance et leur ascendance autochtone. Ce constat est démontré dans la figure qui suit.

Figure 6. Aboriginal children in non-reserve areas who ever attended preschool programs, Canada, 2001



Note: *Percentages in this chart may not add up to 100% due to rounding.*
Source: *Statistics Canada, Aboriginal Peoples Survey, 2001.*

Source: (Statistique Canada, 2001)
Figure 6. Enfants autochtones vivant hors réserve qui ont fréquenté un programme préscolaire, Canada, 2001
Âge de l'enfant au moment de l'enquête
Programmes préscolaires destinés aux Autochtones
Autres programmes préscolaires
Aucun programme préscolaire
Note : La somme des pourcentages de ce tableau n'est pas toujours de 100 % en raison de l'arrondissement
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones de 2001
Source : Statistique Canada, 2001

La figure ci-dessus, qu'on trouve dans le site Web de Statistique Canada (Statistique Canada, 2001) montre qu'en l'espace de huit ans, la proportion des enfants autochtones vivant hors réserve fréquentant des programmes préscolaires conçus pour eux s'est multipliée par quatre. En dépit de ces progrès, les chiffres absolus demeurent peu élevés : « si un enfant autochtone vivant hors réserve sur deux a déjà fréquenté un programme préscolaire ou de développement de la petite enfance, il n'en demeure pas moins que seulement un enfant autochtone vivant hors réserve sur six a fréquenté un programme spécifiquement conçu pour les enfants autochtones » (Statistique Canada, 2001). Étant donné qu'il ne s'est pas produit de changement statistiquement important en ce qui concerne la proportion d'enfants autochtones suivant des programmes préscolaires généraux (c'est-à-dire, ne s'adressant pas expressément aux Autochtones), il y a des raisons de croire que le potentiel de croissance et de développement dans ce domaine est fonction de programmes personnalisés. On espère que des programmes de cette nature encourageront une plus grande participation à l'éducation de la petite enfance et permettront aux enfants d'acquérir des aptitudes sociales et intellectuelles – qui sont toutes deux d'une importance cruciale pour assurer leur bien-être à long terme et leur bon fonctionnement dans le

monde. On croit aussi que les programmes de ce type prépareront les enfants à fréquenter l'école plus longtemps et réduiront les taux de décrochage scolaire parmi les élèves autochtones au secondaire. En fait, de nombreux auteurs (Cairns, Cairns et Neckerman, 1989) ont montré que les taux de décrochage scolaire sont liés aux cinq premières années d'un enfant à l'école. Ce constat met en évidence une fois de plus le fait que l'éducation et l'apprentissage, particulièrement au cours des premières années de l'enfant, revêtent une importance décisive pour le succès de chaque personne et pour la prospérité de la communauté (Cardinal, 2004).

5.4 Tabagisme chez les parents et fumée à la maison

Comme nous l'avons vu plus haut, les facteurs environnementaux peuvent influer sur le risque que court une personne de contracter des maladies chroniques à toutes les étapes de la vie. Cela dit, il importe de faire observer que certains groupes sont plus vulnérables que d'autres à l'environnement des ménages. C'est le cas des enfants : ils passent plus de temps à l'intérieur et, aussi, ils sont exposés à l'environnement du ménage pendant leur développement, fait qui renforce les répercussions de l'exposition à l'environnement des ménages. Cela tient au fait que des expositions pendant de longues périodes de temps à des facteurs de risque environnementaux peuvent avoir des incidences nocives sur la croissance, le développement et le fonctionnement à un stade ultérieur de la vie (Sin, Sharpe, Cowie et Man, 2004). Dans cette section, nous nous pencherons sur les conséquences de la consommation traditionnelle et non traditionnelle du tabac, ainsi que de l'utilisation de poêles consumant du charbon ou du bois.

On évoque fréquemment la consommation de tabac en la limitant à sa dimension d'habitude et de pratique individuelles. Cela faisant, on oublie fréquemment que les habitudes et pratiques des parents et d'autres aidants peuvent avoir des répercussions sur la santé et le développement de leur enfant au-delà du stade de la petite enfance. La prévalence et les conséquences du tabagisme sont abordées dans les sections consacrées à l'âge adulte et à l'adolescence; dans celle-ci, nous mettons l'accent sur les répercussions de la fumée secondaire sur les enfants. Il est bien documenté que le tabagisme d'habitude et le tabagisme passif constituent des problèmes importants dans de nombreuses communautés autochtones. C'est ainsi qu'il a été découvert dans des études que de nombreux enfants autochtones vivent dans des maisons où un parent fume, voire les deux. Cela est particulièrement courant dans le cas des enfants ayant des problèmes respiratoires et d'autres maladies chroniques. En guise d'exemple, dans une étude d'enfants de Premières nations, 73 % de ceux signalant une obstruction des voies respiratoires vivaient dans une maison où un parent ou les deux fumaient (Orr et coll., 2001). Des taux élevés de tabagisme parental ont également été consignés dans une étude de 1995-1996 sur la bronchiolite parmi les enfants inuits : le tabagisme parental survenait dans 42 des ménages (48,8 %) où vivaient les 86 enfants faisant l'objet de l'étude et, dans 31 autres ménages, les parents ont indiqué qu'ils fumaient à proximité de la maison; seulement dans trois ménages les parents se sont-ils dits non-fumeurs (Mann, Wadsworth et Colley, 1992). Il ne faut donc pas s'étonner du fait que la littérature démontre aussi que le tabagisme exacerbe les risques de maladies respiratoires chroniques pendant les premières années de la vie (Millar, 1992; Sin et coll., 2002). Le raisonnement d'ordre physiologique qui sous-tend ce constat est que la fumée cause des atteintes au système respiratoire qui favorisent ou aggravent le développement de problèmes respiratoires chroniques (Alwyn, 2004). Au fur et à mesure que les effets du tabagisme s'accumulent sur la durée de la vie, l'exposition à la fumée à un jeune âge cause un grand risque de développement de maladies chroniques associées à la cigarette, comme le diabète, les maladies cardiovasculaires

et des problèmes respiratoires, plus tard dans la vie. Pour ces raisons, il importe de prendre en considération le milieu de vie et les situations auxquelles les enfants sont exposés, du fait des choix de style de vie de leurs parents et leur milieu à la maison. Nous abordons brièvement ci-après l'influence de la fumée à la maison.

Un autre facteur peut contribuer à la fumée dans la maison, à part le tabagisme direct des parents ou de membres du ménage, à savoir l'utilisation de poêles à charbon ou à bois pour le chauffage, l'eau chaude et la cuisson; de plus, la mauvaise structure de nombreuses maisons des Autochtones fait que la fumée de l'extérieur pénètre dans la maison (Cardinal, 2004; Petersen et coll., 2003). Comme la fumée passive, la fumée à l'intérieur de la maison peut causer des atteintes considérables au système pulmonaire et nuire à la respiration normale ou à la croissance, au développement et au fonctionnement des poumons et d'autres organes du système pulmonaire (Harris et coll., 1998). De plus, l'effet conjugué de la mauvaise qualité de l'air, de l'utilisation de poêles à bois, de mauvaises conditions de logement et d'une mauvaise santé respiratoire chez l'enfant dans de nombreuses communautés autochtones est préoccupant (Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, 2006).

6. Facteurs de risque à l'enfance et à l'adolescence

Bien qu'il soit important de prendre en considération les premiers stades du développement de l'enfance quand il est question de la santé et du bien-être d'une personne durant sa vie, la santé à l'enfance et à l'adolescence revêt elle aussi de l'importance. Et, tout comme la petite enfance constitue un stade important du développement et de la croissance, il en va de même de la maturation physique (changements sexuels et corporels) qui se produit à l'adolescence. De plus, les changements psychologiques et sociaux importants qui se produisent parallèlement aux changements physiques font de cette période un stade crucial du passage à l'âge adulte. Puisque certains facteurs de risque clés comme l'obésité, le tabagisme et la sédentarité sont toujours beaucoup plus présents chez les enfants et jeunes autochtones comparativement à la moyenne nationale du Canada (Guo, Roche, Chumlea, Gardner et Siervogel, 1994; Serdula et coll., 1993), il est important de tenir compte de la santé de cette cohorte tout au long de sa vie.

6.1 L'obésité infantile

Des études longitudinales portant sur la population en général ont démontré que l'embonpoint ou l'obésité à l'enfance et à l'adolescence sont liés au diabète juvénile et précurseurs de l'obésité à l'âge adulte (Barrett-Connor, 1989), qui est associée au diabète de type 2 (Hubert, Feinleib, McNamara et Castelli, 1983) et à la coronaropathie (Kumanyika, 1993). Bien que des études aient révélé des taux élevés d'obésité infantile chez plusieurs autres groupes raciaux (Bernard, Lavallee, Gray-Donald et Delisle, 1995), le taux d'obésité des enfants autochtones est particulièrement élevé (Tjepkema, 2002) : plusieurs études ont démontré que le poids des enfants autochtones est plus élevé (en moyenne) que celui des autres enfants canadiens (Young, Dean, Flett et Wood-Steiman, 2000). Une étude réalisée auprès d'enfants autochtones de 4 à 19 ans a révélé des taux de prévalence de l'obésité inquiétants : 64 % des filles et 60 % des garçons étaient considérés obèses. Cette étude a également démontré que l'obésité prédisposait davantage les enfants au diabète (MacMillan et coll., 1996). Cependant, il est important de noter que l'indice de masse corporelle (IMC) des enfants autochtones de l'Arctique doit être interprété avec circonspection, car la courbe de croissance de ces enfants est différente en raison du rapport poids-taille élevé nécessaire pour survivre dans le climat sous lequel ils vivent (MacMillan et

coll., 1996). On ne devrait donc pas confondre cette courbe de croissance différente et l'obésité (Reilly et coll., 2005).

Afin de comprendre l'étiologie de l'obésité infantile chez les enfants autochtones, il est important d'examiner les causes rapportées dans la littérature sur les Autochtones et la population générale. Une enquête longitudinale britannique dirigée par Reilly et coll. (en 2005) s'est intéressée de près aux facteurs de risque précoces de l'obésité infantile. En plus des liens déjà mentionnés entre l'obésité infantile et le poids élevé à la naissance et l'obésité des parents (voir la partie sur les facteurs de risque prénataux), les chercheurs ont découvert que les enfants qui regardaient la télévision pendant plus de huit heures par semaine risquaient davantage de devenir obèses (Reilly et coll., 2005). La durée du sommeil était également associée de manière indépendante à l'obésité infantile : les enfants de 30 mois se situant dans les deux premiers quartiles (ceux qui dormaient 10,5 heures et entre 10,5 et 10,9 heures) avaient plus de chances d'être obèses à 7 ans que les enfants du dernier quartile (> 12 heures). On explique cette corrélation de la façon suivante : bien que regarder la télévision réduise la dépense d'énergie, la durée du sommeil, elle, modifie la sécrétion de l'hormone de croissance, change l'exposition des enfants aux facteurs favorisant l'obésité, comme manger en soirée, et sert d'indicateur d'un niveau d'activité physique adéquat (Hanley et coll., 2000).

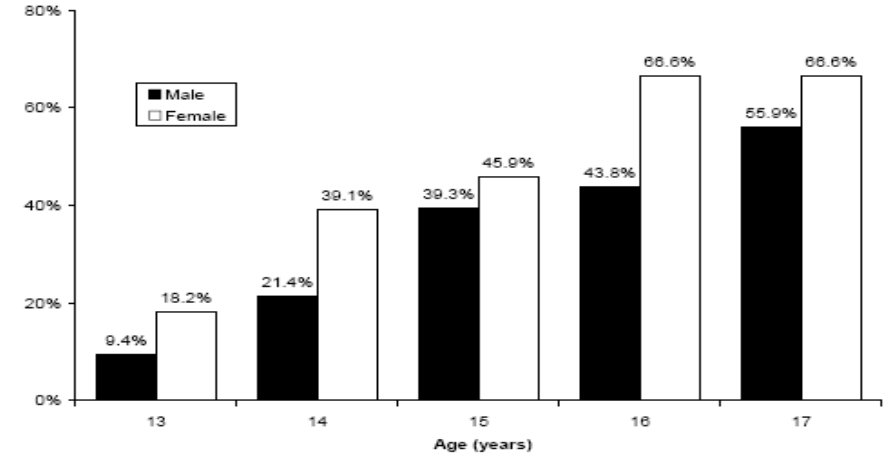
De plus, une étude menée dans la communauté autochtone de Sandy Lake a examiné la corrélation entre l'obésité et les heures passées à regarder la télévision (Hanley et coll., 2000). Cette étude a démontré que les enfants qui regardaient la télévision pendant plus de cinq heures par jour avaient 2,5 fois plus de chances de prendre (ou d'avoir déjà) de l'embonpoint que les enfants qui écoutaient moins de deux heures de télévision par jour (Hanley et coll., 2000). La même étude a également révélé que les enfants qui faisaient plus d'exercice et dont l'alimentation était plus riche en fibres avaient moins de chances d'avoir de l'embonpoint (Comité de gouvernance de l'information des Premières nations, Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuits, Comité de direction, Centre des Premières nations et Organisation nationale de la santé autochtone, 2004). Selon l'Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières nations et des Inuits de 1997, 98 % des enfants regardaient la télévision toutes les semaines pendant en moyenne 2,9 heures par jour (Bernard et coll., 1995; Ng, Marshall et Willows, 2006). D'autres études sur les Autochtones ont constaté que les écoliers et les adolescents cris qui avaient de l'embonpoint faisaient beaucoup moins d'activité physique et mangeaient beaucoup moins de portions de fruits et de légumes que leurs pairs d'un poids normal (Comité de gouvernance de l'information des Premières nations et coll., 2004)., Lorsqu'ils ont été interrogés dans le cadre de l'ERS sur l'accessibilité à des installations sportives et culturelles dans leur communauté, moins de la moitié des jeunes Autochtones ontariens ont indiqué avoir accès à des installations sportives. Les besoins les plus fréquemment mentionnés étaient dans l'ordre les suivants : une piscine communautaire, du matériel pour les terrains de jeux, un aréna et un centre de loisirs de jour (Ritchie et Reading, 2004). Les problèmes d'obésité dans les communautés autochtones de l'ensemble du pays sont liés à un mode de vie de plus en plus sédentaire, au manque d'exercice et à une mauvaise nutrition, et ces facteurs prédictifs devraient être mieux compris et ciblés afin de prévenir ces problèmes. Il est important d'intervenir sur ce plan, car la réduction de l'obésité chez les enfants aura probablement des répercussions positives sur leur santé plus tard au cours de leur vie.

6.2 Tabagisme

Même si les taux de tabagisme ont diminué chez les populations autochtones au cours des dernières années, ils sont toujours plus élevés que ceux de la population canadienne en général (Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, 2006); (Ritchie et Reading, 2004). Cependant, on se préoccupe beaucoup des taux élevés de tabagisme chez les enfants et les jeunes des populations autochtones (Canada, 2003).

On s'inquiète grandement du tabagisme chez les jeunes Autochtones, car ils fument beaucoup plus que leurs homologues canadiens. Chez les jeunes Canadiens, la prévalence du tabagisme était de 18 % pour les 15 à 19 ans et de 30 % pour les jeunes adultes de 20 à 24 ans, et ces taux étaient plus élevés chez les femmes (2002/2003). En comparaison, la prévalence du tabagisme chez les jeunes Autochtones était de 54 % chez les 15 à 19 ans et de 65 % chez les 20 à 24 ans selon l'Enquête auprès des peuples autochtones (2002/2003). La prévalence du tabagisme était plus élevée chez les jeunes Inuits (73% chez les 15 à 24 ans) que chez les Métis ou les Autochtones (56 % et 59 % respectivement chez les 15 à 24 ans). Ci-dessous, la figure 7 montre les taux de tabagisme pour les différents groupes d'âge et les deux sexes.

Figure 7. Taux de tabagisme à différents âges (n=2,494)



*Percentage for age 12 is suppressed due to small sample size.

Texte du tableau :

Male : Hommes - Female : Femmes
Âge (années)
*Aucun pourcentage n'est inclus pour l'âge de 12 ans, car l'échantillon était trop limité.
Source : Adaptée de l'ERS 2002/2003 (Comité de gouvernance de l'information des Premières nations et coll., 2004)

Les taux élevés de tabagisme chez les adolescents autochtones constituent une source de préoccupation importante pour la santé future des Autochtones, car ces adolescents représentent le plus grand groupe démographique de la population autochtone et ils en sont aussi l'avenir. Les taux particulièrement élevés de tabagisme chez les femmes semblent indiquer qu'il faut cibler ce groupe et comprendre les causes particulières expliquant cette différence entre les sexes.

Non seulement les taux de prévalence sont-ils élevés, mais on constate aussi que les fumeurs autochtones commencent à fumer plus tôt. Selon des parents manitobains interrogés, 19 % de tous les Autochtones de moins de 18 ans fument (Ritchie et Reading, 2004) et c'est surtout à l'âge de 16 ans qu'ils commencent à fumer, nombre d'entre eux commençant dès l'âge de 11 ans. Une enquête réalisée lors des Jeux autochtones de l'Amérique du Nord de 2002 a révélé que l'âge moyen pour commencer à fumer est de 12,2 ans, les plus jeunes commençant à quatre ans (Ritchie and Reading, 2004). À l'âge de 6 ans, environ 2 % des enfants autochtones ont commencé à fumer; le nombre de fumeurs double à l'âge de huit ans, puis double encore à 12 ans et atteint son maximum à 13 ans (Mann et coll., 1992). Dans l'ensemble, les études ont démontré que, de nos jours, les enfants autochtones commencent à fumer lorsqu'ils sont très jeunes.

Comme ces enfants commencent à fumer à un si bas âge, ils accumuleront pendant pratiquement toute leur vie les risques de maladies chroniques découlant du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire. De nombreuses études ont fait ressortir que le tabagisme aggrave les risques de maladies respiratoires tôt dans la vie, en endommageant le système respiratoire et en favorisant le développement de problèmes respiratoires chroniques (Cunningham, Dockery, Gold, et Speizer, 1995). Tout au long de l'enfance et plus tard dans la vie, l'exposition au tabac peut continuer à réduire le fonctionnement des poumons et augmenter le risque de développer des problèmes pulmonaires (Retnakaran, Hanley, Connelly, Harris, et Zinman, 2005). Les taux de tabagisme constamment élevés chez les jeunes Autochtones sont également inquiétants parce qu'ils risquent de provoquer à long terme des maladies chroniques. Une étude réalisée dans la communauté autochtone de Sandy Lake, où on a constaté que 82 % des participants entre 15 et 19 ans fumaient déjà (Ellickson, 2001), a ainsi démontré l'existence d'un lien étroit entre l'exposition au tabagisme et des facteurs de risque cardiovasculaires, ce qui signifie qu'il faut se préoccuper des répercussions immédiates et à long terme sur cette population.

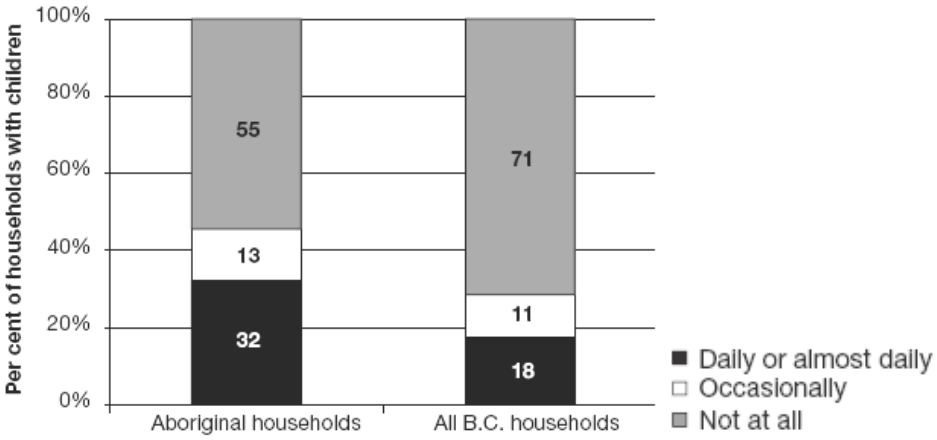
Cependant, les recherches démontrent que la cigarette affecte également la santé mentale. Une étude de suivi longitudinale s'étalant sur cinq ans a révélé un lien statistiquement significatif (P. 0,05) entre le tabagisme précoce et les comportements à haut risque chez les adolescents de septième année (Ellickson, 2001) : comparativement aux non-fumeurs, les fumeurs précoces étaient 82 fois plus susceptibles de fumer de la marijuana chaque semaine et 36 fois plus susceptibles de consommer des drogues dures. Ils étaient également 11 fois plus susceptibles de boire de l'alcool chaque semaine, 8 fois plus susceptibles de prendre une cuite et 7 fois plus susceptibles de commettre un vol. Ces adolescents étaient aussi plus susceptibles d'avoir un faible rendement scolaire et des problèmes de comportement à l'école ainsi que de s'adonner à la violence prédatrice et relationnelle (Centre des Premières nations, 2005).

Malgré les statistiques extrêmement négatives dont fait état la littérature sur les jeunes fumeurs autochtones, on compte aussi des statistiques positives sur les habitudes liées au tabagisme chez cette population. Par exemple, l'ERS 2002/2003 a établi que les jeunes Autochtones fumaient

beaucoup moins de cigarettes par jour que les jeunes Canadiens entre la cinquième et la neuvième année (5,9 cigarettes par jour comparativement à 8,1) (Centre des Premières nations, 2005). Une étude transversale réalisée à l'occasion des Jeux autochtones de l'Amérique du Nord de Winnipeg, en 2002, a démontré que la prévalence du tabagisme chez la cohorte étudiée, composée de 570 jeunes Autochtones entre 12 et 22 ans, était de 32 % (Ritchie et Reading, 2004). Une étude de suivi menée lors des Jeux autochtones de l'Amérique du Nord de Cowichan, en 2008, a révélé un taux de tabagisme encore plus bas chez les jeunes Autochtones : à ce moment-là, seulement 6,3 % des jeunes fumaient (Kelly, Link et Reading, 2009). Cette faible prévalence porte à croire que comme les participants à l'étude étaient des spectateurs ou des compétiteurs à une activité sportive, ils avaient peut-être leur santé plus à cœur que les autres jeunes Autochtones et étaient peut-être moins susceptibles d'adopter des comportements nuisibles à la santé (Colombie-Britannique, 2001). Ainsi, une plus grande participation à des activités sportives ou salutaires pour la santé pourrait contribuer à réduire le taux de tabagisme dans les communautés autochtones. Enfin, une réduction de 3 % du taux de tabagisme chez les adultes des Premières nations vivant au Canada de 1997 à 2001 (Comité directeur national de l'Enquête sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999; Centre des Premières nations, 2005) constitue une nouvelle encourageante pour l'avenir. On espère que les taux de tabagisme des adultes continueront de baisser et qu'ils entraîneront aussi une baisse des taux de tabagisme des enfants et des jeunes, grâce à l'exemple donné par les parents. À tout le moins, les enfants et les jeunes des populations autochtones seront moins exposés à la fumée secondaire.

Il est important de prendre en considération les problèmes reliés à la fumée secondaire pour ce groupe d'âge, tout comme pour les nourrissons et les enfants en bas âge (voir les sections sur les facteurs de risque à la naissance et à la petite enfance see natal and early childhood sections en ce qui concerne le « tabagisme des parents »). Selon un sondage sur le tabagisme en Colombie-Britannique réalisé en 1997, 32 % des enfants autochtones étaient exposés quotidiennement ou presque quotidiennement à la fumée de cigarette à la maison comparativement à 18 % pour l'ensemble des enfants de cette province (Colombie-Britannique, 2001). Ci-dessous, la figure 8 résume les données de ce sondage.

Figure 8. Enfants de 11 ans et moins exposés à la fumée secondaire à la maison, Colombie-Britannique, 1997



Source : (Orr et coll., 2001)

Légende de la figure :
Per cent of households with Children: Pourcentage des foyers avec enfants
Aboriginal households : Foyers autochtones
All B.C. households : Tous les foyers de la C.-B.
Daily or almost daily : Quotidiennement ou presque
Occasionally : Occasionnellement
Not at all : Pas du tout

Tel que mentionné auparavant, des taux extrêmement élevés de tabagisme parental ont été relevés dans des études portant sur les Inuits : 48,8 % des ménages comptaient des fumeurs et 36 % des parents avaient l'habitude de fumer à l'intérieur de la maison; seulement 3,4 % des parents affirmaient ne pas fumer (Koch et coll., 2003). Même si la corrélation entre l'exposition à la fumée secondaire et le développement d'une maladie chronique n'est pas établie aussi clairement que dans le cas des comportements liés au tabagisme, on a démontré que l'exposition à la fumée secondaire peut aggraver les problèmes respiratoires et les autres problèmes de santé en plus de favoriser le développement d'un état chronique (Weitzman et coll., 2005). L'incidence inégale qu'a l'exposition à la fumée secondaire sur les maladies chroniques a été démontrée dans une étude portant sur 2273 adolescents américains (Weitzman et coll., 2005). Cette étude examinait précisément le lien entre le tabagisme et le syndrome métabolique. Dans la population étudiée, 5,6 % des adolescents avaient les symptômes du syndrome métabolique. Toutefois, la prévalence du syndrome métabolique était de 1,2 % chez ceux qui n'étaient pas exposés à la fumée secondaire, de 5,4 % chez ceux qui étaient exposés à la fumée secondaire, et de 8,7 % chez les fumeurs (Centre des Premières nations, 2005).

6.3 Santé sexuelle

Selon l'Enquête régionale de la santé de 2002-2003, les jeunes Autochtones sont plus actifs sexuellement que les autres Canadiens du même groupe d'âge (Centre des Premières nations, 2005). Si on tient compte que « l'abus d'alcool et de drogues est [également] plus fréquent chez les jeunes Autochtones que dans la population générale », on peut donc postuler que les jeunes Autochtones pourraient risquer davantage d'avoir des relations sexuelles non protégées et donc d'attraper des maladies transmises sexuellement (MTS) (Gray, 2005). Il existe

aussi un lien entre la santé sexuelle des Autochtones et le développement du cancer. En effet, il a été démontré que les femmes qui ont des relations sexuelles avec plusieurs partenaires ou qui sont sexuellement actives en bas âge sont plus susceptibles de développer le cancer du col de l'utérus (Gray, 2005). Cette relation entre les relations sexuelles précoces et les risques de cancer s'explique par le fait que durant la puberté, les tissus du col de l'utérus subissent de nombreux changements qui pourraient le rendre plus fragile (Gray, 2005). On soupçonne aussi une corrélation entre les MTS et le cancer du col de l'utérus : « L'infection par le virus du papillome humain (VPH) augmente votre risque de 20 à 100 fois » (Gray, 2005). Bien que le VPH soit un virus transmis sexuellement assez répandu, il existe plus de 100 types de VPH et seulement quelques-uns sont à haut risque en ce qui concerne le développement du cancer du col de l'utérus (Gray, 2005; ONSA, 2004; PapScreen Victoria, 2006). Néanmoins, l'activité sexuelle augmente le risque d'être infecté par le VPH et en particulier les types à haut risque de VPH. C'est pourquoi on doit s'inquiéter de ce facteur. Bien qu'on ait démontré que les tests Pap réduisent de façon spectaculaire le nombre de décès découlant d'un cancer du col de l'utérus, le faible taux d'Autochtones qui passent habituellement le test Pap demeure préoccupant pour le dépistage précoce et la guérison de ce cancer dans cette population (Fédération des centres d'amitié indiens de l'Ontario, 2004).

En raison des vulnérabilités particulières des jeunes Autochtones, comme le faible statut socioéconomique, la désillusion découlant des conditions historiques et culturelles ainsi que le manque d'instruction, on s'inquiète également des conséquences de l'exploitation sexuelle de cette population sur sa santé sexuelle et son bien-être. L'Aide à l'enfance Canada – Projet national de consultation des Autochtones a publié récemment un rapport décrivant la nature et l'ampleur de l'exploitation sexuelle des enfants et des jeunes des populations autochtones à des fins commerciales dans l'ensemble du Canada. Cette étude a révélé que :

> *« Le taux d'exploitation des enfants et des jeunes des populations autochtones à des fins commerciales a atteint plus de 90 % dans certaines communautés où les Autochtones représentent moins de 10 % de la population;*
>
> *la grave surreprésentation des jeunes Autochtones dans le commerce du sexe est directement liée à la trop forte présence de certains facteurs de risque chez les enfants et les jeunes des populations autochtones, notamment des taux alarmants de pauvreté » [traduction]*
>
> *(Fédération des centres d'amitié indiens de l'Ontario, 2004).*

Tel que décrit dans ce rapport, ce taux beaucoup trop élevé de jeunes Autochtones pratiquant le commerce du sexe se perpétue en raison des pressions liées à la pauvreté et au faible statut socioéconomique qui sont répandus dans ce groupe (Chansonneuve, 2005; Résolution des questions des pensionnats Indiens Canada, s.d.). En plus des raisons économiques, il faut absolument tenir compte de facteurs culturels et historiques pour comprendre les expériences des enfants et des jeunes. En particulier, on a démontré que les expériences transmises aux enfants par leurs parents ont des répercussions durables sur les pratiques sexuelles des enfants et des jeunes. Les effets précis du système d'éducation d'hier et d'aujourd'hui sur l'histoire qui est apprise et vécue par les enfants et les jeunes des populations autochtones sont traités plus longuement dans la partie qui suit.

6.4 Éducation

Le système d'éducation, passé et présent, fait partie intégrante du vécu des enfants et des jeunes autochtones. En se penchant d'abord sur le passé, la présente section traitera de l'héritage des pensionnats indiens et des répercussions qu'il continue d'avoir sur la santé. On abordera par après le vécu des Autochtones au sein du système scolaire actuel et ses conséquences pour la santé.

6.4.1 Pensionnats indiens

L'éducation des Indiens est devenue une responsabilité du gouvernement fédéral en 1867 avec l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique* (Chansonneuve 2005; Fournier et Crey, 1997). À cette époque, des externats indiens avaient déjà été instaurés, mais le rapport Davin de 1879 a pressé le gouvernement d'établir plutôt des pensionnats indiens; Davin croyait que les pensionnats indiens constitueraient le moyen le plus sûr d'assimiler les enfants indiens. En 1892, le gouvernement canadien a mis sur pied des partenariats avec l'Église catholique romaine, l'Église anglicane, l'Église presbytérienne et l'Église méthodiste afin de gérer les activités des pensionnats indiens. Des pensionnats indiens ont été fondés partout au pays, à l'exception des provinces de Terre-Neuve, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick (Fournier et Crey 1997; Résolution des questions des pensionnats indiens Canada [RQPIC], n.d.). Leur fréquentation a augmenté après 1920, lorsqu'un amendement à la *Loi sur les Indiens* a rendu obligatoire pendant 10 mois de l'année l'éducation des enfants indiens de 7 à 15 ans (Fournier et Crey 1997). Dès 1930, près des trois quarts des enfants indiens de tout le Canada fréquentaient un pensionnat indien. Le nombre de pensionnats a atteint un sommet en 1931 alors que plus de quatre-vingt écoles étaient en activité (Résolution des questions des pensionnats indiens Canada [RQPIC], n.d.). Certains enfants autochtones avaient déjà commencé à fréquenter des externats publics sous juridiction provinciale dans les années '50 et, en 1969, lorsque le gouvernement fédéral a pris le plein contrôle des pensionnats indiens, 60 % des étudiants autochtones fréquentaient des externats publics (Fournier et Crey, 1997). De la création des pensionnats indiens au XIXe siècle jusqu'à la fermeture de la plupart des écoles dans les années '70, près d'un tiers des enfants autochtones ont passé une grande partie de leur jeunesse au pensionnat (Beauchamp et coll., 2004; Chansonneuve, 2005; Résolution des questions des pensionnats indiens Canada [RQPIC], n.d.). La fermeture du dernier pensionnat administré par le gouvernement fédéral a eu lieu en 1996 (Dion, Stout et Harp, 2007). On évalue à 86 000 le nombre d'anciens élèves des pensionnats indiens encore vivants aujourd'hui (Dion, Stout et Kipling, 2003; King, 2006).

Le système des pensionnats indiens n'était pas réservé qu'aux seuls enfants indiens. Les pensionnats, écoles de missionnaire, résidences et pensionnats indiens fréquentés par les enfants inuits sont aussi définis comme faisant partie du système des pensionnats indiens;[10] en outre, les enfants inuits qui vivaient ailleurs qu'à la maison tout en fréquentant un externat fédéral sont aussi considérés comme des élèves des pensionnats indiens (King, 2006). Dans certaines régions du Nord, les églises ont administré des écoles de missionnaire financées par le gouvernement fédéral jusqu'à ce que celui-ci accepte la responsabilité de l'éducation des Inuits (King, 2006). L'éducation dans l'Arctique a été sous le contrôle du gouvernement fédéral de 1955 à 1970. L'inscription des élèves inuits a bondi de 549 au total en 1956 à 2 390 en 1963 (Chansonneuve, 2005). Moins de 15 % des enfants inuits de 6 à 15 ans étaient inscrits dans une école en 1955, mais cette proportion était passée aux trois quarts (75 %) dès 1964.

Des enfants métis ont aussi été élèves dans le système des pensionnats indiens. Le nombre exact des inscrits est difficile à établir car on ne tenait pas toujours des dossiers pour les élèves métis (Chartrand, 2006). Bien que l'éducation des Métis n'ait pas été reconnue comme une responsabilité fédérale, on permettait à l'occasion l'inscription libre ou obligatoire des enfants métis dans les pensionnats indiens dans un but particulier (Chansonneuve, 2005; Chartrand, 2006; Logan, 2001), tel que l'assimilation ou afin de gonfler les chiffres de fréquentation pour augmenter le financement (Chansonneuve, 2005; Logan, 2001). Les facteurs ayant une incidence sur la probabilité de l'admission des Métis dans les pensionnats indiens comprenaient la proximité d'une école avec une communauté, la confession de l'école (les Métis ayant des liens plus étroits avec l'Église catholique romaine), les antécédents familiaux et la position sociale (Logan, 2001). Les enfants métis étaient plus fréquemment admis dans un pensionnat indien si leur famille avait l'argent pour défrayer leurs études, si leurs traits physiques présentaient des attributs indiens ou si leur mode de vie était davantage associé à celui des Indiens et, par conséquent, en plus urgent besoin d'assimilation (Fournier et Crey, 1997; Kirmayer et coll., 2003; Reading, 1999).

Les punitions et les abus étaient répandus et souvent graves dans le système des pensionnats indiens. Les enfants s'exprimant par la langue ou la culture autochtone ou cherchant à communiquer avec leur famille recevaient souvent de dures punitions, que certains chercheurs ont même qualifiées de torture (Chrisjohn et Young, 1995). Ces punitions dépassaient les normes disciplinaires en usage dans les écoles publiques canadiennes à l'époque et les « infractions » qui « justifiaient » ces traitements n'étaient des infractions pour aucun enfant au Canada sauf les Autochtones » (Chansonneuve, 2005). Les abus qui se sont commis dans les pensionnats indiens comprenaient des abus physiques, sexuels, émotionnels et spirituels et ont été décrits comme une violence rituelle ou « des événements traumatisants répétés, systématiques, sadiques et humiliants » (Chansonneuve, 2005; Chrisjohn et Young, 1995; Fournier et Crey, 1997; Kirmayer et coll., 2003; Reading, 1999). Les enfants étaient sous constante surveillance, continuellement sous-alimentés et malnutris, humiliés devant leurs pairs, abaissés en raison de leur culture et de leur héritage autochtone, privés des cadeaux et des lettres de leur famille, coupés de tout réconfort, forcés d'exécuter de durs travaux et obligés d'assister à l'abus d'autres enfants (1997). Fournier et Crey (1997) ont déclaré que les décès d'élèves à la suite d'abus et de négligence

[10] La définition du système des pensionnats indiens au Canada comprend « les écoles de métier, les pensionnats, les résidences pour étudiants, les résidences, le logement chez l'habitant, les pensionnats indiens, les pensionnats indiens comprenant une majorité d'élèves externes ou toute combinaison de ce qui précède ».

avaient été dissimulés, mais que si les écoles étaient tenues responsables, elles seraient coupables de « négligence criminelle, d'homicide involontaire coupable et même de meurtre » ([RQPIC], n.d.; Beauchamp et coll., 2004). Dans les années '90, l'Église catholique, l'Église anglicane, l'Église Unie et l'Église presbytérienne ainsi que le gouvernement canadien ont présenté des excuses pour les abus physiques et sexuels qui se sont commis dans les pensionnats indiens (Corrado et Cohen, 2003; Waldram, Herring et Young, 2006). En juin 2008, le gouvernement a finalement présenté des excuses officielles (Harper, 2008).

En plus de subir de multiples abus, les enfants des pensionnats indiens vivaient dans des conditions atroces. Le faible niveau du financement gouvernemental contribuait à la médiocre valeur nutritionnelle de la nourriture et à l'absence de services médicaux pour les élèves (Fournier et Crey, 1997). Les dortoirs des écoles étaient souvent surpeuplés et sans ventilation (Corrado et Cohen, 2003; Fournier et Crey, 1997; Waldram et coll., 2006). En raison des ces conditions de vie malsaines, des maladies telles que la tuberculose faisaient rage dans les pensionnats indiens (Chrisjohn et Young, 1995; Fournier et Crey, 1997).

Le fait que l'objectif du système des pensionnats indiens était l'assimilation, plutôt que l'éducation, des enfants indiens est illustré par la médiocre qualité de l'enseignement donné. Seule la moitié de la journée était consacrée au programme académique, et on enseignait aux enfants l'idéologie religieuse le reste du temps ou on les forçait à participer à l'entretien de l'école et à d'autres projets de labeur intensif (Fournier et Crey, 1997). En 1930, à l'apogée du système des pensionnats indiens, les trois quarts (75 %) des élèves indiens n'avaient pas atteint le niveau de la 3e année (contre moins de la moitié des élèves des écoles publiques provinciales) et seulement 3 % des élèves indiens ont obtenu une scolarité dépassant la 6e année (contre un tiers des élèves des écoles publiques provinciales) (Reading, 1999). L'enseignement inadéquat dispensé par les pensionnats indiens a inculqué aux anciens élèves peu de compétences pour fonctionner dans la société dominante et pourra avoir nui à leur qualité de vie ultérieure (Chartrand, 2006; King, 2006; Logan, 2001).

L'expérience des enfants métis et inuits ayant fréquenté les pensionnats indiens a été souvent similaire à celles des enfants autochtones. Des anciens élèves métis et inuits des pensionnats indiens ont raconté des histoires de négligence, de conditions de vie malsaines, de punitions brutales, de répression culturelle et d'abus physiques et sexuels (Logan, 2001). Certains élèves métis se sont adaptés plus facilement à la vie des pensionnats indiens en raison de leur plus grande familiarité avec le catholicisme et les langues française et anglaise (Chartrand, 2006; Logan, 2001). D'autres enfants métis ont senti qu'ils étaient traités comme des élèves « de seconde classe » parce que le gouvernement fédéral ne fournissait pas de fonds aux églises pour l'éducation des Métis et qu'il n'étaient perçus ni comme de purs Autochtones avec des droits reconnus, ni comme des blancs de plein droit de la société dominante (Anderson, 2003).

Le système des pensionnats indiens est un chapitre sombre de l'histoire du traitement des Autochtones et de leur éducation par le Canada. Ce qu'il souligne avec une redoutable efficacité, cependant, c'est la grande influence que peut avoir le milieu d'enseignement sur les enfants, les parents, les grands-parents et, bien sûr, les générations futures. En examinant le système d'éducation en vigueur, il sera important de garder à l'esprit l'exemple du système des pensionnats indiens ainsi que les liens étroits qu'entretient l'éducation avec la réussite économique et sociale de tous les Canadiens.

6.4.2 Système d'éducation actuel

En général, les données indiquent que la fréquentation des écoles par les jeunes autochtones est plus faible que celle des non autochtones. Par exemples, les données de 1996 révèlent que « 68 % des jeunes autochtones fréquentaient l'école comparativment à 83 % des jeunes non autochtones » (Statistique Canada, 2001). Elles indiquent aussi que moins d'élèves finissent leurs études : en 1996 également, un peu plus de la moitié (52 %) de la population des Autochtones de 20 à 24 ans vivant hors réserve n'avait pas terminé l'école secondaire. En 2001, cette proportion avait chuté à 48 % (Statistique Canada, 2001). Il existait néanmoins toujours un grand écart entre la population autochtone et la population canadienne en général : en 2001, une proportion de 26 % seulement de la tranche des 20 à 24 ans de la population générale n'avait pas terminé l'école secondaire (Statistique Canada, 2001).

La proportion de diplômés de l'école secondaire est un indicateur prévisionnel important des futurs taux de scolarité et d'emploi. On retrouve certains renseignements importants sur les taux d'inscription et d'achèvement des études postsecondaires des Autochtones dans un rapport de 2004 de la Fondation canadienne des bourses d'études du millénaire intitulé *La population autochtone et l'éducation postsecondaire : ce que les enseignants ont appris*. Les paragraphes suivants examinent certaines de ses principales conclusions.

Comme le fait remarquer la Fondation canadienne des bourses d'études du millénaire, les taux d'inscription et d'achèvement des études postsecondaires des Autochtones ont augmenté avec régularité au cours des deux dernières décennies. Malgré ces hausses, toutefois, les taux des Autochtones demeurent considérablement plus faibles que ceux des Canadiens non autochtones (Malatest, 2004). Par exemple, le recensement de 1996 a révélé ce qui suit :

> *« Trois pour cent des Indiens inscrits (c.-à-d. de plein droit) et quatre pour cent des membres d'autres groupes d'identité autochtone avaient obtenu des diplômes universitaires, comparativement à 14 % chez tous les autres Canadiens. Le pourcentage d'Indiens inscrits ayant fait des études postsecondaires s'élevait à 37 %, alors qu'il était de 47 % chez tous les autres groupes d'identité autochtone, des taux sensiblement inférieurs à celui relevé chez tous les autres Canadiens, soit 51 % » (Malatest, 2004).*

Bien que l'augmentation du nombre des diplômés autochtones soit encourageante, il est important de se rappeler qu'il existe encore bien des limites et des obstacles à la réussite scolaire des jeunes autochtones. La citation suivante précise certaines de ces limites et barrières :

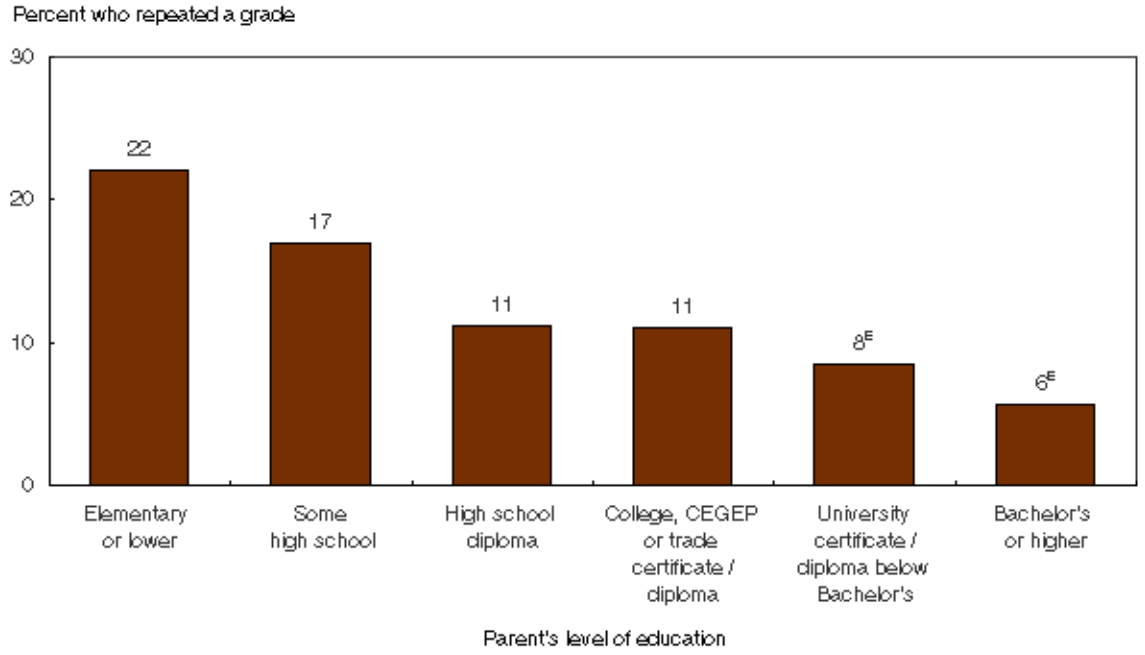
> *« Défavorisés dès le départ en raison de problèmes socioéconomiques (pauvreté, chômage, etc.), (les élèves autochtones) doivent également surmonter des barrières moins tangibles, comme la discrimination, le faible estime de soi et le manque de sensibilité des établissements à l'égard de leur culture. Plusieurs entreprennent des études collégiales ou universitaires sans formation adéquate; d'autres essaient tant bien que mal de conjuguer études et responsabilités familiales. Ajoutons à cela le rôle des établissements dans l'assimilation des autochtones et le constat est clair : dans leur cas, les obstacles à l'éducation postsecondaire sont énormes (Malatest, 2004).*

L'enseignement postsecondaire doit donc tenir compte des besoins sociaux, culturels et économiques des Autochtones (Malatest, 2004).

Il est essentiel de tenir compte de ces difficultés et de ces obstacles, ainsi que des données brutes relatives à l'éducation des Autochtones, car l'importance et la valeur d'une formation académique secondaire et postsecondaire ne font qu'augmenter avec le temps : « Avec l'émergence d'une économie du savoir, les emplois se raréfient de plus en plus pour les personnes sans diplôme d'une école secondaire, d'un collège ou d'une université » (Statistique Canada, 2001). Statistique Canada (2001) a constaté qu'il était possible d'attribuer en partie les écarts du taux de chômage chez les Autochtones à la formation scolaire. Cela signifie que la scolarité peut prédire l'employabilité d'une personne et, par conséquent, sa situation socioéconomique future.

Les recherches ont aussi constaté que le taux de scolarisation parmi les enfants et les jeunes autochtones est étroitement lié au niveau de scolarité de leurs parents (Statistique Canada, 2001). Par exemple, De Broucker et Lavallée (1998) ont signalé que plus le niveau de scolarité des parents était élevé, plus élevé était celui de leurs enfants. Cette association est illustrée par le diagramme suivant, qui montre que l'éducation des parents est un facteur de la probabilité qu'un enfant autochtone redouble une année.

Figure 9. Pourcentage d'enfants autochtones hors réserve ayant redoublé une année



Source: *Statistics Canada, Aboriginal Peoples Survey, 2001.*

Pourcentage ayant redoublé une année

Primaire ou moins	Études secondaires	Diplôme d'études secondaires	Certificat/diplôme d'un collège, d'un CEGEP, d'une école professionnelle	Certificat/diplôme universitaire inférieur au baccalauréat	Baccalauréat ou plus

Niveau de scolarité parental

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones de 2001.

Le diagramme montre que, à mesure que le niveau de scolarité des parents augmente, la proportion d'enfants ayant redoublé une année diminue. C'est-à-dire que, dans le cas de parents n'ayant pas été plus loin que l'école élémentaire, 1/5e des enfants avaient redoublé une année alors que seulement 6 % des enfants de parents ayant un diplôme de baccalauréat ou davantage avaient redoublé une année à un moment de leur vie. Voici certaines des raisons avancées pour expliquer cette corrélation entre la scolarité des parents et celles des enfants : 1) les parents ayant atteint un plus haut niveau de scolarité s'intéresseront davantage à l'éducation de leur enfant et encourageront les activités d'apprentissage et les devoirs (Stevenson et Baker, 1987) et 2) les parents très scolarisés ont tendance à avoir des attentes académiques plus élevées à l'endroit de leurs enfants, ce qui s'est avéré avoir une grande influence sur la réussite d'un enfant à l'école (Astone et McClanahan, 1991; Hull Research Analysis et MAINC, 2000; Teachman, 1987; Teachman et Paasch, 1998). Outre les influences parentales, la famille élargie, les Anciens et la communauté jouent un rôle essentiel dans l'éducation et l'apprentissage des enfants au sein des populations autochtones. Cela est dû au fait que l'éducation au sein des communautés autochtones couvre à la fois le développement cognitif et l'apprentissage de la manière de se comporter en société (Smith et coll., 1997). Cela indique que le niveau de scolarité et l'appui manifesté par la communauté et la famille élargie sont capitaux pour la croissance et le développement de l'enfant.

En plus du niveau de scolarité et de l'appui parentaux et familiaux, la réussite des enfants à l'école a aussi été liée au revenu de la maisonnée. De fait, plusieurs études ont montré que les enfants des familles économiquement défavorisées éprouvent de plus grandes difficultés d'apprentissage et ont davantage de problèmes à l'école (Chao et Willms, 2002; Duncan et Brooks-Gunn, 1997; Petterson et Albers, 2001; Ross et Roberts, 2000; Smith et Klebanov, 1997; Statistiques Canada, 2001). Les statistiques du taux de scolarité des enfants autochtones vivant hors réserve confirment cette constatation : « Environ 16 % des enfants des familles ayant un revenu sous le seuil de faible revenu ont redoublé une année d'école à un moment, comparativement à seulement 10 % des enfants des familles se trouvant au seuil du faible revenu ou au-dessus » (Bennett, Blackstock et De La Ronde, 2005; Canada, 2006; Fournier et Crey, 1997; Gough, Trocmé, Brown, Knoke et Blackstock, 2005; Kirmayer et coll., 2003; Sinclair, 2007).

6.5 Placement en famille d'accueil, tutelle et services à l'enfance autochtone

Au cours des années '60, alors que les enfants autochtones s'inscrivaient en nombre croissant dans les écoles publiques provinciales plutôt que dans les pensionnats indiens financés par le gouvernement fédéral, un nouvel assaut contre les familles autochtones s'est dessiné. Surnommé la « Sixties Scoop » (rafle des années '60), cet assaut s'est manifesté par l'enlèvement d'un nombre disproportionné d'enfants autochtones de leurs familles et de leur communautés pour les placer en famille d'accueil (Fournier et Crey, 1997). Les enfants autochtones, qui représentaient moins de 4 % de la population canadienne et 1 % seulement des enfants pris en charge en 1959, constituaient soudainement de 30 à 40 % des enfants pris en charge à la fin des années '60 (Fournier et Crey, 1997; Sinclair, 2007). Plus souvent qu'autrement, les enfants autochtones retirés de leur famille étaient placés dans des foyers non autochtones (1996). La Commission royale sur les peuples autochtones (Fournier et Crey, 1997; Gough et coll., 2005) a signalé que, sauf dans le cas du Québec, la proportion des enfants autochtones pris en charge placés dans des foyers non autochtones oscillait entre 70 et 90 % d'une province à l'autre. À l'image de ce

qu'avaient vécu les enfants ayant fréquenté les pensionnats indiens, les enfants autochtones placés sous tutelle étaient séparés de leurs parents, de leurs frères et sœurs, de leur communauté et de leur identité culturelle, souvent sans savoir d'où ils venaient et parfois sans même conserver leur prénom natal (Bennett et coll., 2005). Les enfants d'une même famille étaient souvent placés dans des foyers séparés, en partie en raison de la difficulté de trouver des foyers pouvant accueillir les grosses familles autochtones, mais aussi dans le but d'assimiler plus complètement les enfants. Peu d'enfants sont revenus dans leur famille d'origine (Fournier et Crey, 1997).

Motivée par la même attitude paternaliste ayant créé le système des pensionnats indiens, la « Sixties Scoop » a été nourrie par la croyance que les parents autochtones étaient inaptes à élever leurs enfants (Canada, 2006). Les médiocres compétences parentales acquises par les générations d'enfants autochtones ayant fréquenté les pensionnats indiens ont probablement contribué à cette croyance (Bennett et coll., 2005; Fournier et Crey, 1997). Cependant, bon nombre d'enfants ont été retirés de leur famille pour des raisons sur lesquelles les parents autochtones avaient peu de contrôle, c'est-à-dire une mauvaise situation socio-économique ou simplement le fait d'être autochtone (Morris, 2007). Les travailleurs sociaux, formés à l'application de normes eurocentristes dans les services d'aide à l'enfance, croyaient qu'il était du meilleur intérêt des enfants de les retirer des réserves frappées par la pauvreté plutôt que de fournir des services de soutien aux familles et aux communautés dans le besoin (Fournier et Crey, 1997; Kirmayer et coll., 2003).

Bien qu'on ait appelé « Sixties Scoop » ce processus d'enlèvement des enfants autochtones de leurs foyers, les organismes de protection de la jeunesse ont continué de soustraire les enfants autochtones de leurs foyers bien après les années '60 (Fournier et Crey, 1997). À la fin des années '70, au moins un enfant autochtone sur trois avait été pris en charge par les services gouvernementaux (Bennett et coll., 2005). En 1983, les enfants autochtones constituaient à peu près 50 % des enfants pris en charge en Alberta, 60 % au Manitoba et 70 % en Saskatchewan (Blackstock, Trocmé et Bennett, 2004; Kirmayer et coll., 2003). Aujourd'hui, la présence disproportionnée des enfants autochtones dans les services de placement se perpétue (Sinclair, 2007) et un professeur d'université a suggéré que la « Sixties Scoop » s'était transformée en « Millennium Scoop » (rafle du Millénaire) (2004). Blackstock et ses collègues (1997) estiment qu'il y a aujourd'hui, en comparaison avec le nombre d'enfants autochtones fréquentant les pensionnats indiens au cours de leurs années d'apogée, trois fois plus d'enfants autochtones en placement. Fournier et Crey (1997) signalent qu'en Colombie-Britannique, plus de la moitié (52 %) des enfants placés par ordonnance du tribunal chaque année sont Autochtones. Plus des trois quarts (78 %) des enfants autochtones en placement permanent en Colombie-Britannique sont placés dans des foyers non autochtones (Sinclair 2007).

Les conséquences pour les enfants autochtones élevés dans des foyers non autochtones ne sont pas toujours néfastes; en grandissant, certains de ces enfants ont trouvé le succès et le bonheur dans leur carrière, leur famille et leur communauté (Bennett et coll., 2005; Carriere, 2007; Sinclair, 2007). Cependant, bon nombre d'Autochtones étant passés par le système des services d'aide à l'enfance ont raconté l'histoire de leur combat pour se constituer une identité à travers leur famille d'accueil, leur famille adoptive, leur famille biologique, la communauté autochtone et la société dominante (Bennett et coll., 2005; Morris, 2007; Sinclair, 2007). Ces combats ont été ardus tout au long de leur enfance et de leur adolescence, et parfois même dans leur vie adulte. Les conséquences néfastes pour la santé mentale des enfants autochtones placés dans des

foyers non autochtones peuvent comprendre des problèmes d'affirmation de l'identité, une faible estime de soi, un sentiment de honte, des idées et des tentatives de suicide, l'abus d'intoxicants, l'itinérance et l'incarcération (Anderson, 2003). Ces questions de santé mentale se posent en problèmes non seulement pour la cohorte des Autochtones maintenant adultes ayant subi la « Sixties Scoop », mais constituent dans un proche avenir des problèmes de santé potentiels pour le nombre disproportionné d'enfants autochtones se trouvant encore dans le système des services d'aide à l'enfance.

Une analyse des données relatives aux enfants pris en charge de trois provinces d'échantillonnage en mai 2005 a révélé qu'un enfant sur dix, parmi tous les enfants des Indiens inscrits membres des Premières nations, était pris en charge par les services à l'enfance, comparativement à un enfant non autochtone sur 200 (Blackstock, Prakash, Loxley et Wien, 2005). Les données de fin d'exercice recueillies par le ministère des Affaires indiennes et du Nord indiquent que le nombre des enfants d'Indiens inscrits membres des Premières nations vivant dans les réserves pris en charge par les services à l'enfance a augmenté d'un stupéfiant 71,5 % entre 1995 et 2001 (McKenzie 2002). L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (Trocmé, MacLaurin, Fallon, Daciuk, Billingsley et coll., 2001) a constaté que la négligence était la principale raison pour laquelle les enfants des Premières nations étaient confiés aux services à l'enfance de façon aussi disproportionnée. La vérification des paramètres de pauvreté, de consommation d'intoxicants et d'insalubrité des logements a expliqué en grande partie cette surreprésentation (Trocmé, Knoke et Blackstock, 2004; Trocmé, MacLaurin, Fallon, Knoke et coll., 2006).

La surreprésentation des enfants des Premières nations se produit à chaque étape de l'intervention des services à l'enfance, à partir du signalement, de l'enquête et de la corroboration jusqu'à la prise en charge et au placement permanent par les services de protection de l'enfance (Trocmé, MacLaurin, Fallon, Knoke et coll., 2006; Blackstock, 2007). L'analyse préliminaire des données sur les enfants pris en charge de trois provinces [1] et de 27 organismes de services à la famille et à l'enfance des Premières nations fait aussi état d'un nombre disproportionné de placements permanents au Canada (Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières nations du Canada, 2006). Par exemple, au mois de mai 2005, les enfants autochtones constituaient 7,3 % de la population des enfants de la province de la Colombie-Britannique (Statistique Canada, 2001), mais 47,8 % de tous les enfants pris en charge (British Columbia Ministry for Children and Family Development, 2005). En Nouvelle-Écosse, les enfants des Premières nations sont de trois à six fois plus susceptibles d'être confiés aux services d'aide à l'enfance que les enfants non autochtones (Nova Scotia Department of Community Services, 2008). En outre, les enfants autochtones constituaient 53,5 % de tous les enfants en placement permanent en C.-B. et 47,6 % de tous les enfants en placement temporaire (British Columbia Ministry for Children and Family Development, 2005). En 2005, une enquête auprès de 27 organismes de services à la famille et à l'enfance des Premières nations dans tout le Canada (sauf l'Ontario) a constaté que 47 % des enfants desservis étaient en placement permanent (Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières nations du Canada, 2006).

La pauvreté est un facteur de risque général nuisant au bien-être spirituel, émotionnel, cognitif et physique des enfants, des familles et des communautés (Loppie-Reading et Wien, 2009). Par exemple, les recherches ont indiqué avec constance que les enfants vivant dans la pauvreté

présentent des insuffisances du développement physique et mental et réussissent moins bien à l'école (Gabrarino, 1995; Blackstock, Bruyere et Moreau, 2007; Barth, 2006; Loppie-Reading et Wien, 2009), ce qui a un lien particulier avec la corroboration des cas de négligence (Sealander, 2003; Lindsey, 2004; Trocmé et coll., 2006). Bien qu'il serait déraisonnable de s'attendre à ce que les services d'aide à l'enfance puissent éradiquer la pauvreté à eux seuls, l'attente minimale à l'égard des services d'aide à l'enfance est qu'ils centrent leur discours sur cet aspect, étant donné l'omniprésence des preuves de ses conséquences pour la sécurité et le bien être de l'enfant.

Pour les services d'aide à l'enfance, la pauvreté peut se manifester par de la négligence physique ou l'omission de superviser et constituer un facteur aggravant d'autres formes de maltraitance (Lindsey, 2004; Trocmé et coll., 2006). La législation provinciale en matière de protection de la jeunesse, y compris la *Child and Family Services Act* de Nouvelle-Écosse, ne fait pas de distinction entre la négligence résultant de la pauvreté et celle découlant de l'insouciance des parents. Il s'agit d'une question cruciale au sein des communautés des Premières nations chez qui la pauvreté est plus répandue, et plus profonde, que parmi les Canadiens non autochtones.

7. Facteurs de risque chez les adultes et les aînés

Tel que mentionné dans les section précédentes, la population autochtone du Canada est plus jeune que la population générale : « L'âge médian de la population autochtone du Canada était de 24,7 ans en 2001, comparativement à 37,7 ans pour la population non autochtone du Canada » (Canada, 2003). Mais, bien que la génération adulte ne domine pas la population autant que le fait la génération des enfants du baby boom au sein de la population non autochtone du Canada, leurs besoins et leurs inquiétudes en matière de santé sont d'importance égale. En outre, comme l'espérance de vie des autochtones continue d'augmenter et que les maladies chroniques commencent à prendre le pas sur les maladies transmissibles, la santé et le bien être des adultes et des aînés joueront un rôle encore plus important dans le profil de la santé autochtone. En gardant cela à l'esprit, les facteurs de risque particuliers associés aux maladies chroniques chez les Autochtones adultes, tel que l'usage du tabac, l'abus d'alcool, l'obésité, l'emploi et l'éducation sont abordés ci-après. Enfin, on traitera des aspects particuliers de la santé des aînés à la fin de la présente section.

7.1 Usage du tabac

Tel que mentionné dans les sections traitant du tabagisme maternel et parental et de l'usage du tabac chez les enfants et les jeunes autochtones, le taux de tabagisme dans la population autochtone est plus élevé que dans la population non autochtone. En fait, la population autochtone du Canada connaît une proportion beaucoup plus élevée de fumeurs actifs (58 % c. 31 %), et moins d'anciens fumeurs (17 % c. 23 %) ou de personnes n'ayant jamais fumé (24 % c. 45 %) que la population générale. Selon le Rapport d'étape 2005 sur la lutte contre le tabagisme de Santé Canada, presque 60 % des adultes des Premières nations de 18 à 34 ans vivant dans les réserves fument. Cela peut se comparer aux données de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), qui indiquaient que la population générale du Canada comptait 21 % de fumeurs en 2003 (Canada, 2005). Les taux d'usage du tabac sont encore plus élevés parmi les Inuits du nord du Canada, chez qui presque 70 % de la population adulte fume du tabac (Canada, 2005). L'Enquête régionale sur la santé de 2002-2003 a documenté des taux de tabagisme similaires (58,8 %) chez les adultes des Premières nations (First Nations Centre, 2005).

Il est important de compléter ces statistiques par un exposé sur les risques de développement de maladies chroniques associées à l'usage du tabac. Par exemple, on a estimé que le tabagisme est à l'origine d'environ un tiers de tous les cancers mortels (Greenhalgh, 1981; Haustein, 2003; Swales et De Bono, 1993). La relation entre le taux de tabagisme et le taux de cancer a été établie par la communauté des chercheurs, qui a constaté qu'elle était directement proportionnelle; en d'autres termes, plus élevé est le taux de tabagisme, plus élevé est le taux de cancer. Cela est préoccupant en ce qui concerne le taux de cancer chez les Autochtones, les statistiques ayant déjà commencé à enregistrer une hausse du taux de cancers antérieurement inexistants chez les populations autochtones. L'usage du tabac a été associé à une augmentation du risque des maladie cardiovasculaires et du diabète (Sin et coll., 2002) ainsi qu'à des taux d'incidence et de prévalence plus élevés des maladies pulmonaires obstructives chroniques et de l'asthme (Ghadirian, 2005)

La bonne nouvelle est que l'abandon du tabac à n'importe quel stade de la vie peut diminuer de façon importante les risques associés au tabagisme. Comme le précise Ghadirian (2005), l'abandon du tabac peut diminuer grandement les risques de maladies cardiovasculaires : moins d'un an après l'abandon, le risque de maladie du cœur de l'ancien fumeur a déjà diminué de près de 50 % par rapport au fumeur encore actif (Ghadirian, 2005). Une étude menée chez des hommes de moins de 55 ans a révélé que, bien que le risque ne soit pas significativement différent chez ceux ayant abandonné le tabac au cours de la dernière année, il chutait au bout de deux presque au niveau de celui des non fumeurs (Ghadirian, 2005). Le risque résiduel de maladies cardiovasculaires après avoir cessé de fumer dépend fortement de l'exposition cumulative antérieure à la fumée de cigarette, de la durée écoulée depuis l'arrêt et de l'état de santé de la personne au moment de l'abandon du tabac. Cependant, après 10 ou 15 ans sans tabac, l'état de santé de la plupart des anciens fumeurs n'est pas significativement différent de celui d'une personne n'ayant jamais fumé (Stephens et Santé Canada, 1999). Cela signifie que les stratégies ciblées d'abandon du tabac ont le potentiel d'abaisser le taux de risque de maladies et de favoriser une meilleure santé à l'avenir (Tjepkema, 2002).

7.2 Abus d'alcool

Selon l'Institut national du cancer du Canada, on définit l'usage excessif d'alcool comme l'ingestion de cinq consommations ou plus en une seule occasion. On a constaté que la prévalence de la consommation abusive d'alcool était plus élevée au sein des communautés des Premières nations (16 %) que dans la population canadienne générale (6,2 %). La population autochtone hors réserve est moins susceptible que la population générale du Canada de consommer régulièrement (c.-à-d., toutes les semaines), mais plus susceptible d'enregistrer un taux plus élevé de consommation abusive d'alcool (Institut national du cancer, 2002). Par conséquent, les risques que fait courir à la santé la consommation abusive d'alcool constituent une grave préoccupation pour la population autochtone du Canada.

On a signalé que la consommation abusive d'alcool augmentait le risque de développement de cancers. On a constaté en particulier que des niveaux de consommation élevés augmentaient le risque de cancer du foie et de cancer colorectal. Le fait de prendre une seule consommation par jour pour les femmes ou deux consommations par jour pour les hommes a été associé à l'augmentation du risque du cancer de la bouche, du larynx, du pharynx, de l'œsophage et du foie. En outre, les femmes prenant deux consommations par jour augmentent de 25 % le risque

de contracter un cancer du sein comparativement aux femmes ne buvant pas d'alcool (Institut national du cancer, 2002). Enfin, la combinaison de la consommation d'alcool et de l'usage du tabac augmente considérablement le risque de cancer du poumon.

Tel que mentionné précédemment, l'abus d'alcool peut constituer une condition chronique en soi. Son association fréquente à la dépression, aux expériences antérieures, aux traumatismes et à d'autres souvenirs ou situations présentes désagréables, illustre le fait que l'alcoolisme a un effet profond sur la santé et l'aptitude à fonctionner dans le monde environnant. Donc, l'alcool peut non seulement avoir une influence et présenter le risque de devenir une condition chronique, mais a aussi le statut potentiel, en tant que condition chronique, de générer des difficultés permanentes et des problèmes supplémentaires pour l'utilisateur. Il faut prendre très au sérieux les risques physiques et psycho-sociaux associés à l'alcoolisme tant au sein des communautés autochtones que non autochtones.

7.3 Obésité et inactivité

L'obésité est un facteur de risque important pour bon nombre de maladies chroniques. L'obésité se mesure souvent par la mesure du poids ou l'indice de masse corporelle (IMC), qui produit une mesure en fonction de la taille et du poids de la personne. Les pourcentages de personnes possédant un indice de masse corporelle normal, plus élevé ou plus bas au sein des populations autochtone et non autochtone du Canada, selon le rapport de 2002-2003 de l'Enquête régionale sur la santé (ERS), sont reprises dans le tableau ci-après.

	Adultes des Premières nations	**Adultes canadiens**
Poids normal	25,9 %	49 %
Préobèse	37,0 %	33 %
Obèse	31,2 %	15 %

Source : Centre des Premières nations, 2005

Tel que le précise aussi le rapport 2002-2003 de l'ERS, la répartition de l'obésité au sein de la population autochtone est influencée par le sexe (First Nations Centre, 2005). Par exemple, on a constaté que les hommes étaient surreprésentés dans le groupe des préobèses alors que les femmes autochtones étaient plus susceptibles d'être obèses ou obèses morbides (MacMillan et coll., 1996). Il est important de souligner ici que des préoccupations ont été exprimées relativement à la mesure de l'obésité chez certains groupes autochtones, comme les Inuits. Tel qu'on l'a montré chez de jeunes enfants de l'Arctique, différents cycles de croissance et différents gradients de taille à poids, qui demeurent jusqu'à la maturité, peuvent donner une mesure d'obésité alors que celle-ci n'existe pas (Comité national directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1999). L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits de 1999 (Comité national directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1999) a constaté que 36 % des femmes inuits du Labrador et 26 % des hommes inuits du Labrador sont préobèses (McIntyre et Shah, 1986). La prévalence de l'obésité au sein de la population autochtone du nord de l'Ontario va de 50 % à 70 % chez les femmes autochtones et de 30 % à 50 % chez les hommes autochtones (Young et Sevenhuysen, 1989). Une étude menée au sein d'une population Ojibwa et Cri a révélé que dans

certains groupe d'âge et selon le sexe, presque 90 % des personnes étudiées étaient préobèses et obèses (Tjepkema, 2002). En outre, il semble que la différence de niveau d'activité physique entre la population autochtone hors réserve et la population non autochtone du Canada habitant les provinces soit minime. Dans les territoires, cependant, la population autochtone était moins susceptible d'être active que les autres habitants du Nord (Denny, 2005).

L'inactivité est un facteur contributif clé de l'obésité au sein des populations autochtone et non autochtone. Malheureusement, on a constaté des taux d'inactivité élevés au sein de bon nombre de communautés autochtones. Une étude menée aux É.-U. en 2001 et 2002 et portant sur les facteurs de risque de maladie chronique des Inuits et des Autochtones américains a constaté que 37,2 % de ceux-ci ne s'adonnaient à aucune activité physique pendant leurs loisirs. L'enquête a aussi révélé que 29,3 % des sujets étaient obèses (rapport de cotes = 1,41) (First Nations Centre, 2005). On a aussi signalé une telle inactivité au sein de la population des Premières nations. En raison de la disparition des terres et des pratiques ancestrales des Premières nations, tel que la chasse, la trappe et la pêche, une proportion plus élevée des Autochtones a commencé à adopter un mode de vie plus sédentaire. À cela s'est ajoutée l'adoption par les Premières nations d'un régime non traditionnel (ou communément appelée « occidental »[11]) après la colonisation. À la suite de ces changements et d'autres changements socio-économiques, le pourcentage de personnes inactives et obèses a augmenté au sein des communautés des Premières nations (Canada, 2001). Malgré le fait que la proportion des personnes inactives et obèses est en hausse, on peut contrer cela par la sensibilisation à l'importance de l'exercice et la promotion d'une vie active. Cibler ainsi des stratégies d'intervention et des traitements constructifs a le potentiel d'améliorer la santé dans l'avenir.

7.4 Emploi et scolarité

Du fait que l'âge moyen de la population autochtone est de 10 ans plus jeune que celui de la population générale, il se produira une forte augmentation de la population des autochtones en âge de travailler (25 à 44 ans) au cours de la prochaine décennie (Malatest, 2004). Et, bien que le niveau de scolarité de ce groupe d'âge se soit amélioré de 14 % au cours de la décennie – une augmentation supérieure à l'amélioration de 10 % enregistrée au sein de la population non autochtone –, l'écart entre les deux groupes reste considérable (Malatest, 2004). Par exemple, la proportion d'Autochtones dans la vingtaine possédant un diplôme d'études postsecondaires est passée de 19 % à 23 % entre 1981 et 1996, mais la proportion de ceux possédant un diplôme ou un certificat universitaire n'a pas bougé de façon significative (de 3 % à 4 %). Plus encore, le niveau de scolarité des Canadiens autochtones reste sous la moyenne nationale; en 1996, 54 % des Autochtones de 15 ans et plus n'avaient pas de diplôme d'études secondaires, contre 35 % de la population non autochtone (Anderson, 2003). Le niveau de scolarité et le taux d'emploi sont étroitement associés (Tjepkema, 2002) :

> *En 2000-2001, la population autochtone hors réserve, dans son ensemble et dans diverses régions du pays, avait atteint un niveau de scolarité et un revenu par ménage inférieur et était moins susceptible d'avoir travaillé toute l'année que la population non autochtone (Statistique Canada, 2001).*

[11] Une diète occidentale est d'ordinaire riche en gras et en protéines et faible en fibres.

Selon le recensement de 2001, le taux de chômage des adultes autochtones de 25 à 34 ans possédant un diplôme universitaire était de 8 % alors que celui de ceux ayant terminé une 9e année, mais pas leurs études secondaires, était de 28 %. Chez ceux n'ayant pas terminé une 9e année, le taux de chômage était de 40 % (Statistique Canada, 2001). Les chercheurs ont aussi constaté que l'obtention d'une scolarité postsecondaire avait une certaine incidence favorable sur l'emploi et le revenu des Autochtones (Hull et coll., 2000; Maxim, White, Whitehead et Beavon, 2000).

Les statistiques sur le chômage des Autochtones soulignent l'envergure de cet important problème : en 1998, le taux de chômage moyen dans les réserves autochtones était de 29 %, ce qui est presque le triple du taux national (Canada, 2001; Canada, Parlement, Chambre des communes, Comité permanent de la santé, 1995). La situation était encore pire dans certaines communautés, où on signalait des taux de chômage atteignant 90 % (MacMillan et coll., 1996). Bien qu'on trouve certains des taux les plus élevés dans les réserves, on pense qu'en moyenne 25 % des adultes autochtones (15 ans et plus) étaient au chômage en 1996, contre tout juste moins de 10 % de la population générale (Canada, 2001). La disparité dans l'emploi et ses liens avec la pauvreté sont illustrés par le fait que, en 1995, le revenu moyen d'emploi des Autochtones était de 17 382 $, ce qui est environ les deux tiers de la moyenne nationale de 26 474 $ (MacMillan et coll., 1996). En 1990, plus de la moitié (54 %) des adultes autochtones ont déclaré un revenu annuel de moins de 10 000 $, alors que seulement 35 % des Canadiens ont déclaré un revenu du même niveau (First Nations Centre, 2005; Oberle et MAINC, 1993). Les plus récentes données ont fait état d'une certaine amélioration des taux d'emploi chez les Premières nations vivant au Canada : l'ERS de 2002-2003 a révélé que 33,2 % des adultes des Premières nations ont déclaré un revenu de moins de 10 000 $ et que le taux d'emploi enregistré chez les populations des Premières nations était inférieur de 8 % à celui de la population canadienne en 2001 (First Nations Centre, 2005; Mendelson, 2004). D'autres données récentes ont indiqué une amélioration de 5 à 7 % des taux d'emploi entre 1991 et 2000 et l'égalisation des taux d'emploi chez les Autochtones vivant dans les réserves et hors réserve (Green et coll., 2003).

Bien que ces statistiques dressent un tableau de vulnérabilité de l'environnement socio-économique des Autochtones au Canada, il est important de souligner ici que, bien que la scolarité et l'emploi aient une incidence directe sur la situation socio-économique de tout un chacun, ils ont aussi des conséquences particulières pour la santé et le bien-être de l'individu. De fait, on a constaté que la scolarité et l'emploi peuvent être des prédicteurs clés de l'apparition de maladies chroniques et de la survie. On a associé, par exemple, un taux de survie plus faible au cancer à un bas niveau de revenu et un taux de chômage élevé (Ward et coll., 2004). Une étude de 2003 a relevé une concentration substantielle de cas de diabète dans les zones de Winnipeg à la situation socio-économique défavorisée, à la qualité de l'environnement médiocre, aux modes de vie malsains et à forte concentration d'Autochtones (Green et coll., 2003). L'étude a aussi constaté que la scolarité et le revenu étaient des prédicteurs plus robustes du diabète que le statut d'Autochtone, suggérant que c'est la situation socio-économique plutôt que des facteurs génétiques qui étaient responsables de la forte prévalence du diabète (Santé Canada, 2005).

7.5 Santé des aînés

Au Canada, l'espérance de vie à la naissance pour la population des « Indiens inscrits » demeure moindre que celle de la population canadienne générale : 68,9 ans chez les hommes et 76,6 ans pour les femmes en 2000, une différence de 7,4 ans entre les hommes autochtones et non autochtones et de 5,2 ans entre les femmes autochtones et non autochtones (Durie, 2004). Non seulement la population des aînés est-elle plus clairsemée, mais les aînés sont généralement plus jeunes au sein des communautés autochtones que dans les communautés non autochtones. Bien sûr, il faut faire la distinction entre les aînés en raison de l'âge et ceux qui sont considérés comme des « Anciens » dans leur communauté en raison de la force et de la sagesse dont ils font preuve. Bien qu'un âge avancé concorde souvent avec le statut d'Ancien, l'expérience, le savoir et la sagesse détenus par la personne comptent bien davantage. On abordera dans la présente section la santé des aînés et des anciens dans les populations autochtones en tant que tranche la plus âgée de ces populations.

C'est sans surprise que les risques attribués à la santé des aînés sont largement associés à l'âge. Pourtant, du fait de l'espérance de vie généralement moins longue et d'une population plus jeune, la littérature n'a pas exploré avec vigueur la santé de la population autochtone plus âgée et les risques associés au troisième âge et aux maladies chroniques. Ce que la littérature canadienne a relevé, c'est qu'un autochtone des États-Unis sur trois vit sous le seuil de la pauvreté (Cueller, 1990). Cela signifie que bon nombre d'Autochtones âgés continuent de connaître une situation socio-économique difficile et ne disposent donc vraisemblablement pas du pouvoir d'achat nécessaire pour gérer et contrôler l'augmentation inévitable des problèmes de santé qui se manifeste avec l'âge. Cela soulève des inquiétudes non seulement pour la santé et le bien-être des personnes âgées dans les populations autochtones canadiennes, mais aussi pour leur subsistance de base et leur capacité de survivre sans appui monétaire supplémentaire. Cela soulève aussi des inquiétudes pour la communauté : du fait que les anciens jouent traditionnellement un rôle si important au sein des communautés autochtones, la perte de leur force et de leur capacité à participer aux activités culturelles en raisons de problèmes d'argent ou de santé sont préoccupantes.

Une étude effectuée en Nouvelle-Zélande en 1997 (Durie, Allan et Cunningham, 1997) a évalué les liens entre la participation aux activités culturelles et communautaires et la santé. L'évaluation de la santé et du bien-être de la population âgée était fondée sur les perspectives de santé des Maoris et tenait aussi compte de l'importance des anciens dans la société maori (un rôle et une fonction similaires à ceux des anciens au sein des populations autochtones canadiennes). Elle couvrait au total 400 participants maoris de plus de 60 ans. La recherche a révélé que « en plus des facteurs économiques et sociaux, le bien-être des Maoris âgés était par conséquent conceptualisé en tant qu'interaction entre les perspectives de santé personnelles et la participation à certains aspects essentiels de la société Maori, p. ex., la terre, la langue et les marae (lieux de réunion tribaux) » (Durie et coll., 1997). En approfondissant davantage cette information, l'étude a relevé que les aînés maoris se trouvant à l'échelon le plus bas de l'« indice culturel » (c.-à-d. ceux participant le moins ou les moins aptes à remplir leur rôle culturel) étaient aussi les plus susceptibles d'être en mauvaise santé; c'était le cas même pour les personnes ayant des normes de santé de base et des circonstances relatives au milieu similaires. Les chercheurs ont conclu par conséquent que « la perception qu'ont les Maoris du bien-être est étroitement associée à la capacité de remplir un rôle culturel. Les mesures du bien-être qui n'intègrent pas

l'identité culturelle ne pourront pas traduire la nature du bien-être telle qu'elle est vécue par les Maoris » (Dion, Stout et Kipling, 2003; Durie et coll., 1997). Cela rejoint et développe la vision de la santé qui s'est élaborée tout au long de ce mémoire; la santé représente plus que la capacité d'éviter la maladie ou de satisfaire à des mesures spécifiques, mais dépend aussi de facteurs socio-économiques plus généraux qui influencent le bien-être émotionnel, spirituel, mental et économique.

Ainsi que la présente section l'illustre, les risques associés à l'apparition de maladies chroniques augmentent avec l'âge du fait du cumul des risques à toutes les étapes de la vie. Par conséquent, l'âge adulte devient l'arène où la gestion des maladies chroniques devient capitale et où les enjeux associés aux systèmes de soutien et aux pratiques culturelles redoublent d'importance; c'est particulièrement vrai au sein des populations vulnérables, tel que la population autochtone au Canada. En prévision de cela, il est important que le système de santé publique conçoive des services de soutien et des programmes d'éducation à l'intention des aînés afin de pouvoir gérer la maladie et contenir les risques accumulés. Le vécu en matière de santé de la population du troisième âge perçu selon un point de vue englobant toute la durée d'une vie nous aide à comprendre la nécessité de mettre l'accent sur la prévention et la promotion de la santé dès les premières étapes de la vie et de continuer à être vigilants tout au long de cette vie.

Bibliographie

2002/2003, R. L. H. S. R. (2002/2003). Physical activity, body mass index, and nutrition. Chapter 8. In *Rhs 2002/2003* (pp. 96-103): First Natioins and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee.

[FNIGC], F. N. I. G. C. (2005). First nations regional longitudinal health survey (rhs) 2002/03: Results for adults, youth and children living in first nations communities: National Aboriginal Health Organization - First Nations Centre.

[IRSRC], I. R. S. R. C. (n.d., n.d.). The residential school system historical overview. *History* Retrieved January 28, 2008, from http://www.irsr-rqpi.gc.ca/english/history.html

[NNAPF], N. N. A. P. F. I. (2000). Nnadap renewal framework for implementing the strategic recommendations of the 1998, general review of the national native alcohol and drug abuse program.

[RCAP], R. C. o. A. P. (1996). *Report of the royal commission on aboriginal peoples*.Ottawa: Indian and Northern Affairs Canada.

Abbey, D. E., Lebowitz, M. D., Mills, P. K., Peterson, F. F., Beeson, L., & Burchette, R. J. (1995). Long-term ambient concentrations of particulates and oxidants and development of chronic disease in a cohort of non-smoking California residents. *Inhalation Toxicol, 7*, 19-34.

About.com. (2007). Cancer definition. Retrieved March 12, 2009, from http://coloncancer.about.com/od/glossaries/g/Cancer.htm

Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: Health disparities in aboriginal Canada. *Canadian journal of public health. Revue canadienne de sante publique, 96 Suppl 2*, S45.

Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: Health disparities in aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health, 96*(S2), S45-S61.

Alwyn, E. (2004). *Traditions in a colonized world: Two realities of a first nation.* Unpublished Thesis (Ph.D.), University of Toronto, 2004.

Anand, S. S., Yusuf, S., Jacobs, R., Davis, A. D., Yi, Q. L., Gerstein, H., et al. (2001). Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among aboriginal people in Canada: The study of health assessment and risk evaluation in aboriginal peoples (share-ap). *Lancet, 358*(9288), 1147-1153.

Andersen, P., & Doherty, T. M. (2005). The success and failure of bcg-implications for a novel tuberculosis vaccine. *Nat Rev Microbiol, 3*(8), 656-662.

Anderson, D., Anderson, K., Barnes, J., Cutknife, A., Cutknife, D., Martell, R., et al. (2002). *Aboriginal approaches to fetal alcohol syndrome/effects*. Toronto: Ontario Federation of Indian Friendship Centres.

Anderson, H. R. (1978). Respiratory abnormalities in Papua new guinea children: The effects of locality and domestic wood smoke pollution. *Int J Epidemiol, 7*(1), 63-72.

Anderson, I. P. (2004). Recent developments in national aboriginal and torres strait islander health strategy. *Aust. New Zealand Health Policy, 1*(1), 3.

Anderson, J. (2003). Aboriginal children in poverty in urban communities: Social exclusion and the growing racialization of poverty in Canada. from http://www.ccsd.ca/pr/2003/aboriginal.htm

Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R., & Lustman, P. (2001). The prevalence of co morbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care, 24*(6), 1069-1078.

Anderson, R., Lustman, P., Clouse, R., De Groot, M., & Freedland, K. (2000). Prevalence of depression in adults with diabetes: A systematic review [abstract]. *Diabetes, 49*(Suppl. 1), A64.

Andrerson, J. (2003). Aboriginal children in poverty in urban communities: Social exclusion and the growing racialization of poverty in Canada. Presented to the Subcommittee on Children and Youth at Risk of the Standing Committee on Human Resources Development and the Status of Persons with Disabilities: Canadian Council on Social Development.

Ang, D., Choi, H., Kroenke, K., & Wolfe, F. (2005). Co morbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology, 32*, 1013-1019.

Anto, J. M., Vermeire, P., Vestbo, J., & Sunyer, J. (2001). Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J, 17*(5), 982-994.

Arpin, K., Fitch, M., Browne, G., & Corey, P. (1990). Prevalence and correlates of family dysfunction and poor adjustment to chronic illness in specialty clinics. *Journal of Clinical Epidemiology, 43*(4), 373-383.

Astone, M. N., & McClanahan, S. S. (1991). Family structure, parental practices and high school completion. *American Sociological Review, 56*, 309-320.

Bachrach, L. L. (1988). Defining chronic mental illness: A concept paper. *Hospital and Community Psychiatry, 39*(4), 383-388.

Banks, J. W. (2003). A native community rekindles the tradition of breastfeeding. *AWHONN Lifelines, 7*(4), 340-347.

Barker, D. J. (1995). The fetal and infant origins of disease. *Eur J Clin Invest., 25*(7), 457.

Barker, D. J. (1995). Fetal origins of coronary heart disease. *BMJ (Clinical research ed.), 311*(6998), 171.

Barker, D. J. (1995). Intrauterine programming of adult disease. *Molecular medicine today, 1*(9), 418.

Barker, D. J. (1995). Intrauterine programming of adult disease. *Mol Med Today, 1*(9), 418.

Barker, D. J. (2004). Developmental origins of adult health and disease. *J Epidemiol Community Health, 58*(2), 114-115.

Barker, D. J., Godfrey, K. M., Fall, C., Osmond, C., Winter, P. D., & Shaheen, S. O. (1991). Relation of birth weight and childhood respiratory infection to adult lung function and death from chronic obstructive airways disease. *Bmj, 303*(6804), 671-675.

Barker, D. J., Osmond, C., & Law, C. M. (1989). The intrauterine and early postnatal origins of cardiovascular disease and chronic bronchitis. *J Epidemiol Community Health, 43*(3), 237-240.

Barlow, J., Cullen, L., & Rowe, I. (1999). Comparison of knowledge and psychological well-being between patients with a short disease duration (≤ 1 year) and patients with more established rheumatoid arthritis (≥ 10 years duration). *Patient Education and Counseling, 38*, 195-203.

Barlow, J., Cullen, L., & Rowe, I. (2002). Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling, 46*, 11-19.

Barnabe, C., Elias, B., Bartlett, J., Roos, L., & Peschken, C. (2008). Arthritis in aboriginal Manitobans: Evidence for a high burden of disease. *The Journal of rheumatology, 35*(6), 1145-1150.

Barrett-Connor, E. (1989). Epidemiology, obesity, and non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Epidemiol Rev, 11*, 172.

Bartlett, J. (1998). The medicine wheel for comprehensive development in health: University of Manitoba, Winnipeg.

Bates, C. E., & Van Dam, C. H. (1984). Low incidence of schizophrenia in British Columbia coastal Indians. *Journal of Epidemiology and Community Health, 38*, 127-130.

Batlow, J., Cullen, L., & Rowe, I. (1999). Comparison of knowledge and psychological well-being between patients with a short disease duration (≤ 1 year) and patients with more established rheumatoid arthritis (≥ 10 years duration). *Patient Education and Counseling, 38*, 195-203.

Beals, J., Manson, S. M., Shore, J. H., Friedman, M., Ashcraft, M., Fairbank, J. A., et al. (2002). The prevalence of posttraumatic stress disorder among American Indian Vietnam veterans: Disparities and context. *Journal of Traumatic Stress, 15*(2), 89-97.

Beals, J., Novins, D. K., Spicer, P., Mitchell, C. M., & Manson, S. M. (2005). Prevalence of mental disorders and utilization of mental health services in two American Indian reservation populations: Mental health disparities in a national context. *American Journal of Psychiatry, 162,* 1723-1732.

Beauchamp, J., Blaauwbroek, M., Brulé, C., Campbell, J., Lava, J., Malone, L., et al. (2004). *Improving the health of Canadians*. Ottawa: Canadian Institute of Health Information.

Beavis, M. A., Klos, N., Carter, T., & Douchant, C. (1997). Literature review: Aboriginal peoples and homelessness. *Ottawa: Canada Mortgage and Housing Corporation*.

Behrman, R. E. (1995). Issues in children's health. *Bull N Y Acad Med, 72*(2 Suppl), 575-585.

Bell, R., Smith, S., Arcury, T., Snively, B., Stafford, J., & Quandt, S. (2005). Prevalence and correlates of depressive symptoms among rural older African Americans, native American, and whites with diabetes. *Diabetes Care, 28*(4), 823-829.

Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol, 31*(2), 285-293.

Bennett, M., Blackstock, C., & De La Ronde, R. (2005). *A literature review and annotated bibliography on aspects of aboriginal child welfare in Canada 2nd edition*: First Nations Research Site of the Centre of Excellence for Child Welfare and The First Nations Child & Family Caring Society of Canada.

Bennett, P., & Carroll, D. (1997). Coronary heart disease: Impact. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bernard, L., Lavallee, C., Gray-Donald, K., & Delisle, H. (1995). Overweight in Cree schoolchildren and adolescents associated with diet, low physical activity, and high television viewing. *J Am Diet Assoc, 95*(7), 800.

Bjerregaard, P., & Dyerberg, J. (1988). Mortality from ischaemic heart disease and cerebrovascular disease in Greenland. *Int J Epidemiol, 17*(3), 514.

Bjerregaard, P., Young, T. K., & Hegele, R. A. (2003). Low incidence of cardiovascular disease among the Inuit—what is the evidence? *Atherosclerosis, 166*(2), 351-357.

Black, R., Godwin, M., & Ponka, D. (2008). Breastfeeding among the Ontario James Bay Cree: A retrospective study. *Can J Public Health, 99*(2), 98-101.

Blackstock, C. (2005). Same country: Same lands, 78 countries away. *First Peoples Child & Family Review, 2*(1), 130-158.

Blackstock, C., Trochmé, N., & Bennett, M. (2004). Child maltreatment investigations among aboriginal and non-aboriginal families in Canada. *Violence Against Women, 10*(8), 901-916.

Blair, E. (1996). Why do aboriginal newborns weigh less? Determinants of birth weight for gestation. *J Paediatr Child Health, 32*(6), 498-503.

Bobet, E. (1997). Diabetes among first nations people: Information from the 1991 aboriginal peoples survey carried out by statistics Canada (Report). Ottawa: Medical Services Branch, Health Canada.

Bobet, E. (1998). Diabetes among first nations people: Information from the statistics Canada 1991 aboriginal peoples survey [microform.]. Ottawa: Health Canada.

Bohn, D. K. (2003). Lifetime physical and sexual abuse, substance abuse, depression, and suicide attempts among native American women. *Issues in Mental Health Nursing, 24*(3), 333-352.

Boney, C. M., Verma, A., Tucker, R., & Vohr, B. R. (2005). Metabolic syndrome in childhood: Association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus. *Pediatrics, 115*(3), e290.

Boston, P., Jordon, S., MacNamara, E., Kozolanka, K., Bobbish-Rondeau, E., Iserhoff, H., et al. (1997). Using participatory action research to understand the meanings aboriginal Canadians attribute to the rising incidence of diabetes. *Chronic Diseases in Canada, 18*(1).

Boswell, J. B., & Nienhuys, T. G. (1996). Patterns of persistent otitis media in the first year of life in aboriginal and non-aboriginal infants. *Ann Otol Rhinol Laryngol, 105*(11), 893-900.

Botha-Scheepers, S., Riyazi, N., Kroon, H., Scharloo, M., J, H.-D., Slagboom, W., et al. (2006). Activity limitations in the lower extremities in patients with osteoarthritis: The modifying effects of illness perceptions and mental health. *Osteoarthritis and Cartilage, 14*, 1104-1110.

Bowd, A. D. (2005). Otitis media: Health and social consequences for aboriginal youth in Canada's north. *Int J Circumpolar Health, 64*(1), 5-15.

Boyce, W. T., & Keating, D. P. (2004). Should we intervene to improve childhood circumstances. In D. Kuh & Y. Ben-Shlomo (Eds.), *A life course approach to chronic disease epidemiology* (pp. 415-445). New York: Oxford University Press.

Brasfield, C. R. (2001). Residential school syndrome. *BC Medical Journal, 43*(2), 78-81.

Brave Heart, M. Y. (2003). The historical trauma response among natives and its relationship with substance abuse: A Lakota illustration. *J Psychoactive Drugs, 35*(1), 7-13.

Breastfeeding Committee for Canada. (2002). Breastfeeding statement of the breastfeeding committee for Canada. Retrieved January 10, 2008, from http://www.breastfeedingcanada.ca/html/webdoc5.html

Britannica., E. (2006). Rheumatism.

British Columbia, C. (2001). The health and well-being of aboriginal people in British Columbia. In B. M. o. H. Planning (Ed.).

Broadley, A. J. M., Korszun, A., Jones, C. J. H., & Frenneaux, M. P. (2002). Arterial endothelial function is impaired in treated depression. *Heart, 88*, 521-524.

Brown, M. L., Sue J. Goldie, Gerrit Draisma, Joe Harford, & Lipscomb, a. J. (2006). Health service interventions for cancer control in developing countries. In D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills & P. Musgrove (Eds.), *Disease control priorities in developing countries* (Vol. 2, pp. 569-589): Disease Control Priorities in Developing Countries.

Bruce, S. G. (2000). The impact of diabetes mellitus among the Metis of western Canada. *Ethn Health, 5*(1), 47-57.

Bruce, S. G. (2000). Prevalence and determinants of diabetes mellitus among the Metis of western Canada. *Am J Hum Biol, 12*(4), 542.

Bruce, S. G., Kliewer, E., Young, K., Mayer, T., & Wajda, A. (2003). Diabetes among the Metis of Canada: Defining the population, estimating the disease. *Canadian Journal of Diabetes, 27*(4), 442-448.

Bruce, S. G., Kliewer, E., Young, T. K., Mayer, T., & Wajda, A. (2003). Diabetes among the Metis of Canada: Defining the population, estimating the disease. *Canadian Journal of Diabetes, 27*, 442-448.

Burke, H., Zautra, A., Schultz, A., Reich, J., & Davis, M. (2002). Arthritis. In A. Christensen & M. Antoni (Eds.), *Chronic physical disorders: Behavioural medicine's perspective*. Padstow, Cornwall: Blackwell Publishers.

Cadman, D., Boyle, M., Szatmari, P., & Offord, D. (1987). Chronic illness, disability and mental and social well-being: Findings of the Ontario child health study. *Pediatrics, 79*(5), 805-813.

Cairns, R. B., Cairns, B. D., & Neckerman, H. J. (1989). Early school dropout: Configurations and determinants. *Child Dev, 60*(6), 1437-1452.

Callaghan, R. C., Cull, R., Vettese, L. C., & Taylor, L. (2006). A gendered analysis of Canadian aboriginal individuals admitted to inpatient substance abuse detoxification: A three-year medical chart review. *The American Journal on Addictions, 15*, 380-386.

Campaign 2000. (2006). Oh Canada! Too many children in poverty for too long. from http://campaign2000.ca/rc/rc06/06_C2000NationalReportCard.pdf

Canada. (2001). Census 2001 survey. In S. Canada (Ed.) (Vol. 2001).

Canada. (2003). Smoking in Canada. In H. Canada (Ed.).

Canada. (2005). Fetal alcohol spectrum disorder (fasd): A framework for action: Public Health Agency of Canada.

Canada. (2005). Fetal alcohol syndrome. In F. N. I. Health (Ed.):Health Canada.

Canada. (2005). Tobacco. In F. N. I. Health (Ed.):Health Canada.

Canada. (2006). *Chapter 12: The mental health and well-being of aboriginal peoples in canada*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.

Canada, B. C. (2001). The health and well-being of aboriginal people in British Columbia. In M. o. H. Planning (Ed.) (Vol. 2001).

Canada, H. (2003). Arthritis in Canada. An ongoing challenge. In H. Canada (Ed.).

Canada, H. (2003). A statistical profile on the health of first nations in Canada.

Canada, H. (2005). The statistical profile on the health of first nations in Canada for the year of 2000. In H. Canada (Ed.).

Canada, S. (2001). Aboriginal peoples of Canada. In C. 2001 (Ed.):Statistics Canada.

Canada. Parliament. House of Commons. Standing Committee on Health. (1995). Towards holistic wellness, the aboriginal peoples: Report [microform.]. Ottawa: The Standing Committee.

Canadian Arthritis Society, A. (2004). Revealing the impact of arthritis on the lives of Canadians.

Canadian Council on Social Development. (2003, June 10, 2003). Aboriginal children in poverty in urban communities: Social exclusion and the growing racialization of poverty in Canada. Retrieved March 10, 2009, from http://www.ccsd.ca/pr/2003/aboriginal.htm

Canadian Institute for Health Information, Canadian Lung Association, Health Canada, & Statistics Canada. (2001). Respiratory disease in Canada. In E. B. R. D. i. *Canada* (Ed.):Health Canada.

Canadian Pediatric Society, C. (2002). Fetal alcohol syndrome. *Paediatr Child Health, 7*(3), 161-174.

Cardinal, J. C. (2004). First nations in Alberta, a focus on health service use [microform]. Edmonton: Alberta Health & Wellness.

Carriere, J. (2007). Promising practice for maintaining identities in first nations adoption. *First Peoples Child & Family Review, 3*(1), 46-64.

Carroll, L., Cassidy, J., & Coté, P. (2000). The Saskatchewan health and back pain survey: The prevalence and factors associated with depressive symptomatology in Saskatchewan adults. *Canadian Journal of Public Health, 91*(6), 459-464.

Carson, B., Dunbar, T., Chenhall, R. D., & Bailie, R. (2007). *Social determinants of indigenous health*. Crows Nest, NSW, Australia: Allen & Unwin.

Carver, C. (2007). Stress, coping and health. In H. Friedman & R. Cohen Silver (Eds.), *Foundations of health psychology*. Oxford: Oxford University Press.

Casey, P. (2001). Adult adjustment disorder: A review of its current diagnostic status. *Journal of Psychiatric Practice, 7*(1), 32-40.

Casey, P., Maracy, M., Kelly, B., Lehtinen, V., Ayuso-Mateos, J.-L., Dalgard, O., et al. (2006). Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from odin. *Journal of Affective Disorders, 92*, 291-297.

Cassileth, B., Lusk, E., Strouse, T., Miller, D., Brown, L., Cross, P., et al. (1984). Psychosocial status in chronic illness. *The New England Journal of Medicine', 311*(8), 506-511.

Caulfield, L. E., Harris, S. B., Whalen, E. A., & Sugamori, M. E. (1998). Maternal nutritional status, diabetes and risk of macrosomia among native Canadian women. *Early Hum Dev, 50*(3), 293-303.

CBC, N. (2003). More chronic illness among off-reserve aboriginals: Study. from http://www.cbc.ca/news/story/2003/09/24/aboriginal_statscan030924.html

CDC. (1996). Prevalence and impact of arthritis by race and ethnicity—united states, 1989-1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 45*(18), 373-378.

Centres of Excellence for Children's Well-being. (2008). Early child development. Retrieved August 15, 2008, from http://www.excellence-jeunesenfants.ca/mission.asp?lang=EN

Chan, A., Keane, R. J., & Robinson, J. S. (2001). The contribution of maternal smoking to preterm birth, small for gestational age and low birth weight among aboriginal and non-aboriginal births in south Australia. *Med J Aust., 174*(8), 389-393.

Chan, A. K., RJ; Robinson, JS. (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., *174*(8), 389-393.

Chan, K. N., Wong, Y. C., & Silverman, M. (1990). Relationship between infant lung mechanics and childhood lung function in children of very low birthweight. *Pediatr Pulmonol, 8*(2), 74-81.

Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in canada's first nations. *Transcultural Psychiatry, 35*(2), 191-219.

Chansonneuve, D. (2005). Reclaiming connections: Understanding residential school trauma among aboriginal people.Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.

Chansonneuve, D. (2007). *Addictive behaviours among aboriginal people in canada*.Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.

Chao, R. K., & Willms, J. D. (2002). The effect of parenting practices on children's outcomes. In j.D. Willms (ed.) vulnerable children., 149-165.

Chartrand, L. N. (2006). *Métis residential school participation: A literature review*.Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.

Chernoff, R. G., Ireys, H. T., DeVet, K. A., & Kim, Y. J. (2002). A randomized, controlled trial of a community-based support program for families of children with chronic illness: Pediatric outcomes. *Arch Pediatr Adolesc Med, 156*, 533-539.

Chrisjohn, R., & Young, S. (1995). The circle game: Shadow and substance in the residential school experience in canada.Penticton, BC.

Chronic Disease Prevention Alliance of Canada. (2006). A call to action from conference participants, *Integrated Chronic Disease Prevention - Building it Together*.Ottawa: Chronic Disease Prevention Alliance of Canada.

CIHI, C. I. f. H. I. (2006). How healthy are rural canadians? In P. H. A. o. Canada (Ed.):Canadian Institute for Health Information.

Clarke, H. F., Joseph, R., Deschamps, M., Hislop, T. G., Band, P. R., & Atleo, R. (1998). Reducing cervical cancer among first nations women. *Can Nurse, 94*(3), 36-41.

Claussen, B., Davey Smith, G., & Thelle, D. (2003). Impact of childhood and adulthood socioeconomic position on cause specific mortality: The oslo mortality study. *J Epidemiol Community Health., 57*(1), 40.

Cliver, S. G., RL; Cutter, GR; Hoffman, HJ; Davis, RO; Nelson, KG. (1995). The effect of cigarette smoking on neonatal anthropometric measurements. *Obstet Gynecol., 85*(4), 625-630.

Coates, H. L., Morris, P. S., Leach, A. J., & Couzos, S. (2002). Otitis media in aboriginal children: Tackling a major health problem. *Med J Aust, 177*(4), 177-178.

Cohen, B. E., & Reutter, L. (2007). Development of the role of public health nurses in addressing child and family poverty: A framework for action. *Journal of Advanced Nursing, 60*(1), 96-107.

Colditz, G. A., Berkey, C. S., Mosteller, F., Brewer, T. F., Wilson, M. E., Burdick, E., et al. (1995). The efficacy of bacillus calmette-guerin vaccination of newborns and infants in the prevention of tuberculosis: Meta-analyses of the published literature. *Pediatrics, 96*(1 Pt 1), 29-35.

Committee, C. H. H. S. a. A. P. S. (2009). Canadian healt health strategy and action plan: Executive summary.

Committee, F. N. a. I. R. H. S. N. S. (1999). First nations and inuit regional health survey national report 1999:First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee.

Committee, F. N. I. G. (2004). First nations and inuit regional health surveys, 1997: A synthesis of the national and regional reports:First Nations Centre.

Committee, F. N. I. G. (2005). First nations regional longitudinal healthy survey (rhs) 2002/03: Results for adults, youth and children living in first nations communities: National Aboriginal Health Organization.

Condon, J. R., Barnes T., Armstrong B.K., Selva-Nayagam S., & J.M., E. (2005). Stage at diagnosis and cancer survival for indigenous australians in the northern territory. *MJA, 182*(6), 277-280.

Cooke, M., Beavon, D. J. K., & McHardy, M. (2004). Measuring the well-being of aboriginal people. In I. a. N. A. C. INAC (Ed.).Ottawa: Strategic Research and Analysis Directorate, Indian and Northern Affairs Canada.

Coory, M. (2000). Is birthweight an appropriate health-outcome measure for torres strait islander babies? *Aust N Z J Public Health, 24*(1), 60-63.

Corrado, R. R., & Cohen, I. M. (2003). Mental health profiles for a sample of british columbia's aboriginal survivors of the canadian residential school system.Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.

Covington, E. C. (1991). Depression and chronic fatigue in the patient with chronic pain. *Prim Care, 18*(2), 341-358.

Cueller, J. (1990). *Aging and health: American indian/alaska native.*Stanford, CA: Stanford Geratric Education Centre, Division of Family and Community Medicine.

Cunningham, J., Dockery, D. W., Gold, D. R., & Speizer, F. E. (1995). Racial differences in the association between maternal smoking during pregnancy and lung function in children. *Am J Respir Crit Care Med, 152*(2), 565-569.

Dabelea, D., Hanson, R. L., Lindsay, R. S., Pettitt, D. J., Imperatore, G., Gabir, M. M., et al. (2000). Intrauterine exposure to diabetes conveys risks for type 2 diabetes and obesity: A study of discordant sibships. *Diabetes, 49*(12), 2208.

Dabelea, D., & Pettitt, D. J. (2001). Intrauterine diabetic environment confers risks for type 2 diabetes mellitus and obesity in the offspring, in addition to genetic susceptibility. *JPEM, 14*(8), 1085.

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), 293-296.

Dangoor, N., & Florian, V. (1994). Women with chronic physical disabilities: Correlates of their long-term psychosocial adaptation. *International Journal of Rehabilitation Research, 17*(2), 159-168.

Daniel, M., Gamble, D., Henderson, J., & Burgess, S. (1995). Diabetes prevalence, behavioural and anthropometric risk factors, and psychosocial constructs in three aboriginal communities in central british columbia. *Chronic Diseases in Canada, 16*(4).

Daniel, M., O'Dea, K., Rowley, K. G., McDermott, R., & Kelly, S. (1999). Glycated hemoglobin as an indicator of social environmental stress among indigenous versus westernized populations. *Preventive Medicine, 29*, 405-413.

Daniel, M., Rowley, K. G., Herbert, C. P., O'Dea, K., & Green, L. W. (2001). Lipids and psychosocial status in aboriginal persons with and at risk for type 2 diabetes: Implications for tertiary prevention. *Patient Education and Counselling, 43*, 85-95.

Dappleton Research Team. (2003). Gvrd aboriginal homelessness study 2003 (abridged). In A. H. S. C. (AHSC) (Ed.).Vancouver: dappleton research.

Darnton-Hill, I., Nishida, C., & James, W. P. (2004). A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutr, 7*(1A), 101-121.

Davidson, K., Kupfer, D., Bigger, T., Califf, R., Carney, R., Coyne, J., et al. (2006). Assessment and treatment of depression in patients with cardiovascular disease: National health, lung, and blood institute working group report. *Ann Behav Med, 32*(3), 121-126.

De Broucker, P., & Lavalee, L. (1998). "intergenerational aspects of education and literacy skills acquisition." in m. Corak (ed.)labour markets, social institutions, and the future of canada's children:Statistics Canada.

de Groot, M., Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R., & Lustman, P. (2000). Association of diabetes complications and depression in type 1 and type 2 diabetes: A meta-analysis [abstract]. *Diabetes, 49*((Suppl. 1)), A63.

de Groot, M., Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R., & Lustman, P. (2001). Association of depression and diabetes complications: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 63*, 619-630.

de Groot, M., & Lustman, P. (2001). Depression among african-americans with diabetes: A dearth of studies. *Diabetes Care, 24*(2), 407-408.

De Marco, R. R. (2000). The epidemiology of major depression: Implications of occurrence, recurrence, and stress in a canadian community sample. *Can J Psychiatry, 45*(1), 67-74.

Dean, H. (1998). Niddm-y in first nation children in Canada. *Clin Pediatr (Phila), 37*(2), 89-96.

Dean, H. J., Mundy, R. L., & Moffatt, M. (1992). Non-insulin-dependent diabetes mellitus in indian children in manitoba. *CMAJ, 147*(1), 52-57.

Dean, H. J., Young, T. K., Flett, B., & Wood-Steiman, P. (1998). Screening for type-2 diabetes in aboriginal children in northern Canada. *Lancet, 352*(9139), 1523-1524.

DeGagné, M. (2007). Toward an aboriginal paradigm of healing: Addressing the legacy of residential schools. *Australasian Psychiatry, 15*(Supplement), S49-S53.

Delisle, H. F., Rivard, M., & Ekoe, J. M. (1995). Prevalence estimates of diabetes and of other cardiovascular risk factors in the two largest algonquin communities of quebec. *Diabetes Care, 18*(9), 1255-1259.

Denny, C. H., D; Goins,RT; Croft,JB. (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), 825-827.

Deters, P. B., Novins, D. K., Fickenscher, A., & Beals, J. (2006). Trauma and posttraumatic stress disorder symptomatology: Patterns among american indian adolescents in substance abuse treatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(3), 335-345.

Dewailly, E., Blanchet, C., Lemieux, S., Sauve, L., Gingras, S., Ayotte, P., et al. (2001). N-3 fatty acids and cardiovascular disease risk factors among the inuit of nunavik. *Am J Clin Nutr, 74*(4), 464-473.

Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D., & Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: A systemic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 64*, 52-60.

Dictionary, C. M. O. R. O. (2002). Osteoarthritis: Oxford University Press, 2002.

Dictionary, C. M. O. R. O. (2002). Osteoporosis: Oxford University Press, 2002.

Dion Stout, M., & Harp, R. (2007). Lump sum compensation payments research project: The circle rechecks itself - draft.Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.

Dion Stout, M., & Kipling, G. (2003). *Aboriginal people, resilience and the residential school legacy*.Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.

Dodgson, J. E., Duckett, L., Garwick, A., & Graham, B. L. (2002). An ecological perspective of breastfeeding in an indigenous community. *J Nurs Scholarsh, 34*(3), 235-241.

Dorner, T., & Rieder, A. (2004). Risk management of coronary heart disease-prevention. *Wien Med Wochenschr, 154*(11-12), 257.

Downs, S. H., Marks, G. B., Belosouva, E. G., & Peat, J. K. (2001). Asthma and hayfever in aboriginal and non-aboriginal children living in non-remote rural towns. *Med J Aust, 175*(1), 10-13.

Dowrick, C. (2006). Chickens and eggs: Examining the links between mental health and chronic disease. *International Journal of Psychiatry in Medicince, 36*(3), 263-267.

Duncan, G. J., & Brooks-Gunn, J. (1997). Consequences of growing up poor. *New York: Russell Sage Foundation.*

Durie, M. (2004). Understanding health and illness: Research at the interface between science and indigenous knowledge. *International Journal of Epidemiology, 33*(5), 1138-1143.

Durie, M., Allan, G. R., & Cunningham, C. W. (1997). Oranga kaumatua the health and wellbeing of older maori.

Dyck, R. F., Klomp, H., & Tan, L. (2001). From “thrifty genotype” to “hefty fetal phenotype”: The relationship between high birthweight and diabetes in saskatchewan registered indians. *Can J Public Health, 92*(5), 340-344.

Dyck, R. F., Klomp, H., Tan, L. K., Turnell, R. W., & Boctor, M. A. (2002). A comparison of rates, risk factors, and outcomes of gestational diabetes between aboriginal and non-aboriginal women in the saskatoon health district. *Diabetes care, 25*(3), 487.

Eaton, W., Pratt, L., Armenian, H., Ford, D., & Gallo, J. (1996). Depression and risk for onset of type ii diabetes: A prospective population-based study. *Diabetes Care, 19*(10), 1097-1102.

Egede, L. (2005). Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care, 28*(6), 1339-1345.

Ellickson, P. T., Joan; Klein, David J. (2001). High-risk behaviors associated with early smoking: Results from a 5-year follow-up*1. *Journal of Adoloescent health, 28*(6), 465-473.

Epstein, R. (1982). Letters to the editor. *Can J Public Health, 73*, 433-434.

Evers, A., Kraaimaat, F., Geenen, R., & Bijlsma, J. (1997). Determinants of psychological distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patients. *Journal of Behavioral Medicine, 20*(5), 489-504.

Evers, S. E., Orchard, J., & McCracken, E. (1985). Lower respiratory disease in indian and non-indian infants. *Can J Public Health, 76*(3), 195-198.

Evers, S. E., & Rand, C. G. (1982). Morbidity in canadian indian and non-indian children in the first year of life. *Can Med Assoc J, 126*(3), 249-252.

Evers, S. E., & Rand, C. G. (1983). Morbidity in canadian indian and non-indian children in the second year. *Can J Public Health, 74*(3), 191-194.

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. *J Psychosom Res, 53*(4), 891.

Fall, C. H., Vijayakumar, M., Barker, D. J., Osmond, C., & Duggleby, S. (1995). Weight in infancy and prevalence of coronary heart disease in adult life. *BMJ (Clinical research ed.), 310*(6971), 17.

Fava, M., & Kendler, K. (2000). Major depressive disorder. *Neuron, 28*, 335-341.

First Nations and Inuit Health Branch. (2000/2001). Mortality rate for lung cancer, prostate cancer, breast cancer, colorectal cancer, acute myocardial infarction (ami) and stroke (age-standardized to the 1991 canadian population):Health Canada.

First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee. (1999). First nations and inuit regional health survey national report, 1999.

First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee. (1999). *First nations and inuit regional health survey: National report 1999*.[St. Regis, Quebec]: First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee.

First Nations Centre. (2004). First nations and inuit regional health surveys, 1997: A synthesis of the national and regional reports.Ottawa: First Nations Centre at the National Aboriginal Health Organization.

First Nations Centre. (2004). First nations and inuit regional health surveys, 1997: A synthesis of the national and regional reports.Ottawa: First Nations Centre at the National Aboriginal Health Organization.

First Nations Centre. (2005). First nations regional longitudinal health survey (rhs) 2002/2003: Results for adults, youth and children living in first nations communities.Ottawa: First Nations Centre at the National Aboriginal Health Organization.

First Nations Information Governance Committee., First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee., First Nations Centre., & National Aboriginal Health Organization. (2004). *First nations and inuit regional health surveys, 1997: A synthesis of the national and regional reports*.[Ottawa, Ont.: National Aboriginal Health Organization.

Folsom, D. P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S., et al. (2005). Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *American Journal of Psychiatry, 162*, 370-376.

Fournier, S., & Crey, E. (1997). Stolen from our embrace: The abduction of first nations children and the restoration of aboriginal communities.Vancouver: Douglas & McIntyre Ltd.

Frank, R., Beck, N., Parker, J., Kashani, J., Elliott, T., & Haut, A. (1988). Depression in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology, 15*, 920-925.

Frank, S. (1992). Family violence in aboriginal communities: A first nations report.Victoria, B.C.: Minister of Women's Equality.

Franks, P. W., Looker, H. C., Kobes, S., Touger, L., Tataranni, P. A., Hanson, R. L., et al. (2006). Gestational glucose tolerance and risk of type 2 diabetes in young pima indian offspring. *Diabetes, 55*(2), 460-465.

Fraser-Lee, N. J., & Hessel, P. A. (1994). Acute respiratory infections in the canadian native indian population: A review. *Can J Public Health, 85*(3), 197-200.

Frasure-Smith, N., & Lesperance, F. (2000). Coronary heart disease, depression and social support: Only the beginning. *European Heart Journal, 21*, 1043-1045.

Frasure-Smith, N., & Lesperance, F. (2005). Reflections on depression as a cardiac risk factor. *Psychosomatic Medicine, 67*, S19-S25.

Gallagher, R. P., & Elwood, J. M. (1979). Cancer mortality among chinese, japanese, and indians in british columbia, 1964-73. *Natl Cancer Inst Monogr*(53), 89-94.

Galobardes, B., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. (2004). Childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality in adulthood: Systematic review and interpretation. *Epidemiol Rev, 26*, 7.

Gandevia, B. (1967). The prevalence of signs of chronic respiratory disease in pintubi and walbiri aborigines at papunya, central australia, and warburton, western australia. *Med J Aust, 2*(6), 237-242.

Gask, L. (2005). Is depression a chronic illness? For the motion. *Chronic Illness, 1*, 101-106.

Gaudette, L. A., & Ellis, E. (1993). Tuberculosis in Canada: A focal disease requiring distinct control strategies for different risk groups. *Tuber Lung Dis, 74*(4), 244-253.

Gaudette, L. A., Freitag, S., Dufour, R., Baikie, M., Gao, R. N., & Wideman, M. (1996). Cancer in circumpolar inuit. Background information for cancer patterns in canadian inuit. *Acta Oncol, 35*(5), 527-533.

Gaudette, L. A., Gao, R. N., Freitag, S., & Wideman, M. (1993). Cancer incidence by ethnic group in the northwest territories (nwt) 1969-1988. *Health Rep, 5*(1), 23-32.

Gavard, J., Lustman, P., & Clouse, R. (1993). Prevalence of depression in adults with diabetes. *Diabetes Care, 16*(8), 1167-1178.

Geyorfi-Dyke, E. (2008). Poverty and chronic disease: Recommendations for action. In Chronic Disease Prevention Alliance of Canada (Ed.):CDPAC.

Ghadirian, P. (2005). Sleeping with a killer. In H. C. s. T. C. Programme (Ed.):Health Canada.

Gilchrist, D., Woods, B., Binns, C. W., Scott, J. A., Gracey, M., & Smith, H. (2004). Aboriginal mothers, breastfeeding and smoking. *Aust N Z J Public Health, 28*(3), 225-228.

Gilliland, F. D., Berhane, K., McConnell, R., Gauderman, W. J., Vora, H., Rappaport, E. B., et al. (2000). Maternal smoking during pregnancy, environmental tobacco smoke exposure and childhood lung function. *Thorax, 55*(4), 271-276.

Gillis, D. C., Irvine, J., Tan, L., Chiu, S., Liu, L., & Robson, D. (1991). Cancer incidence and survival of saskatchewan northerners and registered indians, 1967-1986. *Arctic Med Res, Suppl*, 447-451.

Gilmer, T., O'Conner, P., Rush, W., Crain, L., Whitebird, R., Hanson, A., et al. (2005). Predictors of health care costs in adults with diabetes. *Diabetes Care, 28*(1), 59-64.

Glassman, A., & Shapiro, P. (1998). Depression and the course of coronary artery disease. *Am J Psychiatry, 155*(1), 4-11.

Godwin, M., Muirhead, M., Huynh, J., Helt, B., & Grimmer, J. (1999). Prevalence of gestational diabetes mellitus among swampy cree women in moose factory, james bay. *CMAJ, 160*(9), 1299.

Goldney, R., Phillips, P., Fisher, L., & Wilson, D. (2004). Diabetes, depression, and quality of life: A population study. *Diabetes Care, 27*(5), 1066-1070.

Gonder-Frederisk, L., Cox, D., & Clarke, W. (2002). Diabetes. In A. Christensen & M. Antoni (Eds.), *Chronic physical disorders: Behavioral medicine's perspective*.Cornwall: Blackwell Publishers.

Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction, 85*, 1403-1408.

Gorkin, L., Follick, M., Wilkin, D., & Niaura, R. (1994). Social support and the progression and treatment of cardiovascular disease. In S. SA & S. Czajkowski (Eds.), *Social support and cardiovascular disease*.New York: Plenum Press.

Gough, P., Trochmé, N., Brown, I., Knoke, D., & Blackstock, C. (2005). *Pathways to the overrepresentation of aboriginal children in care*.Toronto: University of Toronto.

Goulet, S., Trepman, E., Cheang, M., Koulack, J., Fong, H., Duerksen, F., et al. (2006). Revascularization for peripheral vascular disease in aboriginal and non-aboriginal patients. *J Vasc Surg, 43*, 735-741.

Government of Canada. (2003). Report of the auditor general to the house of commons. In Office of the Auditor General (Ed.):Minister of Public Works and Government Services Canada.

Government of Canada. (2006). The mental health and well-being of aboriginal peoples in Canada. In *The human face of mental health and mental illness in Canada*.

Graham, H., & Power, C. (2004). Childhood disadvantage and health inequalities: A framework for policy based on lifecourse research. *Child: care, health and development, 30*(6), 671.

Grams, G., Herbert, C. P., Heffernan, C., Calam, B., Wilson, M. A., Grzybowski, S., et al. (1996). Haida perspectives on living with non-insulin-dependent diabetes. *Canadian Medical Association Journal, 155*(11), 1563-1568.

Grams, G. D., Herbert, C., Heffernan, C., Calam, B., Wilson, M. A., Grzybowski, S., et al. (1996). Haida perspectives on living with non-insulin-dependent diabetes. *CMAJ, 155*(11), 1563-1568.

Grange, J., Story, A., & Zumla, A. (2001). Tuberculosis in disadvantaged groups. *Current Opinion in Pulmonary Medicine, 7*(3), 160.

Gratten, M., Gratten, H., Poli, A., Carrad, E., Raymer, M., & Koki, G. (1986). Colonisation of haemophilus influenzae and streptococcus pneumoniae in the upper respiratory tract of neonates in papua new guinea: Primary acquisition, duration of carriage, and relationship to carriage in mothers. *Biol Neonate, 50*(2), 114-120.

Gray, W. (2005). Young people and……cancer! from http://www.ayn.ca/ViewNews.aspx?id=366

Green, C., Blanchard, J. F., Young, T. K., & Griffith, J. (2003). The epidemiology of diabetes in the manitoba-registered first nation population: Current patterns and comparative trends. *Diabetes Care, 26*(7), 1993-1998.

Green, C., Hoppa, R., Young, K., & Blanchard, J. F. (2003). Geographic analysis of diabetes prevalence in an urban area. *Soc Sci Med, 57*, 551-560.

Greene, C., Blanchard, J., & Wajda, A. (1999). Projecting future diabetes prevalence in manitoba first nations. In *Proceedings of the 4th international conference on diabetes and indigenous people, san diego, 1997*.Tucson, Arizona: Native American Research and Training Center, University of Arizona.

Greenhalgh, R. M. (1981). *Smoking and arterial disease*.London: Pitman Medical.

Greer, J. R., Abbey, D. E., & Burchette, R. J. (1993). Asthma related to occupational and ambient air pollutants in nonsmokers. *J Occup Med, 35*(9), 909-915.

Grove, K. L., Sekhon, H. S., Brogan, R. S., Keller, J. A., Smith, M. S., & Spindel, E. R. (2001). Chronic maternal nicotine exposure alters neuronal systems in the arcuate nucleus that regulate feeding behavior in the newborn rhesus macaque. *J Clin Endocrinol Metab., 86*(11), 5420.

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 y. *Am J Clin Nutr, 59*(4), 810.

Haggerty, R., Roghmann, K., & Pless, I. (1975). *Child health and the community*.New York: John Wiley & Sons Inc.

Hales, C. N., & Barker, D. J. (1992). Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus: The thrifty phenotype hypothesis. *Diabetologia, 35*(7), 595-601.

Hammen, C. (1997). *Depression*.Padstow, Cornwall: Psychology Press Ltd.

Hanley, A., Harris, S., Mamakeesick, M., Goodwin, K., Fiddler, E., Hegele, R., et al. (2005). Complications of type 2 diabetes among aboriginal canadians. *Diabetes Care, 28*(8), 2054-2057.

Hanley, A. J., Harris, S. B., Gittelsohn, J., Wolever, T. M., Saksvig, B., & Zinman, B. (2000). Overweight among children and adolescents in a native canadian community: Prevalence and associated factors. *Am J Clin Nutr., 71*(3), 693.

Hanna, J., & Torzillo, P. (1991). Acute respiratory infections in australian aboriginal children: Current knowledge and future requirements. *P N G Med J, 34*(3), 204-210.

Hanrahan, J. P., Tager, I. B., Segal, M. R., Tosteson, T. D., Castile, R. G., Van Vunakis, H., et al. (1992). The effect of maternal smoking during pregnancy on early infant lung function. *Am Rev Respir Dis, 145*(5), 1129-1135.

Harder, T., Rodekamp, E., Schellong, K., Dudenhausen, J. W., & Plagemann, A. (2007). Birth weight and subsequent risk of type 2 diabetes: A meta-analysis. *Am J Epidemiol, 165*(8), 849-857.

Harper, S. (2008, June 11). Prime minister harper offers full apology on behalf of canadians for the indian residential schools system. from http://pm.gc.ca/eng/media.asp?id=2149

Harris, S., Zinman, B., Hanley, A., Gittelsohn, J., Hegele, R., Connelly, P., et al. (2002). In impact of diabetes on cardiovascular risk factors and outcomes in a native canadian population. *Diabetes Research and Clinical Practice, 55*(165-173).

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), 1422-1425.

Harris, S. B., Gittelsohn, J., Hanley, A., Barnie, A., Wolever, T. M., Gao, J., et al. (1997). The prevalence of niddm and associated risk factors in native canadians. *Diabetes Care, 20*(2), 185-187.

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 entity among first nations people of north western ontario. *Can Fam Physician, 42*, 869-876.

Harris, S. B., Zinman, B., Hanley, A., Gittelsohn, J., Hegele, R., Connelly, P. W., et al. (2002). The impact of diabetes on cardiovascular risk factors and outcomes in a native canadian population. *Diabetes Res Clin Pract, 55*(2), 165.

Haustein, K. O. (2003). Tobacco or health? Physiological and social damages caused by tobacco smoking.Berlin; New York: Springer.

Hawley, D., & Wolfe, F. (1993). Depression is not more common in rheumatoid arthritis: A 10 year longitudinal study of 6,153 patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology, 20*, 2025-2031.

Health Canada. (1994). Mercury and human health.

Health Canada. (1999). Diabetes in Canada: National statistics and opportunities for improved surveillance, prevention, and control (Report). Ottawa: Centre for Chronic Disease Prevention and Control, Health Canada.

Health Canada. (2000). Diabetes among aboriginal people in Canada: The evidence. In H. Canada (Ed.):Health Canada.

Health Canada. (2000). Diabetes in Canada, national statistics and opportunities for improved surveillance, prevention and control. In H. P. Branch (Ed.) (pp. 70, xiii, 76). Ottawa: Laboratory Centre for Disease Control, Bureau of Cardio-Respiratory Diseases & Diabetes, Diabetes Division.

Health Canada. (2000). Statistical profile on the health of first nations in Canada. In F. N. a. I. Branch (Ed.).

Health Canada. (2002). A report on mental illnesses in Canada.

Health Canada. (2002). Tuberculosis elimination strategy: Tb in first nations communities. Retrieved August, 2005, from http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/phcph/tuberculosis/tb_fni_communities.htm

Health Canada. (2003). Arthritis in Canada. An ongoing challenge. In H. Canada (Ed.).

Health Canada. (2003). *The statistical profile on health of first nations in canada*.Ottawa: Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.

Health Canada. (2005). A statistical profile on the health of first nations in Canada for the year 2000. In H. Canada (Ed.).

Health Canada. (2005). The statistical profile on the health of first nations in Canada for the year of 2000.

Health Council of Canada. (2005). The health status of canda's first nations, métis and inuit peoples: A background paper to accompany "health care renewal in Canada: Accelerating change".

Heaman, M. C., Karen. (2005). Prevalence and correlates of smoking during pregnancy: A comparison of aboriginal and nonaboriginal women in manitoba. *Birth, 32*(4), 299-305.

Hegele, R. A., Sun, F., Harris, S. B., Anderson, C., Hanley, A. J., & Zinman, B. (1999). Genome-wide scanning for type 2 diabetes susceptibility in canadian oji-cree, using 190 microsatellite markers. *J Hum Genet, 44*(1), 10.

Helgeson, V., & Reynolds, K. (2002). Social psychological aspects of chronic disease. In A. Christensen & M. Antoni (Eds.), *Chronic physical disorders: Behavioral medicine's perspective*.Padstow, Cornwall: Blackwell Publishers.

Helin, S. (2002). Aboriginal homelessness, prince rupert and port edward: An assets and gap review of existing services for the homeless.Prince Rupert: Prince Rupert Steering Committee on Aboriginal Homelessness.

Hildes, J. A., & Schaefer, O. (1984). The changing picture of neoplastic disease in the western and central canadian arctic (1950-1980). *Can Med Assoc J, 130*(1), 25-32.

Hippisley-Cox, J., Fielding, K., & Pringle, M. (1998). Depression as a risk factor for ischaemic heart disease in men: Population based case-control study. *BMJ, 316*, 1714-1719.

Hirsch, R. F., RJ; Pillemer, SR; Hochberg, MC; Lane, NE; Altman, RD; Bloch DA; Knowler WC; Bennett PH. (1998). Hip osteoarthritis prevalence estimates by three radiographic scoring systems. *Arthritis and Rheumatism., 41*(2), 361-368.

Ho, L., Gittelsohn, J., Harris, S., & Ford, E. (2006). Development of an integrated diabetes prevention program with first nations in Canada. *Health Promotion International, 21*(2), 88-97.

Hod, M. (2003). *Textbook of diabetes and pregnancy*.London; New York; Independence, KY: Martin Dunitz; Distributed in the USA by Taylor & Francis.

Hoeppner, V. H., & Marciniuk, D. D. (2000). Tuberculosis in aboriginal canadians. *Can Respir J, 7*(2), 141-146.

Horsten, M., Mittleman, M., Wamala, S., Schenck-Gustafsson, & Orth-Gomér, K. (2000). Depressive symptoms and lack of social integration in relation to prognosis of chd in middle-aged women: The stockholm female coronary risk study. *European Heart Journal, 21*(1072-80).

Horta, B. L., Victora, C. G., Menezes, A. M., Halpern, R., & Barros, F. C. (1997). Low birthweight, preterm births and intrauterine growth retardation in relation to maternal smoking. *Paediatr Perinat Epidemiol, 11*(2), 140.

Houston, C. S., Weiler, R. L., & MacKay, R. W. (1979). Native children's lung. *J Can Assoc Radiol, 30*(4), 218-222.

Howard, B., Lee, E., Cowan, L., Fabsitz, R., Howard, J., Oopik, A., et al. (1995). Coronary heart disease prevalence and its relation to risk factors in american indians. *American Journal of Epidemiology, 142*(3), 254-268.

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.

Hull, J., Research, Analysis, D., & Indian and Northern Affairs, C. (2000). *Aboriginal post-secondary education and labour market outcomes Canada, 1996*:Research & Analysis Directorate, Indian and Northern Affairs Canada.

Humphrey, M. H., D. (2000). A prospective study of gestation and birthweight in aboriginal pregnancies in far north queensland. *Aust N Z J Obstet Gynaecol, 40*(3), 326-330.

Hwang, S. W. (2001). Homelessness and health. *Canadian Medical Association Journal, 164*(2), 229-233.

Hwang, S. W., & Bugeja, A. L. (2000). Barriers to appropriate diabetes management among homeless people in toronto. *Canadian Medical Association Journal, 163*(2), 161-165.

Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C., Lie, S. A., & Lundervold, A. J. (2007). Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large-scale population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(8), 785–792.

ICD-10, I. C. o. D. (2006). Diseases of musculoskeletal and connective tissue.

INAC, I. a. N. A. C. (2004). Measuring first nations well-being. In INAC. (Ed.).

Indian and Northern Affairs. (2005). First nations housing. Retrieved August 13, 2008, from http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/info/info104_e.html

Indian Residential Schools Resolution Canada [IRSRC]. (n.d.). The residential school system historical overview. *History* Retrieved January 28, 2008, from http://www.irsr-rqpi.gc.ca/english/history.html

Jackson-Triche, M., Sullivan, J. G., Wells, K., Rogers, W., Camp, P., & Mazel, R. (2000). Depression and health-related quality of life in ethnic minorities seeking care in general medical settings. *Journal of Affective Disorders, 58*, 89-97.

Jacobson, A. M., De Groot, M., & Samson, J. A. (1994). The evaluation of two measures of quality of life in patients with type i and type ii diabetes. *Diabetes Care, 17*(4), 267-274.

Jacobson, A. M., de Groot, M., & Samson, J. A. (1997). The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with type i and type ii diabetes mellitus. *Quality of Life Research, 6*, 11-20.

Jacobson, L. T. H., Robert L; Knowler, WC; Pillemer, Stanley; Pettitt, DJ; McCannce, DR; Bennett, PH. (1994). Decreasing incidence and prevalence of rheumatoid arthritis in pima indians over a twenty-five-year period. *Arthritis and Rheumatism., 37*(8), 1158-1165.

Jacono, J., Jacono, B., Cano, P., Segami, M., & Rubin, L. (1996). An epidemiological study of rheumatoid arthritis in a northern ontario clinical practice: The role of ethnicity. *Journal of Advanced Nursing, 24*(1), 31-35.

Jin, A., Martin, D., & Sarin, C. (2002). Diabetes mellitus in the first nations population of british columbia, Canada: Part 1. Mortality. *International Journal of Circumpolar Health, 61*, 251-264.

Jin, A., Martin, D., & Sarin, C. (2002). Diabetes mellitus in the first nations population of british columbia, Canada: Part 2. Hospital morbidity. *International Journal of Circumpolar Health, 61*, 254-259.

John, R. H. H. C. K., DS. (2000). The impact of arthritis on american indian and alaska native elders. *The IHS Provider., May*, 78.

Johnston, D. (1997). Hypertension. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*.Cambridge: Cambridge University Press.

Jones, R., Yates, W., Williams, S., Zhou, M., & Hardman, L. (1999). Outcome for adjustment disorder for depressed mood: Comparison with other mood disorders. *Journal of Affective Disorders, 55*, 55-61.

Kajantie, E., Barker, D. J., Osmond, C., Forsen, T., & Eriksson, J. G. (2008). Growth before 2 years of age and serum lipids 60 years later: The helsinki birth cohort study. *Int J Epidemiol, 37*(2), 280-289.

Kallen, K. (2001). The impact of maternal smoking during pregnancy on delivery outcome. *Eur J Public Health., 11*(3), 329-333.

Kasprow, W. J., & Rosenheck, R. A. (1998). Substance use and psychiatric problems of homeless native american veterans. *Psychiatric Services, 49*(3), 345-350.

Katon, W., & Sullivan, M. (1990). Depression and chronic medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry, 51*(6 (Suppl)), 3-11.

Kawakami, N., Takatsuka, N., Shimizu, H., & Ishibashi, H. (1999). Depressive symptoms and occurrence of type 2 diabetes among japanese men. *Diabetes Care, 22*(7), 1071-1076.

Keawe'aimoku Kaholokula, J., Haynes, S., Grandinetti, A., & Chang, H. (2006). Ethnic differences in the relationship between depressive symptoms and health-related quality of life in people with type 2 diabetes. *Ethn Health, 11*(1), 59-80.

Kee, C. (2003). Older adults with osteoarthritis: Psychological status and physical function. *Journal of Gerontological Nursing, 29*(12), 26-34.

Kelly, M., Link, R., & Reading, J. (2009). Challenging the stereotype: A portrait of healthy indigenous youth participants at the cowichan (british columbia, Canada) 2008 north american indigenous games:UVic.

King, D. (2006). A brief report of the federal government of canada's residential school system for inuit.Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.

Kirmayer, L., Brass, G., & Tait, C. (2000). The mental health of aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 607-615.

Kirmayer, L., Fletcher, C., Corin, E., & Boothroyd, L. (1994). Inuit concepts of mental health and illness: An ethnographic study. In C. M. H. R. U. R. N. 4 (Ed.).

Kirmayer, L., Simpson, C., & Cargo, M. (2003). Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with canadian aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry, 11*(Supplement), S15-S23.

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*, 607 - 616.

Kliewer, E., Mayer, T., & Wajda, A. (2002). The health of manitoba's métis population and their utilization of medical services: A pilot study:Winnipeg: Cancer Care Manitoba and Manitoba Health.

Knol, M., Twisk, J., BEEKMAN, A. T. F., Heine, R., Snoek, F., & Pouwer, F. (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia, 49*, 837-845.

Koch, A., Molbak, K., Homoe, P., Sorensen, P., Hjuler, T., Olesen, M. E., et al. (2003). Risk factors for acute respiratory tract infections in young greenlandic children. *Am J Epidemiol, 158*(4), 374-384.

Kramer, J., Harker, J., & Wong, A. (2002). Arthritis beliefs and self-care in an urban american indian population. *Arthritis & Rheumatism, 47*(6), 588-594.

Kue Young, T., Kliewer, E., Blansharg, J., & Mayer, T. (2000). Monitoring disease burden and preventative behaviour with data linkage: Cervical cancer among aboriginal people in manitoba, Canada. *AJPH, 90*(9), 1466-1468.

Kuh, D., & Ben-Shlomo, Y. (Eds.). (2004). *A life course approach to chronic disease epidemiology* (2nd Ed. ed.). New York: Oxford University Press.

Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health, 57*(10), 778-783.

Kumanyika, S. (1993). Ethnicity and obesity development in children. *Ann N Y Acad Sci., 699*, 81.

Kurzius-Spencer, M., Wind, S., Van Sickle, D., Martinez, P., & Wright, A. (2005). Presentation and treatment of asthma among native children in southwest alaska delta. *Pediatr Pulmonol, 39*(1), 28-34.

Lagacé, C., Perruccio, A., DesMeules, M., & Badley, E. (2003). The impact of arthritis on canadians. In *Arthritis in Canada: An ongoing challenge*:Health Canada.

Lando, J., Williams, S. M., Williams, B., & Sturgis, S. (2006). A logic model for the integration of mental health into chronic disease prevention and health promotion. *Preventing Chronic Disease - Public Health Research, Practice, and Policy, 3*(2).

Langner, N. R., & Steckle, J. M. (1991). National database on breastfeeding among indian and inuit women: Canada 1988. *Arctic Med Res, Suppl*, 563-565.

Lavigne, J., & Faier-Routman, J. (1992). Psychological adjustment to pediatric physical disorders: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology, 17*(2), 133-157.

Lawlor, D. A., & Smith, G. D. (2005). Early life determinants of adult blood pressure. *Curr Opin Nephrol Hypertens, 14*(3), 259.

Lawrence, R., & Martin, D. (2001). Moulds, moisture and microbial contamination of first nations housing in british columbia, Canada. *Int J Circumpolar Health, 60*(2), 150-156.

Lawrence, R. H., CG; Arnett, FC, Deyo, R. F., DT; Giannini, EH; Heyse, SP; Hirsch, R, & Hochberg, M. H., GG; Liang, MH; PIllmer, SR; Steen, VD; Wolfe F. (1998). Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the united states. *Arthritis & Rheumatism, 41*(5), 778-799.

Leach, A. J. (1999). Otitis media in australian aboriginal children: An overview. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 49 Suppl 1*, S173-178.

Leach, A. J., & Morris, P. S. (2001). Perspectives on infective ear disease in indigenous australian children. *J Paediatr Child Health, 37*(6), 529-530.

Lee, K. K. (2000). Urban poverty in Canada: A statistical profile. from http://www.ccsd.ca/pubs/2000/up/

Lefley, H. P. (1990). Culture and chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry, 41*(3), 277-286.

Leslie, W. D., S; Prior, HL; Lix, LM; Metge, C; O'Neil J. (2006). The interaction of ethnicity and chronic disease as risk factors for osteoporotic fractures: A comparison in canadian aboriginals and non-aboriginals. *Osteoporosis Int, 17*, 1358-1368.

Lesperance, F., Frasure-Smith, N., & Talajic, M. (1996). Major depression before and after myocardial infarction: Its nature and consequences. *Psychosomatic Medicine, 58*, 99-110.

Lewiecki, M. S., SL. (2006). Redefining osteoporosis treatment: Who to treat and how long to treat. *Arq Bras Endocrinol Metab, 50*(4), 694-704.

Lewis, T. C., Stout, J. W., Martinez, P., Morray, B., White, L. C., Heckbert, S., et al. (2004). Prevalence of asthma and chronic respiratory symptoms among alaska native children. *CHEST, 125*, 1665-1673.

Lidgren, L. (2003). The bone and joint decade 2000-2010. In WHO (Ed.), *Bulletin of the WHO* (pp. 629): WHO.

Lin, E., Katon, W., Von Korff, M., Tang, L., Williams, J., Kroenke, K., et al. (2003). Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis. *JAMA, 290*(18), 2428-2434.

Linscott, R. J., Marie, D., Arnott, K. L., & Clark, B. L. (2006). Over-representation of maori new zealanders among adolescents in a schizotypy taxon. *Schizophrenia Research, 84*, 289-296.

Liu, L. L., Stout, J. W., Sullivan, M., Solet, D., Shay, D. K., & Grossman, D. C. (2000). Asthma and bronchiolitis hospitalizations among american indian children. *Arch Pediatr Adolesc Med, 154*(10), 991-996.

Logan, T. E. (2001). Lost generations: The silent métis of the residential school system - revised interim report.Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.

Loppie Reading, C., & Wien, F. (2009). *Health inequalities and social determinants of aboriginal peoples' health*.Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

Lustman, P., Anderson, R., Freedland, K., Groot, M. d., Carney, R., & Clouse, R. (2000). Depression and poor glycemic control: A meta-analysis review of the literature. *Diabetes Care, 23*(7), 934-942.

Lustman, P., Clouse, R., Griffith, L., Carney, R., & Freedland, K. (1997). Screening for depression in diabetes using the beck depression inventory. *Psychosomatic Medicine, 59*, 24-31.

Lustman, P., Griffith, L., Freedland, K., Kissel, S., & Clouse, R. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med, 129*, 613-621.

Lynch, J., & Smith, G. D. (2005). A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annu Rev Public Health, 26*, 1-35.

Macaulay, A., Harris, S., Lévesque, L., Cargo, M., Ford, E., Salsberg, J., et al. (2003). Primary prevention of type 2 diabetes: Experiences of 2 aboriginal communities in Canada. *Canadian Journal of Diabetes, 27*(4), 464-475.

Macaulay, A. C., Hanusaik, N., & Beauvais, J. E. (1991). Breastfeeding in the mohawk community of kahnawake: Revisited and redefined. *Arctic Med Res, Suppl*, 581-585.

Mackinko, B., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (oecd) countries, 1970-1998. *HSR: Health Services Research, 38*, 831-865.

MacMillan, H. L., MacMillan, A. B., Offord, D. R., & Dingle, J. L. (1996). Aboriginal health. *Cmaj, 155*(11), 1569-1578.

Malatest, R. A. (2004). Aboriginal peoples and post-secondary education: What educators have learned.Montreal, QC: Canada Millennium Scholarship Foundation.

Mann, S. L., Wadsworth, M. E., & Colley, J. R. (1992). Accumulation of factors influencing respiratory illness in members of a national birth cohort and their offspring. *J Epidemiol Community Health, 46*(3), 286-292.

Mao, Y., McCourt, C., Morrison, H., Pepin-Laplante, O., Semenciw, R., Silins, J., et al. (1984). Community-based mortality surveillance: The maniwaki experience investigation of excess mortality in a community. *Can J Public Health, 75*(6), 429-433.

Mao, Y., Moloughney, B. W., Semenciw, R. M., & Morrison, H. I. (1992). Indian reserve and registered indian mortality in Canada. *Can J Public Health, 83*(5), 350-353.

Mao, Y., Morrison, H., Semenciw, R., & Wigle, D. (1986). Mortality on canadian indian reserves 1977-1982. *Can J Public Health, 77*(4), 263-268.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet, 365*, 1099-1104.

Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (1999). *Social determinants of health*.New York: Oxford University Press.

Marmot, M. G. K., M; Elston, MA. (1987). Social / economic status and disease. *Annual Reviews Public Health, 8*, 111-135.

Marmot, M. G. S., N. (1998). Mastering the control factor. Part two. *The health report*, 2007

Marrett, L. C., M. (2003). Cancer incidence and mortality in ontario first nations, 1968-1991 (Canada). *Cancer Causes & Control: CCC [Cancer Causes Control], 14*, 259-268.

Marrett, L. D., & Chaudhry, M. (2003). Cancer incidence and mortality in ontario first nations, 1968-1991 (Canada). *Cancer Causes & Control, 14*(3), 259-268.

Marrett, L. D., Jones, C. R., & Wishart, K. (2004). *First nations cancer research and surveillance priorities for canada*.Ottawa: Cancer Care.

Martin, B. D., & Macdonald, S. M. (1998). The management of ear disease: Guidelines for aboriginal health care programs. *Int J Circumpolar Health, 57 Suppl 1*, 268-275.

Matthews, D. D. (2003). *Diabetes sourcebook*.Detroit, Mich.: Omnigraphics.

Maxim, P. S., White, J. P., Whitehead, P. C., & Beavon, D. (2000). An analysis of wage and income inequality - dispersion and polarization of income among aboriginal and non-aboriginal canadians.London: University of Western Ontario.

Maxwell, G. M. (1972). Chronic chest disease in australian aboriginal children. *Arch Dis Child, 47*(256), 897-901.

Mayor's Homelessness Action Task Force. (1999). Taking responsibility for homelessness.Toronto: City of Toronto.

Mayou, R., Bryant, B., & Turner, R. (1990). Quality of life in non-insulin-dependent diabetes and a comparison with insulin-dependent diabetes. *Journal of Psychosomatic Research, 34*(1), 1-11.

Mc Ewan, B. S., N. (1998). Good stress and bad stress. Mastering the control factor. Part three. *The health report*, 2007

McCubbin, H., Thompson, E., Thompson, A., McCubbin, M., & Kaston, A. (1993). Culture, ethnicity, and the family: Critical factors in childhood chronic illnesses and disabilities. *Pediatrics, 91*(5), 1063-1070.

McEwen, B. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: Central role of the brain. *Dialogues Clin Neurosci, 8*(4), 367-381.

McGill, J., Lustman, P., Griffith, L., Freedland, K., Gavard, J., & Clouse, R. (1992). Relationship of depression to compliance with self-monitoring of blood glucose [abstract]. *Diabetes, 41*, 84A.

McIntyre, L. (2003). Food security: More than a determinant of health. *POLICY, 47*, 46.

McIntyre, L., & Shah, C. P. (1986). Prevalence of hypertension, obesity and smoking in three indian communities in northwestern ontario. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, 134*(4), 345.

McKinlay, J., & Marceau, L. (2000). Us public health and the 21st century: Diabetes mellitus. *The Lancet, 356*, 757-761.

Meatherall, B., Garrett, M., Kaufert, J., Martin, B., Fricke, M., Arneja, A., et al. (2005). Disability and quality of life in canadian aboriginal and non-aboriginal diabetic lower-extremity amputees. *Arch Phy Med Rehabil, 86*, 1594-1602.

Med-Help. (2005, March 4, 2004). Ear infection: Otitis media. Medical Library Retrieved July 19, 2005, from http://www.med-help.net/OtitisMedia.html

Mendelson, M. (2004). Aboriginal people in canada's labour market: Work and unemployment, today and tomorrow. (Vol. 1). Ottawa: The Caledon institute of social policy.

Menzies, D., Tannenbaum, T. N., & FitzGerald, J. M. (1999). Tuberculosis: 10. Prevention. Cmaj, 161(6), 717-724.

Métis National Council. (2006). Preliminary assessment of diabetes programs for métis peoples.

Miauton, L., Narring, F., & Michaud, P.-A. (2003). Chronic illness, life style and emotional health in adolescence: Results of a cross-sectional survey on the health of 15-20-year-olds in switzerland. Eur J Pediatr, 162, 682–689.

Middaugh, J. P. (1990). Cardiovascular deaths among alaskan natives, 1980-86. Am J Public Health, 80(3), 282.

Millar, W. J. (1992). Place of birth and ethnic status: Factors associated with smoking prevalence among canadians. Health Rep, 4(1), 7-24.

Mitchell, T. L., & Maracle, D. T. (2005). Healing the generations: Post-traumatic stress and the health status of aboriginal populations in Canada. Journal of Aboriginal Health, 2(1), 14-25.

Mohamed, N., & Dooley, J. (1998). Gestational diabetes and subsequent development of niddm in aboriginal women of northwestern ontario. Int J Circumpolar Health, 57 Suppl 1, 355-358.

Mohsin, M. B., AE; Jalaludin, B. (2005). The influence of antenatal and maternal factors on stillbirths and neonatal deaths in new south wales, austarlia. Journal of Biosoc. Sci.

Montgomery, J. M., Lehmann, D., Smith, T., Michael, A., Joseph, B., Lupiwa, T., et al. (1990). Bacterial colonization of the upper respiratory tract and its association with acute lower respiratory tract infections in highland children of papua new guinea. Rev Infect Dis, 12 Suppl 8, S1006-1016.

Montour, L. T., Macaulay, A. C., & Adelson, N. (1989). Diabetes mellitus in mohawks of kahnawake, pq: A clinical and epidemiologic description. CMAJ, 141(6), 549.

Moody-Ayers, S., Lindquist, K., Sen, S., & Covinsky, K. E. (2007). Childhood social and economic well-being and health in older age. Am J Epidemiol, 166(9), 1059-1067.

Moore, V. M., & Davies, M. J. (2005). Diet during pregnancy, neonatal outcomes and later health. Reprod Fertil Dev, 17(3), 341.

Moran, D. J., Waterford, J. E., Hollows, F., & Jones, D. L. (1979). Ear disease in rural australia. Med J Aust, 2(4), 210-212.

Morris, K. (2007). (a literature review) re-examining issues behind the loss of family and cultural and the impact on aboriginal youth suicide rates. First Peoples Child & Family Review, 3(1), 133-142.

Morris, P. S. (1998). A systematic review of clinical research addressing the prevalence, aetiology, diagnosis, prognosis and therapy of otitis media in australian aboriginal children. J Paediatr Child Health, 34(6), 487-497.

Morrison, H. I., Semenciw, R. M., Mao, Y., & Wigle, D. T. (1986). Infant mortality on canadian indian reserves 1976-1983. Can J Public Health, 77(4), 269-273.

Mowry, B., Lennon, D., & De Felice, C. (1994). Diagnosis of schizophrenia in a matched sample of australian aborigines. Acta Psychiatr Scand, 90, 337-341.

Murray, W. (1994). Environmental health:

Risks posed by pcbs. In S. a. T. Division (Ed.):Canada.

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 Sal'i'shan Institute.

Nagyoca, I., Stewart, R., Macejova, Z., van Dijk, J., & van de Heuval, W. (2005). The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: The mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. Patient Education and Counseling, 58, 55-62.

NAHO. (2004). What first nations think about their health and health care: The national aboriginal health organization's public opinion poll on first nations health and health care in canada.Ottawa: National Aboriginal Health Organization.

National Cancer Institute. (2002). Alcohol and cancer:US National Institutes of Health.

Newbold, K. (1998). Problems in search of solutions: Health and canadian aboriginals. Journal Of Community Health [J Community Health], 23(1), 59-73.

Newbold, K. B. (1998). Problems in search of solutions: Health and canadian aboriginals. J Community Health, 23(1), 59-73.

Newman, S. (1997). Rheumatoid arthritis. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds.), Cambridge handbook of psychology, health and medicine.Cambridge: Cambridge University Press.

Ng, C., Marshall, D., & Willows, N. D. (2006). Obesity, adiposity, physical fitness and activity levels in cree children. Int J Circumpolar Health, 65(4), 322-330.

Nicassio, P. (2008). The problem of detecting and managing depression in the rheumatology clinic. Arthritis & Rheumatism, 59(2), 155-158.

Nichols, G., & Brown, J. (2000). Does depression cause diabetes, or diabetes cause depression? Diabetes, 49((Suppl. 1)), A63.

Nielse, N. S., HH. Gaudette, LA. Lanier, AP. (1996). Cancer in circumpolar inuit 1969-1988. A summary. Acta Oncologica [Acta Oncol], 35(5), 621-628.

NSW Health. (2006). Chronic diseases in aboriginal communities. Aboriginal Chronic Care Program Retrieved August 15, 2008, from http://www.health.nsw.gov.au/health_pr/avhp/approach.html

O'Keeffe, N., & Ranjith, G. (2007). Depression, demoralisation or adjustment disorder? Understanding emotional distress in the severely medically ill. Clinical Medicine, 7(5), 478-481.

O'Neil, J., Reading, J., Bartlett, J., TK, Y., & J, K. (1999). Integrating a focus on aboriginal health reserach in the development of the canadian institutes of health research: A concept paper:CIHR.

O'Neil, J. D. (2000). Housing conditions and health: A review of the literature.Monteal, Que.: Grand Council of the Crees [Eeyou Istchee].

O'Neil, J. D. (2001). Chisasibi housing and health report.Montreal, Que.: Grand COuncil of the Crees [Eeyou Istchee].

O'Neill, J. (2007, April 27, 2007). Senate committee chastises Canada for its treatment of aboriginal children. *Ottawa Citizen*.

Oberle, P. R., & INAC. (1993). *The incidence of family poverty on canadian indian reserves*.Ottawa: Indian and Northern Affairs Canada.

Officer, B. C. H. (2002). Report on the health of british columbians. Provincial health officer's annual report 2001 - the health and well-being of aboriginal people in british columbia. In M. o. H. Planning (Ed.).

Okada, S., Ichiki, K., Tanokuchi, S., Ishii, K., Hamada, H., & Ota, Z. (1995). Improvement of stress reduces glycated hemoglobin levels in patients with type 2 diabetes. *Journal of International Medical Research, 23*, 119-122.

Ong, M., & Weeramanthri, T. (2002). Stress and worry are central issues for indigenous heart attack survivors in the northern territory. *Australian Journal of Primary Health, 8*(2), 17-20.

Ontario Federation of Indian Friendship Centres. (2004). Urban aboriginal child poverty background. Retrieved July 21, 2008, from http://www.ofifc.org/ofifchome/page/notes.htm

Ontario Program for Optimal, T. (2001). Ontario drug therapy guidelines for stable ischemic heart disease in primary care (pp. 34). Toronto: Ontario Program for Optimal Therapeutics.

Ormel, J., Kempen, G. I. J. M., Penninx, B. W. J. H., Brilman, E. I., Beekman, A. T. F., & Sonderen, E. V. (1997). Chronic medical conditions and mental health in older people: Disability and psychosocial resources mediate specific mental health effects. *Psychological Medicine, 27*, 1065-1077.

Orr, P., McDonald, S., Milley, D., & Brown, R. (2001). Bronchiolitis in inuit children from a canadian central arctic community, 1995-1996. *Int J Circumpolar Health, 60*(4), 649-658.

Paci, J., Dickson, C., Nickels, S., Furgal, C., &. (2004). *Food security of northern indigenous peoples in a time of uncertainty*. Paper presented at the The Resilient North - Human Responses to Global Change, Yellowknife, NWT.

Palacio-Quintin, E. (2000). Les services de garde et le dйveloppement de l'enfant. *ISUMA-Canadian Journal of Policy Research/Revue canadienne de recherche sur les politiques, 1*(2), 25-30.

PapScreen Victoria. (2006). Indigenous women urged: Have regular pap tests to prevent cervical cancer. from http://www.papscreen.org.au/article.asp?ContentID=Indigenous_pap_tests

Parker, G. (2005). Is depression a chronic illness? Parker opposes the motion. *Chronic Illness, 1*, 107-112.

Patten, S. (1999). Long-term medical conditions and major depression in the canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*, 151-157.

Penninx, B. W. J. H., Beekman, A. T. F., Ormel, J., Kriegsman, D., Boeke, J., van Eijk, J., et al. (1996). Psychological status among elderly people with chronic diseases: Does type of disease play a part? *Journal of Psychosomatic Research, 40*(5), 521-534.

Penninx, B. W. J. H., Leveille, S., Ferrucci, L., van Eijk, J., & Guralnik, J. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies for the elderly. *American Journal of Public Health, 89*(9), 1346-1352.

Peschken, C. A., & Esdaile, J. M. (1999). Rheumatic disieases in north america's indigenous peoples. *Seminars in Arthritis and Rheumatism., 28*(6), 368-391.

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 Med, 45*(1), 14-20.

Petterson, S. M., & Albers, A. B. (2001). Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child Dev, 72*, 1794-1813.

Pettitt, D. J., Forman, M. R., Hanson, R. L., Knowler, W. C., & Bennett, P. H. (1997). Breastfeeding and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in pima indians. *Lancet, 350*(9072), 166.

Pettitt, D. J., & Knowler, W. C. (1998). Long-term effects of the intrauterine environment, birth weight, and breast-feeding in pima indians. *Diabetes care, 21 Suppl 2*, B138.

Peyrot, M., & Rubin, R. (1997). Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care, 20*(4), 585-590.

Phoenix Kasten, B. (1999). Self-medication with alcohol and drugs by persons with severe mental illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 5*(3), 80-87.

Pirogowicz, I., Jezowiecka, M., Pomorski, M., Masztalerz-Migas, A., Zachara, M., Bury, A., et al. (2004). Active and passive exposure to tobacco smoke of pregnant women: Two-center study. *PrzeglaÃ¿d lekarski, 61*(10), 1016.

Plumb, J. D. (2000). Homelessness: Reducing health disparities, *Canadian Medical Association Journal* (Vol. 163, pp. 172-173): Can Med Assoc.

Pohar, S., & Johnson, J. (2007). Health care utilization and costs in saskatchewan's registered indian population with diabetes. *BMC Health Services Research, 7*(126).

Poulton, R., Caspi, A., Milne, B. J., Thomson, W. M., Taylor, A., Sears, M. R., et al. (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: A life-course study. *Lancet, 360*(9346), 1640-1645.

Power, C., Atherton, K., Strachan, D. P., Shepherd, P., Fuller, E., Davis, A., et al. (2007). Life-course influences on health in british adults: Effects of socio-economic position in childhood and adulthood. *Int J Epidemiol, 36*(3), 532-539.

Power, C., & Jefferis, B. J. (2002). Fetal environment and subsequent obesity: A study of maternal smoking. *Int J Epidemiol, 31*(2), 413-419.

Pratt, L., Ford, D., Crum, R., Armenian, H., Gallo, J., & Eaton, W. (1996). Depression, psychotropic medication and risk of myocardial infarction: Prospective data from the baltimore eca follow-up. *Circulation, 94*, 3123-3129.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., et al. (2007). No health without mental health. *Lancet, 370*(9590), 859-877.

Public Health Agency of Canada. (2002). Tuberculosis in canadian-born aboriginal peoples. Retrieved August, 2005, from http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/tbcbap-tbpac/special_report_e.html

Public Health Agency of Canada. (November 1998). Canada's perinatal surveillance system: Breastfeeding. from http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/factshts/brstfd_e.html

Quintero, G. (2000). "the lizard in the green bottle": "aging out" of problem drinking among navajo men. *Social Science & Medicine, 51*, 1031-1045.

Rasmussen, C., Horne, K., & Witol, A. (2006). Neurobehavioral functioning in children with fetal alcohol spectrum disorder. *Child Neuropsychology, 12*, 453-468.

Reading, J. (1999). *An examination of residential schools and elder health*.Ottawa: The Assembly of First Nations Resource Centre.

Reading, J. L., Kmetic, A., & Gideon, V. (2007). First nations wholistic policy and planning manual: Discussion paper for the world health organization commission on social determinants of health:Assembly of First Nations.

Reilly, J. J., Armstrong, J., Dorosty, A. R., Emmett, P. M., Ness, A., Rogers, I., et al. (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: Cohort study. *BMJ (Clinical research ed.), 330*(7504), 1357.

Retnakaran, R., Hanley, A. J. G., Connelly, P. W., Harris, S. B., & Zinman, B. (2005). Cigarette smoking and cardiovascular risk factors among aboriginal canadian youths. *Canadian Medical Association Journal, 173*(8), 885-889.

RHS, F. N. R. L. H. S., 2002/2003. (2002/2003). Rhs, first nations regional longitudinal health survey. In *Rhs 2002/2003*:First Natioins and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee.

Ring, I. T., & Brown, N. (2002). Indigenous health: Chronically inadequate responses to damning statistics. *Med J Aust, 177*(11-12), 629-631.

Ritchie, A. J., & Reading, J. L. (2004). Tobacco smoking status among aboriginal youth. *Int J Circumpolar Health, 63 Suppl 2*, 405-409.

Roberts, R., & Roberts-Thomson, P. (1999). Rheumatic diseases in the australian aborigine. *Ann Rheum Dis, 58*, 266-270.

Robin, R. W., Chester, B., Rasmussen, J. K., Jaranson, J. M., & Goldman, D. (1997). Prevalence and characteristics of trauma and posttraumatic stress disorder in a southwestern american indian community. *American Journal of Psychiatry, 154*(11), 1582-1588.

Robin, R. W., Gottesman, I. I., Albaugh, B., & Goldman, D. (2007). Schizophrenia and psychotic symptoms in families of two american indian tribes. *BMC Psychiatry, 7*(30).

Rock, M. (2003). Sweet blood and social suffering: Rethinking cause-effect relationships in diabetes, distress and duress. *Medical Anthropology, 22*, 131-174.

Rodrigues, S., Robinson, E., & Gray-Donald, K. (1999). Prevalence of gestational diabetes mellitus among james bay cree women in northern quebec. *CMAJ, 160*(9), 1293-1297.

Rodrigues, S., Robinson, E. J., Kramer, M. S., & Gray-Donald, K. (2000). High rates of infant macrosomia: A comparison of a canadian native and a non-native population. *J Nutr, 130*(4), 806-812.

Rosemann, T., Backenstrass, M., Joest, K., Rosemann, A., Szecsenyi, J., & Laux, G. (2007). Predictors of depression in a sample of 1,021 primary care patients with osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism, 57*(3), 415-422.

Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Brunette, M. F., Wolford, G. L., & Marsh, B. J. (2005). Hepatitis c virus and hiv co-infection in people with severe mental illness and substance use disorders. *AIDS, 19*(Supplement 3), S26-S33.

Rosenberg, T., & Martel, S. (1998). Cancer trends from 1972-1991 for registered indians living on manitoba reserves. *Int J Circumpolar Health, 57*(Supp1), 391-398.

Rosina, R., Crisp, J., & Steinbeck, K. (2003). Treatment adherence of youth and young adults with and without a chronic illness. *Nursing and Health Sciences, 5*, 139-147.

Ross, D., & Roberts, P. (2000). Family income and child well-being. *Isuma - Canadian Journal of Policy Research, 1*(2), 51-54.

Ross, D., Shillington, R., & Lochhead, C. (1994). *The canadian fact book on poverty 1994*:Canadian Council on Social Development.

Rothe, J. P. (2005). Towards a better understanding of first nations communities and drinking and driving. *International Journal of Circumpolar Health, 64*(4), 336-345.

Rozanski, A., Blumenthal, J., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation, 99,* 2192-2217.

Rubin, R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 15,* 205-218.

Rush, A., Polatin, P., & Gatchel, R. (2000). Depression and chronic low back pain: Establishing prorities in treatment. *Spine, 25*(20), 2566-2571.

Rutter, M., Graham, P., & Yule, W. (1970). *A neuropsychiatric study in childhood*:London: Spastics International Medical Publications.

Sacco, W., Wells, K., Friedman, A., Matthew, R., Perez, S., & Vaughan, C. (2007). Adherence, body mass index, and depression in adults with type 2 diabetes: The mediational role of diabetes symptoms and self-efficacy. *Health Psychology, 26*(6), 693-700.

Saggers, S., & Gray, D. (1998). *Dealing with alcohol: Indigenous usage in australia, new zealand and canada*.Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Sahmoun, A., Markland, M., & Helgerson, S. (2007). Mental health status and diabetes among whites and native americans: Is race an effect modifier? *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 18,* 599-608.

Sawchuk, C. N., Roy-Byrne, P., Goldberg, J., Manson, S. M., Noonan, C., Beals, J., et al. (2005). The relationship between post-traumatic stress disorder, depression and cardiovascular disease in an american indian tribe. *Psychological Medicine, 35,* 1785-1794.

Schaefer, O., Hildes, J. A., Medd, L. M., & Cameron, D. G. (1975). The changing pattern of neoplastic disease in canadian eskimos. *Can Med Assoc J, 112*(12), 1399-1404.

Schonfeld, W. H., Verboncoeur, C. J., Fifer, S. K., Lipschutz, R. C., Lubeck, D. P., & Buesching, D. P. (1997). The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *J Affect Disord, 43*(2), 105-119.

Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bromet, E., Fayyad, J., et al. (2008). Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: Results from the world mental health surveys. *Psychological Medicine, doi:10.1017/S0033291708003188*.

Serdula, M. K., Ivery, D., Coates, R. J., Freedman, D. S., Williamson, D. F., & Byers, T. (1993). Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Prev Med, 22*(2), 167.

Shah, B., Hux, J., & Zinman, B. (2000). Increasing rates of ischemic heart disease in the native population of ontario, Canada. *Arch Intern Med, 160,* 1862-1866.

Shah, B. R., Hux, J. E., & Zinman, B. (2000). Increasing rates of ischemic heart disease in the native population of ontario, Canada. *Arch Intern Med, 160*(12), 1862.

Shah, N. B., MB. (2000). A systematic review and meta-analysis of prospective studies on the association between maternal cigarette smoking and preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol., 182*(2), 465-472.

Shaheen, S. O., Barker, D. J., Shiell, A. W., Crocker, F. J., Wield, G. A., & Holgate, S. T. (1994). The relationship between pneumonia in early childhood and impaired lung function in late adult life. *Am J Respir Crit Care Med, 149*(3 Pt 1), 616-619.

Shaheen, S. O., Sterne, J. A., Tucker, J. S., & Florey, C. D. (1998). Birth weight, childhood lower respiratory tract infection, and adult lung function. *Thorax, 53*(7), 549-553.

Silverman, B. L., Rizzo, T. A., Cho, N. H., & Metzger, B. E. (1998). Long-term effects of the intrauterine environment. The northwestern university diabetes in pregnancy center. *Diabetes care, 21 Suppl 2*, B142.

Simpson, S., Corabian, P., Jacobs, P., & Johnson, J. (2003). The cost of major comorbidity in people with diabetes mellitus. *Canadian Medical Association Journal, 168*(13), 1661-1667.

Sin, D. D., Sharpe, H. M., Cowie, R. L., & Man, S. F. (2004). Spirometric findings among school-aged first nations children on a reserve: A pilot study. *Can Respir J, 11*(1), 45-48.

Sin, D. D., Spier, S., Svenson, L. W., Schopflocher, D. P., Senthilselvan, A., Cowie, R. L., et al. (2004). The relationship between birth weight and childhood asthma: A population-based cohort study. *Arch Pediatr Adolesc Med, 158*(1), 60-64.

Sin, D. D., Wells, H., Svenson, L. W., & Man, S. F. (2002). Asthma and copd among aboriginals in alberta, Canada. *Chest, 121*(6), 1841-1846.

Sinclair, R. (2007). Identity lost and found: Lessons from the sixties scoop. *First Peoples Child & Family Review, 3*(1), 65-82.

Singer, M., Hopman, W., & MacKenzie, T. (1999). Physical functioning and mental health in patients with chronic medical conditions. *Quality of Life Research, 8*, 687-691.

Singh, P., Looker, H., Hanson, R., Krakoff, J., Bennett, P., & Knowler, W. (2004). Depression, diabetes, and glycemic control in pima indians. *Diabetes Care, 27*(2), 618-619.

Skeiky, Y. A., & Sadoff, J. C. (2006). Advances in tuberculosis vaccine strategies. *Nat Rev Microbiol, 4*(6), 469-476.

Skinner, P., & Silverman-Peach, D. (1989). Diabetes and native americans: Socio-cultural change, stress and copin.

Skye Nicholas, J. Z. C. (2002). Osteoporosis in native americans. *The IHS Provider., May*, 94-101.

Sleath, B., Chewning, B., de Vellis, B., Weinberger, M., de Vellis, R., Tudor, G., et al. (2008). Communication about depression during rheumatoid arthritis patient visits. *Arthritis & Rheumatism, 59*(2), 186-191.

Smeja, C., & Brassard, P. (2000). Tuberculosis infection in an aboriginal (first nations) population of Canada. *Int J Tuberc Lung Dis, 4*(10), 925-930.

Smith, G. D., Hart, C., Blane, D., Gillis, C., & Hawthorne, V. (1997). Lifetime socioeconomic position and mortality: Prospective observational study. *BMJ (Clinical research ed.), 314*(7080), 547.

Smith, J. R., & Klebanov, P. K. (1997). "consequences of living in poverty for young children's cognitive and verbal ability and early school achievement." in g. Duncan and j. Brooks-gunn (eds.) consequences of growing up poor. *New York: Russell Sage Foundation*, 132-189.

Smith, T., & Ruiz, J. (2002). Coronary heart disease. In A. Christensen & M. Antoni (Eds.), *Chronic physical disorders: Behavioral medicine's perspective*.Cornwall: Blackwell Publishers.

Smye, V., & Browne, A. J. (2002). 'cultural safety' and the analysis of health policy affecting aboriginal people. *Nurse Res, 9*(3), 42-56.

Smye, V., & Mussell, B. (2001). Aboriginal mental health: 'what works best'.

Söchting, I., Corrado, R., Cohen, I. M., Ley, R., & Brasfield, C. (2007). Traumatic pasts in canadian aboriginal people: Further support for a complex trauma conceptualization? *BC Medical Journal, 49*(6), 320-326.

Society, B. F. R. (1998). Fas community action guide: Working together for the prevention of fetal alcohol syndrome. In M. f. C. a. Families (Ed.):British Columbia.

Soreff, S. M. (1996). *Handbook for the treatment of the seriously mentally ill*.Toronto, ON: Hogrefe & Huber Publishers.

Spaudling, W. D., Sullivan, M. E., & Poland, J. S. (2003). The psychopathology of severe mental illness. In *Treatment and rehabilitation of severe mental illness*.New York, NY: The Guilford Press.

Spittal, P. M., Craib, K. J. P., Teegee, M., Baylis, C., Christian, W. M., Moniruzzaman, A., et al. (2007). The cedar project: Prevalence and correlated of hiv infection among young aboriginal people who use drugs in two canadian cities. *International Journal of Circumpolar Health, 66*(3), 226-240.

Spittal, P. M., Craib, K. J. P., Wood, E., Laliberte, N., Li, K., Tyndall, M. W., et al. (2002). Risk factors for elevated hiv incidence rates among female injection drug users in vancouver. *Canadian Medical Association Journal, 166*(7), 894-899.

Square, D. (1997). Fetal alcohol syndrome epidemic on manitoba reserve. *Canadian Medical Association Journal., 157*(1), 59-60.

Stanton, A., & Revenson, T. (2007). Adjustment to chronic disease: Progress and promise in research. In A. Friedman & R. Cohen Silver (Eds.), *Foundations of health psychology*.Oxford: Oxford Univeristy Press.

Statistics Canada, -. Selected mortality rates first nations on-reserve (2000) and canada (2001).

Statistics Canada. (1996). Total population by aboriginal group.

Statistics Canada. (1998-1999). National longitudinal survey of children and youth - cycle 3:Statistics Canada.

Statistics Canada. (1999). Low income cut-offs.

Statistics Canada. (2001). 2001 census of canada. In Statistics Canada (Ed.):Government of Canada.

Statistics Canada. (2001). Education and learning among aboriginal children. from http://www.statcan.ca/english/freepub/89-597-XIE/2001001/education.htm

Statistics Canada. (2003). Aboriginal peoples survey 2001: Initial findings: Well-being of the non-reserve aboriginal population. In S. Canada (Ed.).

Statistics Canada. (2003). Aboriginal peoples of canada

peuples autochtones du canada.

Steed, L., Cooke, D., & Newman, S. (2003). A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Education and Counselling, 51*, 5-15.

Stein, L. I. (1995). Persistent and severe mental illness: Its impact, status, and future challenges. In R. Schulz & J. R. Greenley (Eds.), *Innovating in community mental health: International perspectives*.Westport, CT: Praeger Publishers.

Stein, R. E., Westbrook, L. E., & Silver, E. J. (1998). Comparison of adjustment of school-age children with and without chronic conditions: Results from community-based samples. *J Dev Behav Pediatr, 19*(4), 267-272.

Stephens, T., & Canada. Health, C. (1999). Smoking among aboriginal people in canada, 1991 (pp. 66). Ottawa: Health Canada.

Stevenson, D. L., & Baker, D. P. (1987). The family-school relationship and the child's school performance. *Child Dev, 58*, 1348-1357.

Storck, M., Csordas, T. J., & Strauss, M. (2000). Depressive illness and navajo healing. *Medical Anthropology Quarterly, 14*(4), 571-597.

Strachan, D. P. (2000). The role of environmental factors in asthma. *Br Med Bull, 56*(4), 865-882.

Strain, J., Smith, G., Hammer, J., McKenzie, D., Blumenfield, M., Muskin, P., et al. (1998). Adjustment disorder: A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General Hospital Psychiatry, 20*, 139-149.

Street Health. (in press). Street health report 2007 research bulletin #3: Aboriginal people & homelessness.Toronto: Street Health.

Suissa, A. J. (2003). Alcoholism as a disease in north america: A critical social analysis. *Journal of Addictions Nursing, 14*, 201-208.

Sullivan, M., LaCroix, A., Russo, J., Swords, E., Sornson, M., & Katon, W. (1999). Depression in coronary heart disease: What is the appropriate diagnostic threshold? *Psychosomatics, 40*(4), 286-292.

Sunday, J., Eyles, J., & Upshur, R. (2001). Applying aristotle's doctrine of causation to aboriginal and biomedical understandings of diabetes. *Culture, Medicine and Psychiatry, 25*, 63-85.

Suris, J.-C., Michaud, P.-A., & Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part i: Developmental issues. *Arch. Dis. Child, 89*, 939-942.

Swales, J. D., & De Bono, D. P. (1993). *Cardiovascular risk factors*.London; New York; New York, N.Y., USA: Gower Medical Pub.; Distributed in USA and Canada by Raven Press Ltd.

Syme, L. S., N. (1998). Mastering the control factor. Part one. *The Health Report.*, 2007

Syme, S. (1989). Control and health: A personal perspective.:Wiley&Sons.

Syme, S. (2004). Social determinants of health: The community as an empowered partner. *Preventing chronic disease: public health research, practice and policy, 1*(1).

Syme, S. L. (2004). Social determinants of health: The community as an empowered partner. *Preventing Chronic Disease - Public Health Research, Practice, and Policy, 1*(1), 1-5.

Sytkowski, P. A., D'Agostino, R. B., Belanger, A., & Kannel, W. B. (1996). Sex and time trends in cardiovascular disease incidence and mortality: The framingham heart study, 1950-1989. *American Journal of Epidemiology, 143*(4), 338.

Tait, C. L. (2003). Fetal alcohol syndrome among aboriginal people in canada: Review and analysis of the intergenerational links to residential schools.Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.

Takei, N., & Sugihara, G. (2006). Diagnostic ambiguity of subthreshold depression: Minor depression vs. Adjustment disorder with depressive mood. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*, 114-147.

Tann, S., Yabiku, S., Okamoto, S., & Yanow, J. (2007). Triadd: The risk for alcohol abuse, depression, and diabetes multimorbidity in the american indian and alaska native population. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research, 14*(1).

Teachman, J. D. (1987). Family background, educational resources, and educational attainment. *American Sociological Review, 52*(4), 548-557.

Teachman, J. D., & Paasch, K. (1998). The family and educational aspirations. *Journal of marriage and the family, 60*(3), 704-714.

The McCreary Centre Society. (1994). Adolescent health survey: Chronic illness and disability among youth in bc.

The Senate Subcommittee on Population Health. (2008). Population health policy: Federal, provincial and territorial perspectives - third report of the subcommittee on population health of the standing senate committee on social affairs, science and technology:Senate of Canada.

The Senate Subcommittee on Population Health. (2008). Population health policy: Issues and options - fourth report of the subcommittee on population health of the standing senate committee on social affairs, science and technology:Senate of Canada.

Thommasen, H., Baggaley, E., Thommasen, C., & Zhang, W. (2005). Prevalence of depression and prescriptions for antidepressants, bella coola valley, 2001. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*(6), 346-352.

Thommasen, H., Berkowitz, J., Thommasen, A., & Michalos, A. (2005). Understanding relationships between diabetes mellitus and health-related quality of life in a rural community. *Rural and Remote Health, 55*, 441.

Thommasen, H. V., Baggaley, E., Thommasen, C., & Zhang, W. (2005). Prevalence of depression and prescriptions for antidepressants, bella coola valley, 2001. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*(6), 346-352.

Thommasen, H. V., Hanlon, N., Thommasen, C., & Zhang, W. (2006). Alcohol drinking habits and community perspectives on alcohol abuse in the bella coola valley. *Canadian Journal of Rural Medicine, 11*(1), 15-21.

Thommasen, H. Z., W. (2006). Impact of chronic disease on quality of life in the bella coola valley., *Rural and REmote Health.* (Vol. 6).

Thomson, M. (1990). Heavy birthweight in native indians of british columbia. *Can J Public Health, 81*(6), 443-446.

Thorne, J. A. (2003). Middle ear problems in aboriginal school children cause developmental and educational concerns. *Contemp Nurse, 16*(1-2), 145-150.

Tjepkema, M. (2002). *The health of the off-reserve aboriginal population* (Supplements to Health Reports, volume 13, 2002 No. 82-003): Statistics Canada.

Torzillo, P. J., Hanna, J. N., Morey, F., Gratten, M., Dixon, J., & Erlich, J. (1995). Invasive pneumococcal disease in central australia. *Med J Aust, 162*(4), 182-186.

Torzillo, P. J., Waterford, J. E., Hollows, F. C., & Jones, D. L. (1983). Respiratory disease amongst aborigines in the pilbara. *Int J Epidemiol, 12*(1), 105-106.

Travers, K. (1995). Using qualitative research to understand the sociocultural origins of diabetes among cape breton mi'kmaq. *Chronic Diseases in Canada, 16*(4).

Treharne, G., Kitas, G., Lyons, A., & Booth, D. (2005). Well-being in rheumatoid arthritis: The effects of disease duration and psychosocial factors. *Journal of Health Psychology, 10*(3), 457-474.

Tsey, K., & Every, A. (2000). Evaluating aboriginal empowerment programs: The case of family wellbeing. *Aust N Z J Public Health, 24*(5), 509-514.

U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health. (2005, July 2005). Medline plus encyclopedia online. from http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/encyclopedia.html

Valery, P. C., M; Stirling, J; Green, AC. (2006). Cancer diagnosis, treatment, and survival in indigenous and non-indigenous australians: A matched cohort study. *Lancet [Lancet], 367*(9525), 1842-1848.

Van Bibber, M. (1997). It takes a community. In M. o. P. W. a. G. Services (Ed.):Health Canada.

Van Oostdam, J., Donaldson, S. G., Feeley, M., Arnold, D., Ayotte, P., Bondy, G., et al. (2005). Human health implications of environmental contaminants in arctic canada: A review. *Sci Total Environ, 351-352*, 165-246.

van Rossum, C. S., MJ; van de Mheen, H; Grobbee, DE; MArmot, MG. (2000). Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants from the first whitehall study. *J Epidemiolo Community Health, 54*, 178-184.

Van Weel-Baumgarten, E. M. (2005). Is depression a chronic illness? A response from the perspective of general practice. *Chronic Illness, 1*(113-115).

Verbrugge, L., Lepkowski, J., & Konkol. (1991). Levels of disability among u.S. Adults with arthritis. *Journal of Gerontology, 46*(2), S71-83.

Vicary, D., & Westerman, T. (2004). 'that's just the way he is': Some implications of aboriginal mental health beliefs. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 3*(3).

von Kries, R., Toschke, A. M., Koletzko, B., & Slikker, W., Jr. (2002). Maternal smoking during pregnancy and childhood obesity. *Am J Epidemiol, 156*(10), 954.

Waldram, J. B., Herring, D. A., & Young, T. K. (2006). *Aboriginal health in canada: Historical, cultural, and epidemiological perspectives* (2nd Edition ed.). Toronto: University of Toronto Press.

Waldram, J. B., Herring, D. A., & Young, T. K. (2006). *Aboriginal health in canada: Historical, cultural and epidemiological perspectives.* (2 ed.): University of Toronto Press.

Wang, L., Noertjojo, K., Elwood, R. K., & FitzGerald, J. M. (2000). Tuberculosis among aboriginal and nonaboriginal persons in british columbia. *Can Respir J, 7*(2), 151-157.

Ward, E., Jemal, A., Cokkinides, V., Singh, G. K., Cardinez, C., Ghafoor, A., et al. (2004). Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status. *CA Cancer J Clin, 54*(2), 78-93.

Wardman, D., & Khan, N. (2004). Antidepressant medication use among first nations peoples residing within british columbia. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research, 11*(3), 43-48.

Wardman, D., & Quantz, D. (2005). An exploratory study of binge drinking in the aboriginal population. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research, 12*(1), 49-61.

Warry, W. (1998). Unfinished dreams: Community healing and the reality of aboriginal self-government.Toronto: University of Toronto Press.

Weitzman, M., Cook, S., Auinger, P., Florin, T. A., Daniels, S., Nguyen, M., et al. (2005). Tobacco smoke exposure is associated with the metabolic syndrome in adolescents. *Circulation, 112*(6), 862.

Wells, K., Golding, J., & Burnam, A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry, 145*(8), 976-981.

Wemigwans, J. (2005). *Fasd tool kit for aboriginal families*.Toronto: Ontario Federation of Indian Friendship Centres.

Wenman, W. M., Joffres, M. R., & Tataryn, I. V. (2004). A prospective cohort study of pregnancy risk factors and birth outcomes in aboriginal women. *CMAJ, 171*(6), 585-589.

Wente, M. (2000). Urban aboriginal homelessness in canada:Faculty of Social Work at the University of Toronto.

Whitaker, R. C., Pepe, M. S., Seidel, K. D., Wright, J. A., & Knopp, R. H. (1998). Gestational diabetes and the risk of offspring obesity. *Pediatrics, 101*(2), E9.

WHO. (1989). Rheumatic diseases. Report of a who scientific group. (No. 816): WHO.

WHO. (2005). Preventing chronic diseases: A vital investment. In WHO (Ed.), *WHO Global Report*.

Wilton, R. (2004). Putting policy into practice? Poverty and people with serious mental illness. *Social Science & Medicine, 58*, 25-39.

Winokur, A., Maislin, G., Phillips, J., & Amsterdam, J. (1988). Insulin resistance after oral glucose tolerance testing in patients with major depression. *Am J Psychiatry, 145*(3), 325-330.

Wolfe, F. (1999). Determinants of womac function, pain and stiffness scores: Evidence for the role of low back pain, symptom counts, fatigue and depression in osteoarthritis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *Rheumatology, 38*, 355-361.

Wolman, C., Resnick, M., Harris, L., & Blum, R. (1994). Emotion well-being among adolescents with and without chronic conditions. *Journal of Adolescent Health, 15*, 199-204.

Woolcock, A. J., & Peat, J. K. (1997). Evidence for the increase in asthma worldwide. *Ciba Found Symp, 206*, 122-134; discussion 134-129, 157-129.

World Health Organization. (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. In W. S. Group (Ed.), *World health organization technical report series* (Vol. 843, pp. 1-129).

World Health Organization. (1998). Prevention of hearing impairment from chronic otitis media, *WHO/CIBA Foundation Workshop*.London: World Health Organization.

World Health Organization. (2005). Tuberculosis. Retrieved August, 2005, from http://www.who.int/tb/en/

World Health Organization. (2007). 10 facts about child health. Retrieved August 14, 2008, from http://www.who.int/features/factfiles/child_health2/en/index.html

World Health Organization. (2008). Child and adolescent health and development: Development. Retrieved August 15, 2008, from http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/7562840.stm

World Health Organization. (2008). Chronic respiratory diseases. World Health Organization Programmes and Projects Retrieved July 11, 2008, from http://www.who.int/respiratory/en/

World Health Organization. (2008). Part two. The urgent need for action. Chapter two. Chronic diseases and poverty. Chronic Diseases and Health Promotion Retrieved August 15, 2008, from http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part2_ch2/en/index5.html

Yeo, M., & Sawyer, S. (2005). Chronic illness and disability. BMJ, 330, 721-723.

Young, K., Reading, J., Elias, B., & O'Neil, J. (2000). Type 2 diabetes mellitus in canada's first nations: Status of an epidemic in progress. Canadian Medical Association Journal, 163(5), 561-566.

Young, K., Szathmary, E., Evers, S., & Wheatley, B. (1990). Geographical distribution of diabetes among the native population of canada: A national survey. Soc Sci Med, 31(2), 129-139.

Young, T. K. (1983). Mortality pattern of isolated indians in northwestern ontario: A 10-year review. Public Health Rep, 98(5), 467-475.

Young, T. K., & Casson, R. I. (1988). The decline and persistence of tuberculosis in a canadian indian population: Implications for control. Can J Public Health, 79(5), 302-306.

Young, T. K., Chateau, D., & Zhang, M. (2002). Factor analysis of ethnic variation in the multiple metabolic (insulin resistance) syndrome in three canadian populations. Am J Hum Biol., 14(5), 649-658.

Young, T. K., & Choi, N. W. (1985). Cancer risks among residents of manitoba indian reserves, 1970-79. Can Med Assoc J, 132(11), 1269-1272.

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., & Frank, J. W. (1983). Cancer surveillance in a remote indian population in northwest ontario. AJPH, 73(5), 515-520.

Young, T. K., & Frank, J. W. (1983). Cancer surveillance in a remote indian population in northwestern ontario. American Journal of Public Health, 73(5), 515-520.

Young, T. K., Kliewer, E., Blanchard, J., & Mayer, T. (2000). Monitoring disease burden and preventive behavior with data linkage: Cervical cancer among aboriginal people in manitoba, canada. Am J Public Health, 90(9), 1466-1468.

Young, T. K., Moffatt, M. E., & O'Neil, J. D. (1993). Cardiovascular diseases in a canadian arctic population. Am J Public Health, 83(6), 881-887.

Young, T. K., Reading, J., Elias, B., & O'Neil, J. D. (2000). Type 2 diabetes mellitus in canada's first nations: Status of an epidemic in progress. Canadian Medical Association Journal, 163(5), 561-566.

Young, T. K., & Sevenhuysen, G. (1989). Obesity in northern canadian indians: Patterns, determinants, and consequences. Am J Clin Nutr, 49(5), 786-793.

Yusuf, S., Reddy, S., Ounpuu, S., & Anand, S. (2001). Global burden of cardiovascular diseases: Part i: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. Circulation, 104(22), 2746.

Yusuf, S., Reddy, S., Ounpuu, S., & Anand, S. (2001). Global burden of cardiovascular diseases: Part ii: Variations in cardiovascular disease by specific ethnic groups and geographic regions and prevention strategies. Circulation, 104(23), 2855.

Zimmet, P., Dowse, G., Finch, C., Serjeantson, S., & King, H. (1990). The epidemiology and natural history of niddm - lessons from the south pacific. Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 6(2), 91-124.

Agir localement :
Promotion de la santé de la population

Rapport présenté
par Dr Trevor Hancock
consultant en promotion de la santé
Victoria (C.-B.)

au
Sous-comité sénatorial sur la santé de la population

mars 2009

Table des matières

Sommaire

1. Introduction

2. Aperçu du développement humain sain

    2.1 Santé de la population et développement humain

    2.2. Le « droit » au développement humain

    2. 3 Renforcement du capital communautaire – les cinq formes de capital

    2.4 Nouvelles mesures de progrès

    2.5 Renforcement de la résilience des gens et des communautés

3. Création de communautés plus saines, renforcement du développement humain

    3.1 Communautés saines au Canada

4. Mobilisation communautaire et renforcement des capacités

    4.1 Mobilisation communautaire

    4.2 Partenariats intersectoriels

    4.3 Engagement politique

    4.4 Politique publique saine

    4.5 Développement communautaire reposant sur les actifs

5. Nouveaux modèles de gouvernance communautaire pour la santé et le développement humain

    5.1 Le Tamarack Institute et les Collectivités dynamiques

    5.2 Conseils de planification sociale et Inclusive Cities Canada

    5.3 L'Accord de Vancouver

    5.4 Oujé-Bougoumou – Une communauté autochtone inspirante

    5.5 Gouvernance urbaine saine

    5.6 Création d'une infrastructure pour la gouvernance urbaine

6. Obstacles à la gouvernance communautaire et à l'action communautaire pour la santé et le développement humain

    6.1 Approche fragmentaire aux problèmes communautaires – nécessité d'une approche plus exhaustive

    6.2 Absence de vision nationale d'ensemble

    6.3 Ententes municipales dépassées

    6.4 Absence de structures communes pour la gouvernance communautaire

    6.5 Limites de financement

6.6 Absence de consensus sur le soutien pour plus de programmes universels

6.7 Limites imposées par les règlements sur les organismes charitables et sur les investissements sociaux

6.8 Épuisement du secteur bénévole

6.9 Difficultés à mettre en commun les cas de réussite au Canada

7. Services sociaux communautaires intégrés

7.1 Services sociaux intégrés – facteurs de succès déterminants et obstacles

7.2 Les CLSC du Québec

7.3 Les Centres de santé communautaires du Canada anglais

7.4 Intégration des services sociaux en Saskatchewan

7.5 Enfants en santé Manitoba

7.6 Une vision de services de développement humain et de santé intégrés

8. Vers une approche nationale axée sur le soutien de l'action communautaire au profit de la santé de la population et du développement humain

Références

Encadrés

1. Certaines propositions fondamentales pour la promotion de la santé de la population et le développement humain sain au niveau local

2. Développement humain– concepts de base et définition

3. La ville saine : définition et critères

4. Des fonds de contrepartie donnent un nouveau visage à Seattle

5. Calgary poursuit l'objectif du salaire-subsistance dans le cadre des Collectivités dynamiques

6. Le bâtiment Woodward réaménagé agrémente le DTES d'un espace innovateur à usage multiple

7. L'histoire d'Oujé-Bougoumou

8. *Our cities, our health, our future : Acting on social determinants for health equity in urban settings*

Figures

1. Capital communautaire et développement centré sur la personne

2. PIB et IPR, États-Unis, 1950 - 2004

3. Partenariats intersectoriels

3a. Action interservices/interministérielle/interorganisationnelle

3b. Action intersectorielle

3c. Intégration verticale

Tableaux

1. Certaines répercussions des services sociaux sélectionnés, selon le niveau de conception, proposition de CEED pour le concours relatif à la conception de Seaton, 1994

Annexes

Annexe 1 : Villes-santé/communautés-santé – hier

Annexe 2 : Villes-santé/communautés-santé – aujourd'hui

Annexe 3 : Intervenants clés

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement ma collègue et amie Anne Mullens pour sa très importante contribution à la recherche, à la rédaction et à la révision de ce rapport. Toutefois, bien que nous partagions le mérite, c'est à moi seul qu'incombe la responsabilité des omissions ou des erreurs qu'il peut contenir.

Je remercie également mon employeur régulier, le ministère pour la Vie Saine et le Sport de la Colombie-Britannique, pour son appui dans la préparation de ce rapport. Cependant, ce sont mes points de vue que j'y exprime et ceux-ci ne représentent pas forcément ceux du Ministère ou du gouvernement de la Colombie-Britannique.

Sommaire

On ne peut parler de la santé des individus, la comprendre, ou prendre des mesures à son égard, si l'on ne reconnaît pas que les êtres humains sont des animaux sociaux qui ont évolué pour vivre dans des familles, des groupes sociaux et des communautés. La « communauté » est donc le creuset dans lequel agit un grand nombre des déterminants de la santé les plus importants comme les lieux où nous vivons, où nous apprenons, où nous travaillons, où nous nous divertissons – nos maisons, nos écoles, nos lieux de travail et nos quartiers.

En fait, le Sous-comité sénatorial sur la santé de la population a dégagé 12 principaux facteurs ou conditions – déterminants de la santé – qui interviennent en faveur ou au détriment de la santé des Canadiens. De ces 12 facteurs, il y en a bien 10 qui ont une influence au niveau communautaire.

Dans notre rapport, nous faisons valoir que puisqu'un si grand nombre de ces déterminants a des effets au niveau local, c'est à ce niveau qu'il faut intervenir. Que pouvons-nous donc faire pour aborder tous ces déterminants de la santé au niveau communautaire, ou du moins certains d'entre eux? Que fait-on actuellement dans les communautés canadiennes? Comment les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux peuvent-ils soutenir ou promouvoir l'action communautaire pour la santé et le développement humain?

La notion fondamentale de promotion du développement humain sain sous-tend la promotion de la santé communautaire. La tâche de promouvoir un développement humain optimal – de sorte à nous permettre à tous de développer de façon optimale notre potentiel humain – est, ou devrait être, l'objectif premier de tous les ordres de gouvernement. On devrait consacrer la même attention et la même énergie au développement de la population d'un pays qu'au développement économique de ce pays. Nous commencerons donc par établir les fondements conceptuels du développement humain sain, en particulier la notion de création des cinq formes de capital, à savoir, le capital naturel, le capital économique, le capital social, le capital bâti, et le capital humain qui, ensemble, forment le « capital communautaire ». Ces concepts qui représentent ce que devrait être notre objectif sociétal doivent devenir les principaux indicateurs de nos progrès. Pour rendre cela possible, il faut de nouvelles mesures qui permettent de mieux saisir et intégrer ces diverses dimensions du bien-être sociétal, communautaire et personnel.

Trouver un équilibre approprié entre ces formes de capital souvent concurrentielles de sorte à mobiliser les citoyens de tous les secteurs de la communauté et, idéalement, maximiser simultanément toutes ces formes de capital, est au cœur de l'art de la gouvernance locale de la santé et du développement humain. Le processus de gouvernance permet de mobiliser l'ensemble de la communauté pour trouver le bon équilibre, c'est-à-dire « la somme des différentes manières utilisées par les individus, les institutions publiques et privées pour planifier et gérer les affaires communes de la cité » (ONU-Habitat, 2002). Parmi les principaux éléments de la gouvernance de la santé communautaire, quatre ont été définis il y a plus de 15 ans dans le cadre du projet des Villes-Santé du bureau régional de l'OMS pour l'Europe : il s'agit de la mobilisation

communautaire, de l'action intersectorielle, de l'engagement politique et de la politique publique saine.

Pour améliorer la gouvernance de la santé et du développement humain, il est nécessaire d'investir dans le renforcement de la résilience, « capacité de faire face à des problèmes difficiles et au changement constant, mais à en sortir grandi et renforcé » (Torjman, 2007), des gens et des communautés, et dans le processus et les structures nécessaires à la gouvernance communautaire.

Nous examinons dans notre rapport les nombreuses façons dont le Canada crée des communautés plus saines et renforce le développement communautaire et humain. Un point fondamental ressort de cet examen, à savoir qu'il n'existe pas de modèle universel pouvant ou devant être appliqué à toutes les communautés. Il nous faut un processus modèle qui appuie et habilite les communautés et leur permette de se mobiliser avec leurs citoyens et avec les divers organismes du secteur privé, organismes communautaires, organismes sans but lucratif et organismes publics, en vue d'élaborer une vision commune et originale adaptée aux interventions qui permettra de la réaliser.

Un second point fondamental apparenté qui émerge a trait au fait que cette approche doit être fondée sur les points forts et les actifs de la communauté, non sur ses faiblesses et ses dysfonctionnements. Au Canada, un nombre de plus en plus grand d'initiatives suit cette approche, par exemple :

- **Le mouvement des communautés saines** – Issu en partie de la Charte d'Ottawa présentée en 1986, le mouvement des communautés saines du Canada existe depuis plus de 20 ans. Bien que l'initiative fédérale ait disparu avec les compressions budgétaires de 1991-1992, Villes et Villages en Santé du Québec et la Coalition des communautés en santé de l'Ontario sont toujours des mouvements très actifs. L'initiative des communautés saines de la Colombie-Britannique a refait surface en 2005 grâce à un nouveau financement de la province. Ces trois initiatives provinciales ont adopté une approche élargie qui réunit les facteurs économiques, sociaux et environnementaux qui, tous, facilitent et soutiennent l'action communautaire menée au sein des communautés. L'initiative du Québec accorde une place particulièrement importante aux administrations municipales et au lien avec ces administrations, alors que celle de l'Ontario se concentre plus particulièrement sur les organismes et les réseaux communautaires; l'initiative de la Colombie-Britannique, forte de l'expérience de ses deux partenaires, fait les deux, puisqu'elle est située organisationnellement à l'Union of BC Municipalities et qu'elle met fortement l'accent sur le renforcement des capacités communautaires.

- **La mobilisation communautaire et le renforcement des capacités** – Cinq stratégies essentielles mettent à profit la capacité communautaire existante pour améliorer la santé de la population et favoriser le développement humain :

    - la **mobilisation communautaire** qui permet aux bénéficiaires passifs des services de devenir des participants et des chefs responsabilisés;

    - les **partenariats intersectoriels** qui franchissent les barrières entre les services ou entre les ministères gouvernementaux (l'ensemble du

gouvernement), dans de multiples secteurs, notamment par la création de vastes coalitions, ou par l'intégration verticale en établissant des liens entre les gouvernements fédéral, provinciaux et locaux;

- l'**engagement politique** qui dure idéalement au-delà d'un seul mandat et qui encourage la mobilisation communautaire et le renforcement des capacités;
- la **politique publique saine,** lorsque les mesures prises par le gouvernement dans les secteurs non liés à la santé, comme la politique sur le transport ou le logement, visent, entre autres, à améliorer la santé de la population;
- le **développement communautaire reposant sur les actifs**, démarche qui responsabilise les individus et les communautés en se concentrant sur les forces des communautés et sur les actifs et les compétences des individus. Cette approche responsabilise les individus et les communautés au lieu de les déresponsabiliser et les traite de façon à ce que leurs capacités et leurs mérites intrinsèques soient reconnus au lieu de les considérer seulement comme des individus aux nombreux problèmes à régler ou comme des clients impuissants dont il faut répondre aux besoins.

- **Nouveaux modèles de gouvernance communautaire pour la santé et le développement humain :** Il se fait au Canada du travail de mobilisation communautaire très intéressant dans le cadre d'initiatives comme les *Collectivités dynamiques* et *Inclusive Cities Canada* qui, toutes deux, s'appuient sur les forces des communautés pour intervenir dans le domaine de la santé et du développement humain. Ces initiatives qui couvrent toutes les dimensions du concept « communauté » au Canada, vont de l'Accord de Vancouver (nouvel accord de développement urbain entre le Canada, la Colombie-Britannique et la ville de Vancouver qui visait également à faire participer de nombreux autres partenaires pour trouver des solutions aux problèmes complexes dans le centre-est de Vancouver) à la petite, mais inspirante communauté crie des Oujé-Bougoumou. Pourtant, malgré des initiatives très positives, des obstacles entravent les progrès, notamment les dispositions constitutionnelles municipales caduques, l'absence d'une vision nationale d'ensemble du développement de communautés en bonne santé, l'absence d'un ensemble complet de programmes universels pour examiner les facteurs déterminants que l'action communautaire peut ensuite renforcer, le manque constant de financement et les approches restrictives à l'égard du financement, l'absence d'infrastructure communautaire pour la gouvernance de la santé et le développement humain, les restrictions de la loi fédérale imposées aux organismes caritatifs dont relève la majorité des actions communautaires, l'épuisement des bénévoles, et le manque d'échanges d'informations utiles sur les programmes réussis, en particulier entre le Canada anglais et le Canada français.

- **Services sociaux communautaires intégrés –** Les services sociaux intégrés qui coordonnent les interventions individuelles et les services constituent un important sous-ensemble du développement humain communautaire. Leur but est

de fournir au public un accès rationalisé et simplifié aux services, d'accroître l'efficacité, de dispenser de meilleurs soins et d'éliminer le cloisonnement organisationnel traditionnel ou le cloisonnement des programmes. Les modèles de services sociaux intégrés qui ont fait leurs preuves sont, entre autres, les CLSC du Québec et les centres de santé communautaires du Canada anglais, mais malgré les nombreuses preuves de leur succès, les obstacles caractéristiques qui gênent leur expansion sont le financement, les guerres intestines et les conflits idéologiques. La Saskatchewan a connu quelques succès en matière d'intégration des services et une nouvelle initiative de services intégrés, *Enfants en santé Manitoba*, attire actuellement l'attention. Pour conclure la présente section, nous présentons une vision de services sociaux intégrés élaborée à partir du niveau de ménage.

En dernier lieu, nous proposons une vision axée sur une approche nationale à l'appui d'une action communautaire reposant sur les actifs visant la santé de la population et le développement humain.

1. De nombreux déterminants de la santé ont des effets au niveau communautaire, dans les milieux environnants, maisons, écoles, lieux de travail, quartiers, où vivent les gens, où ils apprennent, travaillent et se divertissent.
2. Les communautés – même celles qui sont les plus défavorisées et qui doivent relever d'immenses défis comme la communauté crie d'Oujé-Bougoumou décrite dans notre rapport – témoignent de forces, de capacités, d'actifs importants, parfois étonnants, qu'elles peuvent utiliser pour résoudre leurs problèmes et améliorer leur santé, leur bien-être et le développement humain.
3. Les gouvernements fédéral et provinciaux, les organisations philanthropiques et le secteur privé seraient bien avisés de reconnaître les forces inhérentes des communautés et de prendre appui sur la capacité communautaire et de la renforcer en investissant dans une stratégie de développement communautaire reposant sur les actifs.
4. Une telle stratégie nécessite, entre autres :
    a. de reconnaître le rôle vital que jouent les administrations municipales dans la création des conditions favorables à la santé et au développement humain, d'en faire des partenaires clés, et de renforcer leurs pouvoirs (y compris leur pouvoir de taxation);
    b. d'adopter une approche pangouvernementale globale à l'égard des questions liées à la santé de la population et au développement humain à tous les niveaux du gouvernement, du niveau fédéral au niveau local;
    c. d'encourager et de soutenir la création de processus et de structures de gouvernance communautaire qui permettent aux nombreux intervenants dans la communauté - le secteur communautaire, les secteurs public, privé, et sans but lucratif, ainsi qu'à chaque citoyen - de reconnaître et de définir les enjeux et problèmes communautaires locaux, de trouver des solutions, et d'élaborer des stratégies à long terme qui reposent sur les actifs visant à les aborder.

5. Pour ce faire, il faut que les gouvernements et les organisations philanthropiques s'engagent à financer à long terme cette infrastructure de gouvernance communautaire. Cela signifie, plus précisément, qu'ils doivent s'engager à fournir moins de financement ciblé à court terme et plus de financement général à long terme que les communautés pourront utiliser de la façon qu'elles jugent utile pour régler les difficultés qu'elles ont définies et développer la capacité communautaire dont elles ont besoin.
6. Tant au niveau national que provincial, il est nécessaire d'établir des organismes nationaux et/ou provinciaux (ou lorsqu'ils sont déjà établis, de les renforcer sensiblement) capables de favoriser la création d'écoles, de lieux de travail et de communautés en bonne santé. Ces organismes pourraient faciliter et soutenir la création d'infrastructures de gouvernance communautaire, mener de la recherche, mettre en commun leurs connaissances et leur expérience, élaborer des outils et « former les formateurs ».
7. Tout travail effectué au niveau national pour améliorer la santé de la population et le développement humain par le biais de l'action communautaire visant à créer des communautés en meilleure santé doit inclure un effort national d'élaboration de nouvelles mesures du progrès, pour nous permettre de suivre l'évolution des progrès dans la réalisation de ces vastes objectifs sociétaux. Ces nouvelles mesures doivent pouvoir s'appliquer à tous les niveaux, du niveau national au niveau local, et elles doivent être élaborées en partenariat avec la communauté, dans le cadre du renforcement de la capacité de la communauté de se comprendre et de comprendre la situation, condition préalable à toute intervention.
8. Les gouvernements devraient mettre en place des systèmes de services de développement humain mieux intégrés comme élément du renforcement de la capacité communautaire (ou comme élément d'appui sur cette capacité). Dans les communautés défavorisées, en particulier, ces services devraient être situés près des personnes qui les utilisent ou qui en ont besoin; ils devraient être faciles à trouver (« accessibles à partir d'un même point ») et à utiliser et, le cas échéant, être logés dans une seule installation qui maximise l'utilisation de l'espace commun pendant la journée.

1. Introduction

Sous l'angle de l'évolution, les êtres humains sont des animaux sociaux. Nous avons évolué au sein de familles et de groupes sociaux plus larges, et l'interaction sociale fait partie intégrante de notre bien-être. La recherche épidémiologique a montré, de façon constante, que l'isolement et la solitude nuisent à la santé. Aussi, contrairement aux souhaits de certains idéologues, la communauté et la société sont des entités bien réelles et on ne peut parler de la santé des individus, la comprendre ou prendre des mesures à son égard si l'on ne reconnaît pas ce fait.

Nous avons fondé notre rapport sur la reconnaissance que la « communauté » est le creuset où agissent de nombreux déterminants de la santé importants. En tant qu'endroit où nous vivons, où nous apprenons, nous travaillons et nous nous divertissons – nos maisons, nos écoles, nos lieux de travail et nos quartiers – il s'agit de notre environnement physique le plus proche[1]; en tant que réseau de relations sociales fondé sur ces lieux, mais se prolongeant au-delà dans des communautés virtuelles « non spatiales », il s'agit d'une source fondamentale de notre identité et de notre mieux-être social, et son importance vient juste après celle de notre famille.

Cela ne veut pas dire que la « communauté » soit une panacée, ni qu'il faille l'idéaliser. Les communautés, en tant que lieux et réseaux de relations sociales, peuvent agir en faveur ou au détriment de la santé; en fait, la protection qu'une communauté fournit à ses membres – en particulier les plus vulnérables - contre les préjudices que peuvent leur causer leur environnement physique, social, économique et autres environnements, est en partie ce qui lui permet d'être une communauté saine.

Cela ne veut pas dire non plus que la communauté soit la seule responsable de la bonne santé (ou de la maladie). Nous savons, en fait, que d'un côté, la santé dépend de notre patrimoine génétique et, de l'autre, de la santé des écosystèmes régionaux et de l'écosystème global qui constituent nos « systèmes de support vital ». Tout comme le fameux congressman américain « Tip » O'Neill l'a fait remarquer dans sa célèbre formule « Toute politique est locale », nous pourrions nous aussi dire que toute santé est locale.

L'examen de l'ensemble des déterminants de la santé définis par le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations renforce cette idée. L'an dernier, le Sous-comité a publié quatre rapports approfondis examinant divers aspects des politiques sur la santé de la population. Ces rapports établissaient clairement que de multiples facteurs et conditions – ou « déterminants » – ont des effets positifs ou négatifs sur la santé des Canadiens. Les rapports du Sous-comité définissaient les 12 déterminants de la santé suivants[2] : ceux qui sont suivis d'un astérisque interviennent largement dans les

[1] Il faut se souvenir que 80 % de la population canadienne vit en milieu urbain et qu'elle passe 90 % de son temps à l'extérieur (et un autre 5 % dans un véhicule), ce qui veut dire que l'environnement bâti est de loin notre environnement le plus proche et le plus important. Il ne faut pas oublier non plus que nous faisons également partie des écosystèmes régionaux et de l'écosystème global et que leurs systèmes de support vital influent profondément sur notre bien-être ultime.

[2] Nous utilisons ici la liste des déterminants de la santé du Sous-comité sénatorial, mais elle diffère légèrement de celles qui ont été établies récemment par d'autres sources canadiennes. L'Agence de la santé publique du Canada utilise sept catégories générales : l'environnement socioéconomique, les environnements physiques, le développement de la petite enfance, les habitudes personnelles de santé, la

communautés canadiennes – les cités, villes, quartiers et régions où les Canadiens vivent, apprennent, travaillent et se divertissent :

- le développement de la petite enfance; *
- le niveau d'instruction;*
- l'emploi et les conditions de travail;*
- le revenu et la situation sociale;*
- les environnements sociaux;*
- les environnements physiques;*
- les réseaux de soutien sociaux;*
- les habitudes de vie et la capacité d'adaptation;*
- le patrimoine biologique et génétique
- le sexe
- la culture (* - peut avoir une importante dimension communautaire)
- les services de santé*

Comme l'a noté le Sous-comité dans son quatrième rapport en avril 2008, certaines études indiquent que la santé de la population dépendrait à 15 % de facteurs biologiques et génétiques, à 10 % de l'environnement physique, à 25 % de l'effet réparateur du système de santé. Autant que 50 % de la santé de la population serait attribuable aux conditions socioéconomiques. Cela veut dire, du fait que la communauté représente aussi l'environnement physique bâti où les Canadiens passent presque tout leur temps et où les services de santé locaux sont fournis, que plus de 75 % des déterminants de la santé influent sur la population canadienne dans le contexte communautaire, à savoir dans nos maisons, dans nos écoles, dans nos quartiers, dans nos lieux de travail, dans nos villes et dans nos cités.

En outre, les conditions nécessaires à la bonne santé sont souvent créées au niveau local, par le travail des administrations municipales, des conseils de bande, des ONG locales ou des organisations du secteur privé ou, dans certains cas, par l'intermédiaire des bureaux régionaux des gouvernements fédéral et provinciaux.

Nous faisons valoir dans notre rapport que puisque de si nombreux déterminants exercent leur influence au niveau local, c'est à ce niveau qu'il faut intervenir. Que pouvons-nous donc faire pour aborder les déterminants de la santé au niveau communautaire, ou du moins certains d'entre eux? Que fait-on actuellement dans les communautés

capacité d'adaptation individuelle, le patrimoine génétique et biologique; et les services de santé. Le groupe de travail FPT sur la santé de la population utilise les déterminants suivants : le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi, le logement et l'environnement bâti, l'environnement naturel, les expériences durant la petite enfance, l'aphabétisation, le soutien social, les choix en matière de santé, l'accès aux services de santé préventive et la capacité générale des gens de contrôler les décisions dans leurs propres vies.

canadiennes? Comment les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux appuient-ils ou promeuvent-ils l'action communautaire visant la bonne santé de la population et le développement humain?

Il importe de noter que le rapport sur l'état de la santé publique au Canada de 2008, premier Rapport annuel de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, demandait explicitement de renforcer la capacité des communautés canadiennes pour aborder les déterminants de la santé, faisant remarquer que les personnes qui vivent le plus près du problème sont aussi souvent celles qui sont le plus près de la solution. Il indique dans son rapport qu'il faut rendre hommage aux communautés et les aider à élaborer leurs propres réponses, à faire fond des connaissances, de l'expérience et de l'énergie présentes sur le terrain. Cette recommandation a trouvé son écho dans le rapport sur les déterminants sociaux de la santé de 2008 de l'OMS qui préconisait, dans l'une de ses principales recommandations, de mettre la santé et l'équité en santé au cœur de la planification et de la gouvernance des villes, en particulier lorsque la pauvreté ou les mauvaises conditions de vie influent sur la santé des populations. De plus, un document de base du processus de recherche factuelle de l'OMS, *Our Cities, Our Health, Our Future : Acting on social determinants for health equity in urban settings,* indiquait que « le développement urbain et la planification urbaine sont indispensables à la création d'environnements physiques et sociaux favorables à la santé et à l'équité en santé ». Il constatait que le secteur de la santé devait établir des partenariats avec d'autres secteurs et avec la société civile pour mener un vaste éventail d'interventions.

2. Aperçu du développement humain sain

« Salus populi suprema lex »

(Le salut du peuple est la loi suprême)

Cicéron - *De Legibus* (45 ans avant J.-C. environ)

Le but ultime de la gouvernance d'une société est le bien-être de ses membres; il s'agit d'une vérité ancienne dont on fait souvent peu de cas. On trouvera dans l'encadré 1 certaines propositions fondamentales qui devraient constituer les fondements de la promotion de la santé des populations et d'un développement humain sain au niveau local.

Premièrement, la santé de la population est un élément fondamental d'un concept plus vaste, à savoir le développement humain, et l'amélioration de la santé de la population est incluse dans une tâche plus large, à savoir, chercher à s'assurer que tous les individus développent de façon optimale leur potentiel humain.

Deuxièmement, cette tâche est, ou devrait être, l'objectif central du gouvernement. L'Organisation des Nations Unies a elle-même déclaré que « l'être humain est le sujet central du processus de développement » (Déclaration des Nations Unies sur le droit au développement, 1986) et elle en a fait le point central de son Indicateur du développement humain.

Pourtant, curieusement, le développement humain est rarement, de façon explicite, au cœur des activités du gouvernement; celles-ci sont plus souvent axées, semble-t-il, sur le développement économique, ce que résume la phrase fameuse de Bill Clinton, rappel à lui-même durant la course à la présidence : « It's the economy, stupid! » [C'est

l'économie, stupide!]. Nous faisons valoir dans notre rapport que l'économie est un moyen d'arriver à une fin, qui est le développement humain plutôt que le développement économique [ce sont les gens, stupide!) ou, comme l'indique de façon plus éloquente un rapport sur la santé humaine et les écosystèmes de l'Association canadienne de la santé publique en 1992 :

> « Le développement humain et la réalisation du potentiel humain exigent une forme d'activité économique qui soit socialement et environnementalement viable pour les générations présentes et à venir ».

Troisièmement, le développement humain est une fonction, non seulement du développement économique, mais aussi du développement social et du développement durable de l'environnement naturel et de l'environnement bâti.

Le quatrième point fondamental est que c'est là où les gens vivent – dans leurs maisons, leurs écoles, leurs lieux de travail, leurs lieux de loisir, leurs quartiers et leurs communautés – que la santé s'acquiert et que les êtres humains se développent. C'est dans ces lieux que les gens peuvent se mobiliser utilement, et où les promesses de la promotion de la santé – « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986) – peuvent se réaliser le plus facilement.

Un cinquième point fondamental est que, non seulement le développement humain devrait être au cœur des activités des gouvernements (tous les ordres), mais aussi de la gouvernance. Le Centre des Nations Unies pour les établissements humains définit la gouvernance (dans le contexte de la gouvernance urbaine) comme étant

> « la somme des nombreuses façons dont les individus et les institutions, publiques et privées, gèrent leurs affaires communes ».

Cette approche, bien entendu, devrait être appliquée à tous les ordres de gouvernement. Ce qu'il y a d'important dans cette définition est que, quel que soit l'ordre de gouvernement auquel on l'applique, la gouvernance nécessite la participation des individus et celle des institutions publiques et privées. Ensemble, ils participent à la planification et à la gestion de leurs affaires communes, probablement dans un but commun. Quel objectif commun est-il plus noble que d'assurer que tous les membres de la société et de la communauté atteignent le niveau de santé, de mieux-être et de développement humain le plus élevé possible? Qui peut douter que dans une telle situation, non seulement les individus, mais également les communautés et les entreprises, pourraient prospérer?

Sixièmement, les communautés ou, au sens politique, les municipalités, sont particulièrement importantes parce qu'elles représentent l'ordre de gouvernement le plus proche des gens, et qu'elles englobent les autres milieux environnants. Il en résulte qu'il faut donner à la gouvernance de la santé et du développement humain une dimension locale importante, tout en tenant compte de l'importance que le gouvernement fédéral et les provinces aient des politiques et des programmes qui l'appuient.

Septièmement, un système intégré de services sociaux communautaires est un élément important du développement humain local. On pourrait créer ce genre de système à partir du niveau du ménage, en cherchant des moyens de favoriser le développement humain à

tous les niveaux et dans toutes ses dimensions, sous l'angle de chaque citoyen, nourrisson, enfant, jeune, adulte ou aîné.

Encadré 1 : Certaines propositions fondamentales pour la promotion de la santé de la population et le développement humain sain au niveau local

Certains concepts fondamentaux sous-tendent les fondements de la promotion de la santé communautaire. Ces fondements ont trait à la promotion du développement humain sain :

1. La santé de la population est un élément fondamental qui s'inscrit dans le concept plus large du développement humain sain pour que tous les individus développent de façon optimale leur potentiel humain.
2. La tâche de promouvoir le développement humain optimal est – ou devrait être– l'objectif premier de tous les ordres de gouvernement. Ceux-ci devraient consacrer la même attention et la même énergie au développement de la population qu'ils consacrent au développement économique du pays.
3. Le développement humain est un résultat non seulement d'un développement économique stable et efficace, mais également du développement social et du développement durable de l'environnement naturel et de l'environnement bâti.
4. C'est là où les gens vivent – dans leurs maisons, leurs écoles, leurs lieux de travail, leurs lieux de loisir, leurs quartiers et leurs communautés – que la santé s'acquiert et que les êtres humains se développent.
5. Bien que les gouvernements jouent un rôle important, la création des conditions pour un développement humain sain exige un système de gouvernance élargi et plus inclusif dans tous les ordres de gouvernement.
6. Par conséquent, les communautés – ou, au sens politique, les municipalités – sont particulièrement importantes parce qu'elles sont l'ordre de gouvernement le plus proche des gens, et qu'elles contiennent les autres milieux environnants. Il en résulte que la gouvernance de la santé et du développement humain doit avoir une forte dimension locale et tenir également compte de l'importance des politiques et des programmes fédéraux et provinciaux qui la soutiennent.
7. Un système intégré de services sociaux communautaires est un élément important du développement humain local. On pourrait créer un système de développement humain communautaire au niveau local idéal en partant du niveau du ménage et il serait soutenu à chaque niveau et à partir de chaque dimension, sous l'angle de chaque citoyen et de ses besoins, qu'il s'agisse du nourrisson, de l'enfant, du jeune, de l'adulte ou de l'aîné.
8. Parallèlement, ce genre de système communautaire idéal devrait être fondé sur le respect de la capacité et de l'autonomie des individus et des communautés, et il doit responsabiliser, non déresponsabiliser, et habiliter. Il doit s'appuyer sur la capacité des individus et des communautés de reconnaître leurs propres besoins et d'y répondre.

En dernier lieu, un tel système doit être fondé sur la capacité (qu'il doit respecter) des individus et des communautés, qu'il doit responsabiliser, et non déresponsabiliser, habiliter et non déshabiliter; il doit faire fond sur cette capacité.

Nous illustrons notre rapport par des exemples et des cas concrets qui montrent clairement qu'il ne s'agit pas de chimères, mais d'idées applicables. Même si le système

que nous décrivons n'existe pas encore complètement, un grand nombre de ses éléments, sinon tous, existe déjà quelque part au Canada ou ailleurs dans le monde.

2. 1 Santé de la population et développement humain

La santé, a déclaré il y a 60 ans l'Organisation mondiale de la santé, dans une phrase devenue célèbre, est un état complet de bien-être physique, mental et social. L'inclusion du bien-être social signale que le contexte social de l'individu a une grande importance, que la santé dépend, du moins en partie, des liens sociaux. Au fil des ans, la liste des éléments dont la santé dépend – les déterminants de la santé – s'est considérablement allongée. Selon le fameux Rapport Lalonde de 1974, il existe quatre groupes de facteurs qui influent sur la santé » – les habitudes de vie, l'environnement (physique, social et économique), les services de santé et le patrimoine biologique – et toute amélioration future de la santé des Canadiens dépendrait principalement des deux premiers. Plus récemment, le Programme de recherche sur la santé de la population de l'Institut canadien de recherches avancées puis le Comité consultatif (canadien) sur la santé de la population ont ajouté des éléments à cette liste qui compte aujourd'hui un ensemble de 12 déterminants reconnus par le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations.

C'est toutefois la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé adoptée en 1986 par l'OMS qui a fait remarquer que la santé n'est pas le but ultime de la vie, mais qu'il s'agit plutôt d'une ressource de la vie quotidienne, et non du but de la vie, qu'une « bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de vie ». La santé, alors, n'est qu'un élément d'une vie bien remplie ou d'une bonne vie, qu'une partie de ce à quoi nous aspirons.

Cela nous amène à nous demander à quoi nous devrions aspirer pour les êtres humains. On pourrait répondre, que chacun d'eux se développe de façon optimale et réalise tout son potentiel, en tenant compte du fait que chaque personne possède un potentiel différent, et que ce potentiel inclut de mener son existence dans un état complet de bien-être physique, mental et social, et qu'il transcende même cela. Le Centre for Human Potential and Public Policy de l'Université de Chicago définit le potentiel humain de la façon suivante :

> « la motivation, l'intelligence humaine, le développement social et émotionnel, l'éthique et la moralité, et un sens de responsabilité civique » (*www.harrisschool.uchicago.edu/research/ chppp/)*

On pourrait ajouter à cette liste la créativité et la capacité d'innovation, le sentiment d'empathie et de sollicitude à l'égard d'autrui (y compris les espèces non humaines et la nature dans son ensemble). Le développement de ce type de potentiel humain pour tous est un objectif ambitieux, mais méritoire; il reconnaît qu'un objectif est, comme l'a indiqué le Service de la santé publique des États-Unis il y a une trentaine d'années « une déclaration d'aspiration intemporelle ».

Parmi les efforts faits ces vingt dernières années pour comprendre le développement humain, l'élaboration de l'Indicateur du développement humain par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) (voir l'encadré 2) représente l'un des efforts, reconnus mondialement, qui a la plus grande portée. Il est remarquable de

constater le degré dans lequel ce travail tient compte à la fois d'une approche fondée sur les « déterminants de la santé » et le concept du potentiel humain.

Encadré 2 : Développement humain – concepts de base et définition

Le développement humain est un paradigme du développement qui valorise beaucoup plus que la simple hausse ou la baisse des revenus nationaux. Il repose sur la création d'un environnement au sein duquel les gens peuvent développer pleinement leur potentiel et mener des vies productives et créatives en accord avec leurs besoins et leurs intérêts. Les gens sont la vraie richesse des nations. Le développement vise donc à élargir les choix qui s'offrent aux personnes pour leur permettre de mener des vies qui leur sont précieuses, Il s'agit donc de bien plus qu'une croissance économique, qui n'est qu'un moyen — certes très important — d'élargir les choix qui s'offrent aux populations.

L'élargissement de ces choix repose sur un élément essentiel : la construction des capacités humaines, c'est-à-dire l'éventail de choses que les gens peuvent faire ou être dans la vie. Les capacités les plus fondamentales pour le développement humain consistent à mener des vies caractérisées par la longévité et la santé, l'accès au savoir, l'accès aux ressources nécessaires pour atteindre un niveau de vie décent et à être en mesure de prendre part à la vie de la communauté. Sans cela, de nombreux choix ne sont tout simplement pas disponibles et de nombreuses opportunités dans la vie restent inaccessibles.

> « Le principal objectif du développement est d'élargir les choix qui s'offrent aux gens. En principe, ces choix peuvent être infinis et peuvent varier dans le temps. Les gens attachent souvent de la valeur aux réussites qui ne transparaissent pas du tout, ou pas immédiatement, dans les chiffres relatifs aux revenus ou à la croissance économique : un meilleur accès aux connaissances, une meilleure nutrition et de meilleurs services de santé, des moyens d'existence plus sûrs, une certaine sécurité conte la criminalité et la violence physique, du temps libre bien rempli, des libertés politiques et culturelles et un sentiment de participation aux activités de la communauté. L'objectif du développement est de créer un environnement favorisant l'épanouissement pour que les gens puissent jouir d'une vie longue, saine et créative ».

***Mahbub ul Haq**, Fondateur du Rapport mondial sur le développement humain*

Cette vision du développement, souvent oubliée dans le souci immédiat d'accumuler des marchandises et une richesse financière, n'est pas nouvelle. Les philosophes, les économistes et les responsables politiques conçoivent depuis longtemps le bien-être des gens comme l'objectif et la finalité du développement. Comme l'a écrit Aristote dans la Grèce antique, « Évidemment, la richesse n'est pas le bien dont nous sommes en quête; la richesse n'est qu'une chose utile et recherchée en vue de choses autres qu'elle-même. »

> « Le développement humain est un processus d'élargissement des choix offerts aux gens. Élargir les choix des gens devient une réalité à travers le développement des capacités humaines et des modes de fonctionnement humain fondamentaux. À tous les niveaux du développement, les trois capacités essentielles du développement humain sont la longévité et la santé, le savoir et un niveau de vie décent. Si ces capacités fondamentales ne sont pas réalisées, de nombreux choix ne sont tout simplement pas disponibles et de nombreuses opportunités demeurent inaccessibles. Cependant, le domaine du développement humain s'étend au-delà : les domaines essentiels du choix, auquel les gens attachent beaucoup d'importance, vont des opportunités politiques, économiques et sociales permettant d'être créatif et productif, jusqu'à l'appréciation de l'estime de soi, de l'émancipation et du sens d'appartenance à une communauté. Le développement humain est un concept holistique, car il met les individus au centre de tous les aspects du processus de développement. Il a souvent été erronément interprété et confondu avec les approches et concepts suivants du développement ».
>
> Glossaire des Rapports sur le développement humain du PNUD

Source : Rapports sur le développement humain, Programme des Nations Unies pour le développement; http://hdr.undp.org/fr/devhumain

2.2 Le « droit » au développement humain

> « Le développement humain est un concept holistique, car il met les individus au centre de tous les aspects du processus de développement ».
>
> *Glossaire des Rapports sur le développement humain du PNUD*

Reconnaissant la position centrale de la dimension humaine dans le développement, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté en 1986 une « Déclaration sur le droit au développement » qui indique que « l'être humain est le sujet central du développement » et demande aux États membres « d'assurer [...] l'accès aux ressources de base, à l'éducation, aux services de santé, à l'alimentation, au logement, à l'emploi et à la répartition équitable du revenu » (Développement humain durable. Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, 1995).

Un an plus tard, la Commission mondiale sur l'environnement et le développement a défini le développement durable en mettant fortement l'accent sur l'exigence de répondre aux besoins des gens :

> *« On entend par développement durable un développement qui répond aux besoins actuels sans nuire à la capacité des générations futures de répondre aux leurs ». (CMED, 1987)*

Cet accent mis sur le développement humain était encore plus fortement marqué à la Conférence sur l'environnement et le développement des Nations Unies tenue à Rio de Janeiro en 1992. Le premier principe de la Déclaration de Rio est le suivant :

> *« Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature ».*

Bien qu'initialement axé sur le développement économique environnementalement durable, le concept a été élargi pour inclure la notion de société durable (Table ronde de la C.-B. sur l'environnement et l'économie, 1993). Il est donc devenu courant de considérer la durabilité en termes de « piliers » ou de « sphères » ou de formes de « capital », à savoir, les éléments économiques, sociaux et environnementaux. C'est l'interaction de ces trois éléments qui détermine le niveau de développement humain, qui est une quatrième forme de « capital » (Ekins, Mayer et Hutchinson, 1992; Banque mondiale, 1995). Par conséquent, il faudrait considérer la santé, la qualité de vie et le développement humain comme des mesures des indicateurs de résultats d'une activité économique socialement et environnementalement durable réussie.

Ces concepts sont intégrés dans un rapport d'un groupe de travail de l'Association canadienne de santé publique sur la santé humaine et de l'écosystème publié en 1992 dans lequel il déclare :

> *« Le développement humain et la réalisation du potentiel humain exigent une forme d'activité économique qui soit socialement et environnementalement viables pour les générations présentes et à venir ».*

Alors que le Sommet mondial pour le développement social, tenu également en 1995, notait que

> « Nous sommes profondément convaincus de l'interdépendance du développement économique, du développement social et de la protection de l'environnement. Nous savons aussi que ces éléments agissent les uns sur les autres pour réaliser le développement durable. Or, ce développement durable constitue le cadre de notre action pour assurer à tous une meilleure qualité de vie ». *(Cité dans Santé Canada, 2000)*

2.3 Création du capital communautaire – Les cinq formes de capital

Tandis que les êtres humains devraient être au centre de toutes les formes de développement, le sujet central du développement humain – comme nous l'avons noté dans l'introduction de cette section – devrait être la communauté dans laquelle ils vivent et mènent leur existence; meilleure est la communauté et meilleurs sont la santé, le bien-être et le niveau de développement humain des personnes qui y résident. Un objectif prioritaire devrait consister à mettre la personne au centre du développement communautaire, et mettre le développement communautaire et humain au centre de la politique publique et de la gouvernance sociétale.

La Figure 1, qui est une version récemment élaborée d'un modèle conceptuel initialement développé relativement au concept de ville ou de communauté saine (Hancock, 1993) et très largement utilisé, montre une façon de le comprendre. Le modèle utilise le concept de « capital communautaire » qui est la combinaison de la « richesse » totale de la communauté, ainsi que le concept des quatre formes de capital indiquées ci-dessus en y ajoutant une cinquième forme de capital, le « capital bâti » qui est aujourd'hui le modèle dominant des Canadiens[3]. Ce modèle montre :

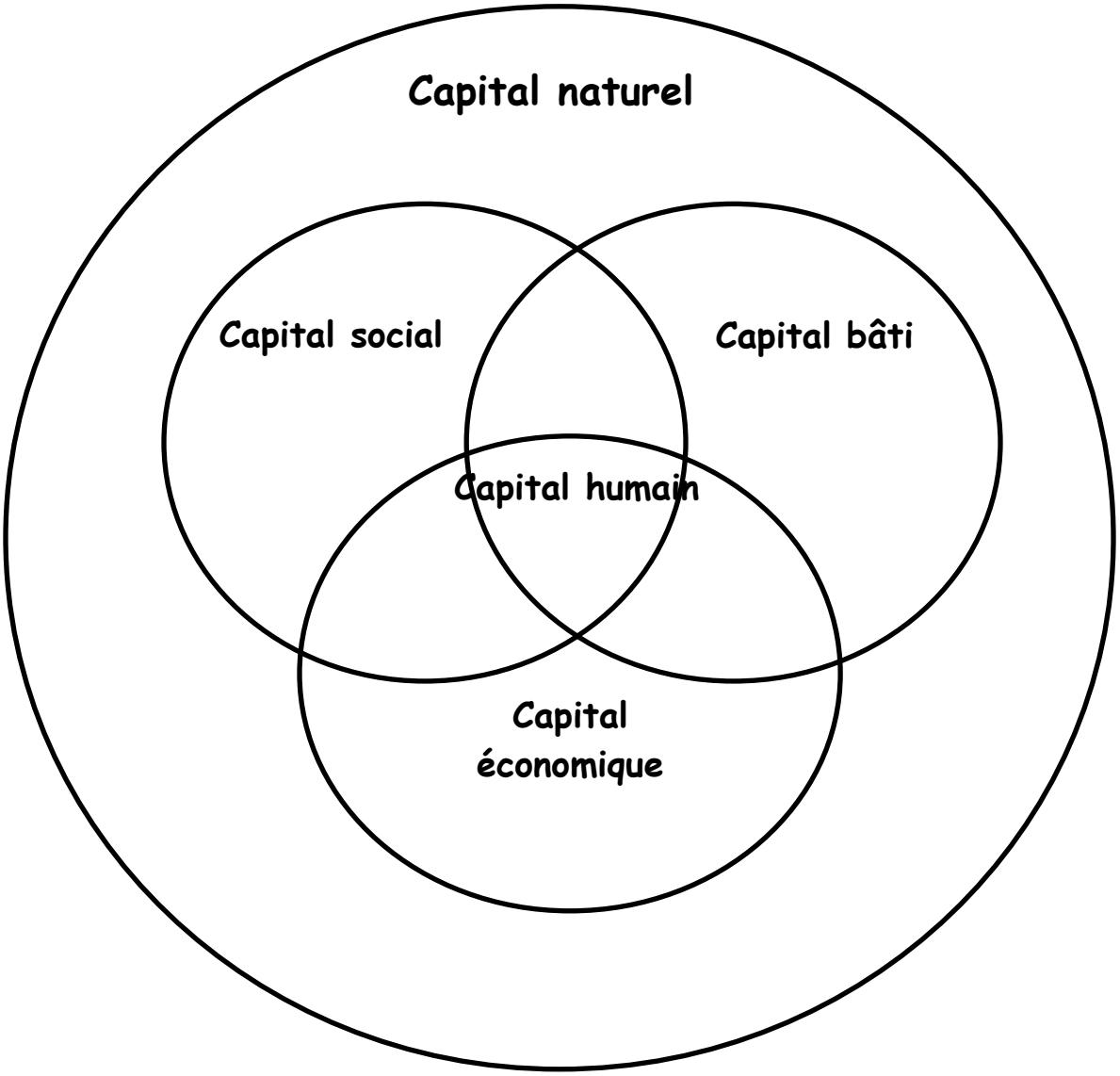
- que le développement humain est le produit de l'interaction du capital bâti, du capital économique et du capital social, dans le contexte du capital naturel;
- que, conceptuellement, plus il y a d'intégration (chevauchement) dans le développement de capital social, de capital économique ou de capital bâti, plus le niveau de capital humain est élevé;
- qu'il est nécessaire d'établir un certain équilibre entre toutes ces formes de capital et, notamment, qu'il n'est pas viable de créer une forme de capital en épuisant d'autres formes de capital;
- que la combinaison de ces formes de capital ne peut excéder le capital naturel (intégrité et santé de l'écosystème, durabilité des ressources, systèmes de support vital, capacité limite).

Il est important de faire la distinction entre le capital social et le capital humain. Le capital humain est la somme des capacités ou potentiel réalisé de chaque individu dans une communauté ou une ville; il est inhérent à l'individu, alors que

[3] « Le milieu bâti fait partie de l'écosystème global de la planète Terre. Ce milieu englobe tous les bâtiments, espaces et produits créés ou à tout le moins considérablement modifiés par les humains. En font partie nos maisons, nos écoles, nos lieux de travail, nos parcs, nos quartiers commerciaux et nos routes. Il s'étend par-dessus nos têtes sous forme de lignes de transport d'électricité, sous terre sous forme de décharges et de rames de métro et dans le pays tout entier sous forme de routes ». Santé Canada, Santé et Environnement (1997).

« le capital social n'est pas inhérent à la personne, mais plutôt à la structure des relations entre les personnes ». (Coleman, 1988)

Figure 1 : Capital humain et développement centré sur la personne



Le concept de connexions et de réseaux sociaux informels de Putman (Putnam, 1993), et les idées qui y sont associées, en est venu à dominer le concept de « capital social ». Toutefois, la structure de nos relations avec les autres doit être comprise en fonction de deux autres dimensions au moins :

- le capital social « formel », représenté par le système de programmes sociaux que nous avons créé – pensions, assurance-emploi, soins de santé, aide sociale, services sociaux, éducation publique, etc.;
- le capital social « invisible », représenté par les systèmes constitutionnel, juridique et politique que nous avons créés au fil des siècles et qui régissent nos interactions dans une société démocratique et conformément au principe de légalité, de façons dont on peut ne pas être toujours conscients.

Par conséquent, le développement humain dépend du développement économique et social axé sur la personne et du développement axé sur la personne de l'environnement bâti, et en tenant compte des contraintes imposées par les systèmes naturels. La gouvernance des diverses interactions de ces différentes dimensions, l'atteinte d'un équilibre approprié entre ces dimensions souvent concurrentes de façon à mobiliser les membres de la communauté de tous les secteurs, la maximisation – idéalement – simultanée de toutes ces formes de capital – sont au cœur de l'art de la gouvernance locale de la santé et du développement humain.

Toutefois, d'autres organisations ont aussi utilisé le concept des cinq formes de capital, en le modifiant légèrement. Le ministère du Développement international (MDI) du Royaume-Uni qui dirige l'action du gouvernement britannique contre la pauvreté, préconise largement ce qu'il appelle une « approche fondée sur les moyens de subsistance » qui utilise un cadre axé sur les cinq formes de capital.

Comme il le fait observer, les êtres humains et leur accès aux biens sont au cœur des approches fondées sur les moyens de subsistance. Dans son cadre original, le MDI définit cinq catégories de biens, ou capitaux; d'autres leur ont été ajoutées ultérieurement, notamment le capital politique (pouvoir et capacité d'influencer les décisions). Les cinq catégories initiales de capital sont les suivantes :

- le capital humain : compétences, connaissances, santé et capacité de travailler;
- le capital social : ressources sociales, notamment les réseaux informels, les membres des groupes formalisés et les relations de confiance qui facilitent la coopération;
- le capital naturel : ressources naturelles telles que la terre, le sol, l'eau, les forêts et les ressources piscicoles;
- le capital physique : infrastructure de base, comme les routes, l'eau et l'hygiène publique, les écoles, les TIC; et les biens produits, y compris les outils et l'équipement;
- le capital financier : ressources financières incluant les épargnes, le crédit, et le revenu provenant de l'emploi, du commerce et des envois de fonds.

Le MDI fait remarquer que des actifs peuvent être détruits ou créés par suite des tendances (économiques, politiques), de chocs (guerres, conflits, catastrophes naturelles) et des changements saisonniers qui rendent les individus vulnérables dans leur vie quotidienne. Les politiques, les institutions, les processus peuvent avoir une grande

influence sur l'accès aux biens – en les créant, en en déterminant l'accès, en influant sur les taux d'accumulation d'actifs. Ceux qui possèdent plus d'actifs sont plus susceptibles d'avoir plus de possibilités de moyens de subsistance pour poursuivre leurs objectifs et réduire la pauvreté[4].

2.4 Nouvelles mesures du progrès

Si l'objectif central du gouvernement – et, en fait, de la gouvernance de la société et de la communauté – est d'améliorer la santé, le bien-être, le développement humain, et la création de capital communautaire, il s'ensuit alors qu'il faudrait mesurer notre progrès en tant que pays, province, territoire, municipalité ou communauté, en ces termes. Nous prenons de plus en plus conscience des limites du système que nous utilisons actuellement pour mesurer le progrès; le PNB, qui est une mesure très imparfaite du bien-être d'une société, est trop souvent la seule chose qui semble compter. Pourtant, dans le monde des indicateurs, il est évident que « nous obtenons ce que nous mesurons » – et que si nous utilisons des mesures imparfaites, nous ne devrions pas être surpris d'obtenir des résultats imparfaits.

Beaucoup de travail a été effectué ces dernières décennies pour élaborer de nouvelles mesures du progrès. D'une façon ou d'une autre, toutes ont tenté d'intégrer la plupart des cinq formes de capital, sinon toutes, et le concept de développement humain indiqués ci-dessus. Nous présentons ici certaines initiatives essentielles qui revêtent une pertinence particulière pour le Canada :

- Indicateur du développement humain (IDH) : Cet indicateur qui a été élaboré par le PNUD est utilisé depuis une vingtaine d'années. Le premier Rapport sur le développement humain (1990) a introduit une nouvelle manière de mesurer le développement en faisant la synthèse des indicateurs d'espérance de vie, de niveau d'études et de revenu, pour aboutir à un indicateur composite du développement humain, l'IDH. Le tournant décisif pour l'IDH fut la création d'une statistique unique destinée à servir de cadre de référence pour le développement économique et social. Au fil du temps, cet indicateur est devenu de plus en plus complexe et raffiné, avec l'ajout de l'Indicateur sexospécifique du développement humain (l'ISDH, qui est l'IDH ajusté en fonction de l'inégalité sexospécifique), de l'Indicateur de la participation des femmes (IPF, mesure de l'égalité sexospécifique en matière de participation économique et politique et de prise de décision) et l'Indicateur de la pauvreté humaine (IPH), qui utilise les indicateurs incorporant les dimensions les plus fondamentales de la privation : une courte espérance de vie, un manque d'instruction fondamental et un manque d'accès aux ressources publiques et privée (consulter le site http://hdr.undp.org/fr/statistiques/indicateurs/isdh_ipf)

  Pendant de nombreuses années, le Canada s'est classé en tête ou près de la tête du classement international des pays au chapitre de l'IDH; dans le rapport de 2008 (fondé sur les données de 2006) il se classait au 3e rang. Toutefois, il

[4] On trouvera plus d'information sur le MDI sur le site www.dfid.gov.uk. On trouvera d'autres renseignements sur l'approche relative aux moyens de subsistance auprès de l'International development clearinghouse Eldis Organization, www.eldis.org.

s'est classé au 83e rang des 157 pays visés par l'ISDH (bien que l'écart entre tous les pays soit très mince), et au 11e rang selon l'IPF[5]. Cependant, au Canada, il existe des différences très marquées entre les Autochtones et les non-Autochtones. Une étude comparant l'IDH pour les Indiens inscrits et le reste de la population canadienne (Cooke, Beavon et McHardy, 2004) a trouvé que l'IDH canadien en 1981 était 0,806 et qu'il a augmenté, s'élevant à 0,880 en 2001[6], alors que l'IDH pour les Indiens inscrits qui était 0,626 en 1981 a atteint 0,765 en 2001. Bien que l'écart entre les deux populations se soit rétréci, passant de 0,23 en 1981 à 0,11 en 2001, un résultat de 0,765 a placé les Indiens inscrits au même niveau que le Kazakhstan, qui s'est classé au 76e rang des 175 pays en 2001 (PNUD, 2003).

- Indicateur de progrès réel (IPR) : fondé sur les travaux de Herman Daly et John Cobb (1989) qui ont mis au point l'Indice du bien-être économique, l'IPR a été créé par Redefining Progress, organisation située à San Francisco, en 1995. « L'IPR utilise les mêmes données de la consommation personnelle sur lesquelles se fonde le PIB, mais il fait des distinctions importantes. Il tient compte de facteurs tels que la répartition du revenu, ajoute des facteurs tels que la valeur du travail ménager et du travail bénévole, et en soustrait d'autres comme les coûts associés à la criminalité et à la pollution »[7]. On peut l'utiliser aux niveaux national, provincial ou local.

  L'IPR utilise les mesures suivantes : la répartition du revenu, le travail ménager, le travail bénévole et les études supérieures; la criminalité, l'épuisement des ressources, la pollution; le dommage environnemental à long terme, les changements concernant le temps consacré aux loisirs; les dépenses consacrées à la défense de l'environnement; la durée de vie des produits de consommation durables, l'infrastructure publique, et la dépendance à l'égard des biens étrangers.

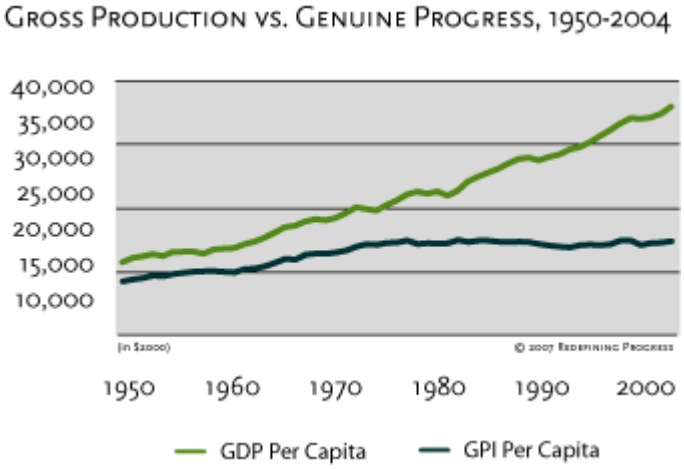
  La différence entre le PIB et l'IPR est très révélatrice; les comptes annuels du PIB et de l'IPR pour les É.-U. de 1950 à 2004 (la plus récente mise à jour faite par Redefining Progress) révèle la vérité qui se cache derrière la phrase « obtenir de meilleurs résultats, mais se sentir pire ». Bien que le PIB ait augmenté régulièrement, l'IPR stagne depuis les années 1970 (voir la Figure 2).

[5] http ://hdrstats.undp.org/2008/countries/country_fact_sheets/cty_fs_CAN.html

[6] Curieusement, le PNUD a donné au Canada une cote de 0,937 en 2001, ce qui l'a placé au 8e rang; une cote de 0,880 l'aurait placé au 29e rang à côté de la Slovanie. Il est clair qu'il existe des différences méthodologiques entre l'estimation de l'IDH du PNUD et celle des auteurs canadiens.

[7] www.rprogress.org/sustainability_indicators/genuine_progress_indicator.htm

Figure 2 : PIB et IPR, États-Unis, 1950 - 2004



Production brute c. progrès réel, 1950-2004

PIB par habitant IPR par habitant

Au Canada, GPI Atlantic a élaboré l'IPR au niveau provincial pour la Nouvelle-Écosse et a mis à l'essai sa mise en œuvre au niveau communautaire dans trois communautés de la Nouvelle-Écosse - Kings County, Glace Bay et Halifax[8], tandis que le Pembina Institute élaborait l'IPR pour l'Alberta en 2000 et le mettait à jour en 2005[9].

- Bonheur national brut (BNB) : Proposé par le roi du Bhoutan dans les années 1970, le BNB exprime la notion bouddhiste que le but ultime de la vie est le bonheur intérieur. L'indice de BNB est un seul chiffre visant à « traduire le bonheur et le bien-être général de la population bhoutanaise » et on le calcule au moyen des trois ensembles généraux d'indicateurs; indicateurs du niveau de BNB, indicateurs géographiques du BNB et indicateurs de corrélation et de cause à effet du BNB. Les indicateurs du BNB comprennent neuf dimensions de base :
    - le bien-être psychologique
    - l'utilisation du temps
    - la vitalité de la communauté
    - la culture
    - la santé
    - l'éducation
    - la diversité environnementale
    - le niveau de vie

[8] www.gpiatlantic.org/community.htm
[9] www.greeneconomics.ca/AlbertaGPI

- la gouvernance[10]

Ces dernières années, le BNB a attiré l'attention au niveau international, et la Seconde conférence internationale sur le BNB a été tenue en Nouvelle-Écosse en 2005, avec l'appui financier du CRDI et de l'ACDI et le soutien de nombreux partenaires, y compris de GPI Atlantic[11]. Les chercheurs affiliés à GPI Atlantic ont travaillé avec les chercheurs du Bhoutan et ils ont récemment entrepris (printemps 2009) une enquête-pilote sur le BNB à Victoria (C.-B.) dans le cadre d'une série d'enquêtes-pilotes de ce type dans plusieurs pays (Mike Pennock, communication personnelle).

- Indice canadien du mieux-être (ICME) : L'Atkinson Charitable Foundation travaille avec un nombre d'organisations et de communautés du Canada depuis 1999 pour mettre au point l'ICME. Elle crée, en particulier, des partenariats avec les Fondations communautaires du Canada concernant leur initiative des signes vitaux et avec l'initiative de revitalisation des quartiers de Centraide, et elle a aussi des liens avec l'initiative de rapports de la qualité de vie de la FCM[12] ainsi qu'avec Communautés dynamiques. L'indice a huit domaines - assez semblables à ceux du BNB - qui seront combinés pour former un indicateur composite :

  - populations saines
  - vitalité de la communauté
  - utilisation du temps
  - population scolarisée
  - santé de l'écosystème
  - arts et culture
  - engagement civique
  - niveau de vie

  « Plus important, l'ICME mettra en lumière l'interdépendance de ces importants domaines ». Comme l'IPR, il « traitera les activités utiles comme des actifs et celles qui sont nocives comme des passifs » et également, tout comme l'IPR, il sera calculé aux niveaux national, provincial, régional et communautaire[13].

On constate clairement un intérêt croissant à tous les niveaux, du niveau international au niveau local, envers l'élaboration d'autres options de mesure du progrès; en outre, un

[10] www.grossnationalhappiness.com/gnhIndex/intruductionGNH.aspx
[11] www.gpiatlantic.org/conference/
[12] Dirigé par la Fédération canadienne des municipalités (FCM), le Système de rapports sur la qualité de vie (SRQDV) évalue, surveille et diffuse les tendances sociales, économiques et environnementales observées dans les plus grandes villes et collectivités du Canada. Le Système de rapports sur la qualité de vie est une initiative portée par ses membres. Au nombre de 16 en 1996, les collectivités membres du SRQDV sont maintenant 23, réparties dans sept provinces. (Source : http://www.fcm.ca/Francais/view.asp?x=477)
[13] www.atkinsonfoundation.ca/ciw

grand nombre de ces efforts ont de nombreux éléments communs. On a constaté un intérêt particulièrement marqué ces dernières décennies pour le développement d'ensembles d'indicateurs plus généraux au niveau communautaire, notamment des ensembles d'indicateurs pour les communautés saines, les communautés durables, les communautés viables et les communautés sécuritaires, et pour la qualité de vie[14]. Tous sont élaborés de façon à tenir compte des communautés de façon globale, souvent en utilisant des catégories de bien-être ou de développement humain, économique, social et environnemental.

En outre, et plus important, ils incluent presque toujours une stratégie de mobilisation communautaire, étant donné que l'élaboration d'indicateurs et leur utilisation par la communauté sont considérés comme un élément important du processus de renforcement de la capacité communautaire.

Tout effort au niveau national pour améliorer la santé de la population et le développement humain par l'action communautaire, afin de créer des communautés plus saines, doit s'accompagner d'un effort national d'élaboration de nouvelles mesures de progrès comme celles dont nous avons parlé ci-dessus, afin que l'on puisse voir les progrès que nous avons réalisés dans l'atteinte de ces vastes objectifs sociétaux. Ces nouvelles mesures doivent pouvoir s'appliquer à tous les niveaux, de l'international au local, et elles doivent être élaborées en partenariat avec les communautés, dans le cadre du renforcement de la capacité de la communauté de se comprendre et de comprendre sa situation, condition préalable nécessaire pour poser des gestes concrets.

2.5 Renforcement de la résilience chez les gens et les communautés

La résilience est un important concept relié au capital communautaire – il s'agit, en quelque sorte, de la somme, à un niveau personnel et communautaire, des créations de toutes les formes de capital communautaire. Dans son récent ouvrage « Shared Space : The Communities Agenda », Sherri Torjman, vice-présidente du Caledon Institute of Social Policy, avance que l'objectif de ce que Paul Born, directeur du Tamarack Institute, appelle le « programme communautaire » est de promouvoir la résilience pour bâtir des communautés fortes et dynamiques (p. 3).

En s'appuyant sur deux domaines de recherche et de pratique très différents mais étonnamment complémentaires – l'écologie et la santé mentale – Torjman avance que « la capacité, non seulement de s'adapter, mais également de prospérer face à des problèmes ardus et au changement continu » (p. 5) – est un attribut souhaitable tant pour les êtres humains que pour les communautés (et, bien entendu, pour les écosystèmes).

En fait, il existe une interrelation entre les personnes résilientes et les communautés résilientes. Il n'est alors pas surprenant, fait valoir Torjman, que pour renforcer la résilience il faille investir dans la capacité personnelle (« les compétences, habiletés et ressources des individus et des ménages ») et dans l'infrastructure communautaire

[14] Voir, par exemple, le Community Indicators Consortium, réseau d'apprentissage et communauté d'expertise pour les personnes engagées dans le domaine des indicateurs communautaire et leur application ou que ce domaine intéresse. Sa septième conférence internationale aura lieu à Seattle à l'automne 2009. (www.communityindicators.net/)

(« l'approvisionnement en produits de base et en ressources qui contribuent au bien-être », p. 18). Plus précisément, cela veut dire d'investir dans :

- la satisfaction des besoins de base (logement abordable convenable, revenu suffisant, protection de la santé);
- le développement des capacités et des compétences d'adaptation de base (développement de la petite enfance, alphabétisation, empathie, résolution des problèmes, et systèmes de soutien social et de capital social);
- la participation active à la vie sociétale et un sentiment de capacité d'action, résultant du discours public, la participation à la prise de décision, le volontarisme, la participation à des activités récréatives – et la création des espaces publics nécessaires pour mener ces activités;
- la création de possibilités au moyen de la formation et du développement des compétences, du développement économique communautaire, et du renforcement des biens collectifs et personnels, publics et privés.

3. Création de communautés plus saines

> « [...] la plus grande contribution à la santé de la nation ces 150 dernières années est le fait non pas des médecins ni des hôpitaux, mais de l'administration locale ».
>
> --Dr Jessie Parfitt, dans *The Health of a City : Oxford, 1770-1974*

L'histoire nous enseigne pourquoi il est utile de s'occuper de la santé de la population au niveau communautaire. Comme l'a relevé Thomas McKeown dans son fameux ouvrage publié dans les années 1970 (McKeown,1978), les gains les plus importants en matière d'espérance de vie et de santé humaines ces 200 dernières années sont attribuables à l'accès à l'eau potable, à de meilleurs réseaux d'assainissement, à une meilleure alimentation et à l'amélioration du niveau de vie, tous se produisant au niveau communautaire, et aucun d'eux n'étant le résultat de meilleurs services de santé per se.

En fait, il existe un lien historique entre la santé et les villes, et le mouvement de santé publique contemporain est né des préoccupations sur la santé des villes en Angleterre au milieu du XIXe siècle (voir l'annexe 1).

Le mouvement des villes et des communautés saines actuel est né du concept de la promotion de la santé développé au Canada et en Europe au milieu des années 1980, plus précisément, lors d'une conférence sur la politique publique saine tenue à Toronto en 1984 qui a entraîné la création du projet des Villes-Santé par le bureau de l'OMS pour l'Europe en 1986 (voir l'annexe 2). À ce titre, il prend sa source dans les principaux éléments de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* et dans l'approche fondée sur les milieux environnants[15] recommandée dans la Charte (OMS, 1986) dont il est une

[15] Les « milieux environnants » sont les lieux physiques et les espaces sociaux où nous menons notre existence. Du fait qu'il s'agit des « lieux » centraux dans nos vies, et parce qu'ils combinent les environnements sociaux et physiques, ils peuvent constituer d'importants axes de recherche pour les programmes de promotion de la santé. Les approches axées sur les milieux environnants qui sont largement adoptés dans la promotion de la santé au Canada et à l'étranger incluent les écoles saines, les lieux de travail sains, les hôpitaux sains, les prisons saines, les marchés sains, les communautés saines, et les villes

expression importante. Par conséquent, comme la promotion de la santé vue comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé », la création d'une cité en meilleure santé (ou d'une communauté, terme préféré au Canada) est, elle aussi, vue comme un processus faisant intervenir nombre des approches stratégiques indiquées dans la Charte d'Ottawa (établir une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles). Il s'agit clairement de la définition d'une cité saine élaborée dans le document de travail original préparé pour le projet des Villes-Santé du bureau de l'OMS pour l'Europe :

> « Une ville saine est une ville où l'on crée et améliore constamment l'environnement physique et social et où l'on développe les ressources communautaires qui permettent aux gens de s'entraider dans la réalisation des fonctions de la vie et dans le développement maximal de leur potentiel ». (Hancock et Duhl, 1986)

Les « paramètres » d'une ville saine définis dans le document original du Bureau de l'OMS pour l'Europe illustrent bien l'éventail des questions qu'une initiative de communauté ou de ville saine pourrait avoir à traiter; celles-ci sont au moins aussi vastes que les « déterminants de la santé » définis plus d'une dizaine d'années plus tard par le Conseil consultatif sur la santé de la population (voir l'encadré 3).

saines. Théoriquement, et souvent dans la pratique, une communauté saine ou un projet de ville saine peut englober de nombreux autres programmes axés sur les milieux environnants.

Encadré 3 : La ville seine : définition et critères

Une ville en bonne santé est une ville où l'on crée et améliore constamment l'environnement physique et social et où l'on développe les ressources communautaires qui permettent aux gens de s'entraider dans la réalisation des fonctions de la vie et dans le développement maximal de leur potentiel.

Critères

1. Un environnement physique salubre, sans risques et de haute qualité (y compris au niveau du logement).
2. Un écosystème qui est stable dans le présent et pouvant être maintenu à long terme.
3. Une communauté forte, solidaire et qui n'exploite pas la population.
4. Un haut niveau de participation et de contrôle par la population pour tout ce qui concerne sa vie, sa santé et son bien-être.
5. La possibilité de satisfaire les besoins de base (alimentation, eau, abri, revenu, sécurité, emploi) de tous ses citadins.
6. L'accès à une grande diversité d'expériences et de ressources, avec une possibilité d'élargir les contacts, les synergies et les communications.
7. Une économie locale diversifiée, dynamique et innovatrice.
8. L'encouragement du sentiment de lien avec le passé, c'est-à-dire avec le patrimoine culturel et biologique des citadins, et avec d'autres groupes et individus.
9. Une structure de ville qui est compatible avec ce qui précède et qui le renforce.
10. Un niveau optimal de soins curatifs et de services de santé publique accessibles à tous.
11. Un bon état de santé (à la fois un état de santé positif et de faible morbidité).

(Source : Hancock, Trevor et Duhl, Leonard (1986) Healthy Cities : Promoting Health in the Urban Context. Copenhague, bureau de l'OMS pour l'Europe (également publié sous le titre de WHO Healthy Cities Paper, n° 1, publié par FADL, Copenhague, 1988)

Il importe également de noter que l'objectif final n'est pas la santé en soi, mais qu'il est lié au concept plus vaste de gens qui développent leurs potentialités de façon optimale, le concept de développement humain. De plus, conformément à la place qu'il occupe dans l'approche générale de la promotion de la santé, l'objectif central vise à donner aux êtres humains – individuellement et collectivement (par l'intermédiaire de leurs organisations communautaires et des structures politiques) – les moyens d'agir pour améliorer leur santé et leur niveau de développement humain. Pour cela, il faut adopter une démarche à long terme qui accorde une plus grande importance à la mobilisation et à l'habilitation politique aux niveaux local et communautaire sont plus importantes qu'aux projets à court terme (bien que ceux-ci puissent avoir leur importance dans le cadre du processus de mobilisation à long terme). Ce concept, comme celui de la promotion de la santé, a toujours posé problème à ceux qui se concentraient sur des résultats ciblés à court terme définis hors de la communauté (ce qui est souvent le cas de nombreux programmes gouvernementaux, comme nous le verrons plus loin). Sous de nombreux aspects, la

démarche de ville santé/communauté-santé est considérée, dans le meilleur des cas, comme une tentative de création d'un mouvement social communautaire plaidant en faveur de la santé, qui aide les communautés à définir elles-mêmes ce qui est important pour leur santé – quoi que ce soit – ainsi que la manière de l'améliorer.

Comme nous le verrons également plus loin, cette approche est compatible avec d'autres initiatives novatrices menées au Canada qui ont adopté une démarche similaire pour améliorer la condition des communautés canadiennes. Toutes posent les mêmes difficultés à la démarche d'action communautaire gouvernementale habituelle, et elles sont toutes victimes du même manque d'intérêt, qu'il convient d'examiner, parce qu'ensemble elles indiquent la voie à suivre pour l'action communautaire visant la santé de la population et le développement humain.

3.1 Communautés saines au Canada

Le Canada gère un mouvement de communautés saines depuis plus de 20 ans (nous préférons utiliser le terme « communauté » au Canada - ou ville et village au Québec – pour pouvoir inclure les petites communautés qui ne se considèrent pas comme des « villes » ainsi que les communautés qui se définissent comme telles ou les quartiers au sein des villes). Il existe trois initiatives largement ou entièrement financées au niveau provincial. Il n'y a pas d'initiative nationale; le financement de l'initiative des communautés saines du Canada qui a été établie en 1989 a fait l'objet de compressions durant la récession de 1991-1992.

- Au Québec, le Réseau québécois de Villes et Villages en santé (RQVVS) a été établi en 1990, et il est étroitement affilié à l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) dans lequel il est situé, et aux municipalités du Québec, qui composent ses membres et la majorité de son conseil d'administration. Sa mission est :

  > « *de promouvoir et de soutenir, à travers tout le Québec, le développement durable de milieux de vie sains. Il mise, pour ce faire, sur les échanges et le partage entre les municipalités, sur l'engagement des décideurs municipaux en faveur de la qualité de vie et sur leur capacité à mobiliser leurs partenaires et les citoyennes et citoyens dans l'action concrète* ». (www.rqvvs.qc.ca/reseau/mission.asp)

  Il comprend parmi ses membres 179 municipalités locales ou régionales (l'une d'elles étant une communauté de Premières nations) représentant plus de 50 pour cent de la population du Québec. En plus de ces membres officiels, un service de santé publique régional a la possibilité de travailler avec une municipalité dans le cadre d'une stratégie de communauté-santé, sans que cette municipalité soit tenue de joindre le RQVVS, de sorte que sa portée ne se limite pas à ces membres officiels; en fait, on estime que le RQVVS a travaillé avec 350 à 400 communautés ces cinq dernières années (communication personnelle de Louis Poirier, directeur, mars 2009).

  Le budget de 2008-2009 pour le RQVVS s'élève à près de 500 000 $, montant qui lui vient principalement du gouvernement du Québec, par l'intermédiaire de l'INSPQ.

- La Coalition des communautés en santé de l'Ontario (CCSO) est un organisme enregistré, constitué en personne morale, qui a pour mission de *travailler avec les diverses communautés de l'Ontario afin d'améliorer leur bien-être social, économique et environnemental.* Établie en 1992 et largement financée par le gouvernement, elle œuvre pour soutenir les groupes, coalitions et réseaux régionaux et locaux qui se consacrent aux initiatives communautés-santé en Ontario mais, par comparaison avec le RQVVS, elle est moins axée sur les gouvernements municipaux. La CCSO soutient les collaborations multisectorielles pour renforcer les économies locales, aborder les questions sociales et améliorer l'environnement, tout cela dans l'objectif ultime d'améliorer la santé de la communauté et de ses membres. (www.ohcc-ccso.ca/fr)

  En septembre 2008, le CCSO comptait 376 membres répartis dans 143 secteurs, y compris 80 « membres communautaires » de tout l'Ontario (un membre communautaire est « une coalition d'organismes représentant au moins trois secteurs communautaires, a adopté l'approche de communauté en santé et travaille en matière d'amélioration du bien-être social, économique et environnemental de leur collectivité »), 15 organismes provinciaux couvrant le spectre social, environnemental, économique et politique, et 281 membres de réseaux, y compris quatre organismes d'autres provinces. Ces cinq dernières années, on estime que le CCSO a fourni des services à environ 350 groupes (communication personnelle de Lorna Heidenheim, directrice exécutive, mars 2009)

  Le budget de 2008-2009 du CCSO s'élève à environ 720 000 $, près de la moitié lui est fournie par le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario et 250 000 $ par l'Agence de la santé publique du Canada et la Fondation Trillium chacune.

- L'initiative des communautés saines de la Colombie-Britannique [BC Healthy Communities initiative (BCHC)] a été établie au début des années 1990, mais son financement lui a été retiré peu de temps après. Elle a refait surface en 2005 grâce au financement du ministère de la Santé de la C.-B. par l'intermédiaire d'ActNow BC. Elle a pour vision que *toutes les communautés de la C.-B. créent et améliorent constamment les biens sociaux, environnementaux et économiques qui favorisent la santé, le bien-être,et la capacité de réaliser leur plein potentiel* et pour mission *de promouvoir l'approche de communauté-santé, en offrant une plate-forme commune pour le dialogue, la collaboration, l'apprentissage et l'action*.

  BCHC soutient les communautés et les groupes communautaires qui adoptent une approche holistique et intégrée pour améliorer la santé, le bien-être et le développement sain dans leurs communautés au moyen de facilitation, d'ateliers, de trousses d'outils et de petites subventions de démarrage. La plupart des activités qu'elle mène actuellement porte sur les processus de mobilisation communautaire et de renforcement des capacités, notamment des forums et des ateliers, ou de petites interventions visant à promouvoir

l'activité physique, une alimentation plus saine ou l'embellissement paysager. Voir www.bchealthycommunities.ca

On estime que BCHC a travaillé avec plus de 400 organisations différentes dans 300 communautés de la C.-B. depuis son rétablissement. Son budget en 2008-2009 s'élevait à un peu plus de 550 000 $, montant qui lui venait du ministère pour la Vie saine et le Sport de la Colombie-Britannique plus un autre montant estimé à 50 000 $ en contributions en nature lui est venu de l'Union of BC Municipalities (UBCM) dans lequel il est situé.

Comme on peut le voir, ces trois réseaux provinciaux ont adopté une approche générale qui relie les facteurs économiques, sociaux et environnementaux et ils facilitent et soutiennent tous l'action axée sur la collaboration au sein des communautés. L'initiative du Québec accorde une grande importance aux gouvernements municipaux avec lesquels la province a établi des liens, alors que celle de l'Ontario est plutôt axée sur les réseaux et les organisations communautaires; tirant les enseignements de l'expérience de ses deux partenaires, l'initiative de la C.-B., fait les deux, en étant située à l'UBCM et en accordant la priorité au renforcement des capacités communautaires. Ces trois initiatives disposent de budgets à peu près similaires et réussissent à atteindre et à soutenir un grand nombre de communautés et à travailler avec elles avec des budgets vraiment très limités.

4. Mobilisation communautaire et renforcement des capacités

Un examen antérieur du projet Villes-Santé du bureau de l'OMS pour l'Europe (OMS, 1992) indique que les principaux éléments constitutifs d'une communauté saine sont :

- la mobilisation communautaire,
- les partenariats intersectoriels,
- l'engagement politique,
- la politique publique saine.

L'établissement de liens stratégiques entre ces quatre approches clés constitue ce que l'on pourrait décrire comme une stratégie locale visant l'amélioration de la santé de la population et du niveau de développement humain. Ensemble, elles développent et renforcent ou, pour être plus précis, elles s'appuient sur la capacité communautaire ou les actifs déjà présents dans chaque communauté. Ces dix dernières années, le développement communautaire reposant sur les actifs a de plus en plus remplacé la démarche par problème traditionnelle fondée sur les besoins pour aborder certains déterminants de la santé. Nous allons voir chacun d'eux.

4.1 Mobilisation communautaire

Selon le Tamarack Institute, le processus d'engagement citoyen comporte les cinq niveaux progressifs suivants :

1. **Passivité** – Les résidents et organismes locaux sont informés des problèmes par des organismes externes.
2. **Réaction –** Les résidents et organismes locaux fournissent leurs points de vue concernant les priorités et l'utilisation des ressources des organisations externes

3. **Participation –** Les résidents et organismes locaux influent sur les priorités et les organisations externes.
4. **Habilitation -** Les résidents et organismes locaux participent à la planification et à l'action avec les organisations externes.
5. **Leadership –** Les résidents et organismes locaux lancent et mènent l'action sur les problèmes avec le soutien des organisations externes.

Ce processus, qui rappelle la fameuse échelle de participation citoyenne de Sherry Arnstein[16], pose de plus en plus de défis aux structures de pouvoir existantes à mesure que l'on progresse dans l'échelle; toutefois, bien que certains puissent le trouver pénible et exigeant, il est habilitant et libérateur pour la communauté et ses membres. En outre, tout porte à croire que l'habilitation des individus, qui entretient habituellement un lien réciproque et renforçant avec l'habilitation des communautés[17] a, en soi, des effets positifs sur la santé de ceux qui sont habilités.

En fait, un tel processus d'habilitation est l'essence même de la promotion de la santé – le « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». Il est absolument essentiel pour le processus de création de communautés plus saines. Bien entendu, cela nous indique ce qui doit être fait, mais pas la manière de le faire; nous verrons cela plus loin, lorsque nous analyserons le travail du Tamarack Institute et son programme des collectivités dynamiques et autres initiatives similaires.

Nous nous contenterons de dire qu'il s'agit d'un processus de mobilisation communautaire long et lent qui exige de procéder par petites étapes sur lesquelles prendre appui, ce qui permettra d'acquérir une confiance et expérience croissantes. Comme pratiquement tout ce qui vise à améliorer les communautés et les rendre plus saines, il faut du temps, et il est indispensable d'élaborer des solutions locales aux conditions locales, et de ne pas imposer un modèle standard. (Cela ne veut pas dire que l'on ne peut pas tirer des enseignements des autres, ni trouver des principes à appliquer, parce qu'il y en a. Mais le modèle est le processus, non les modalités précises d'un programme.)

4.2 Partenariats intersectoriels

Il s'agit d'un domaine où notre terminologie a provoqué, et continue de provoquer une certaine confusion. Il est utile de considérer trois différents éléments de l'action intersectorielle (Hancock, 2008) :

- Action interservices/interministérielle/interorganisationnelle (Figure 3a)

  Action menée au sein d'une organisation fonctionnant à n'importe quel niveau, local, mondial (public, privé, ONG), pour relier et coordonner les activités. Par exemple, un bureau de ville saine (comme à Toronto) ou un comité interservices dans un gouvernement municipal, un comité du Cabinet

[16] Manipulation, Thérapie, Information, Consultation, Conciliation, Partenariat, Délégation de pouvoir, Contrôle citoyen

[17] Il ne faut jamais oublier que dans les communautés malsaines, lorsque la communauté utilise son habilitation pour exploiter les membres les plus faibles et les plus défavorisés, ou d'autres communautés à proximité ou éloignées, cette habilitation peut nuire à la santé de quelques autres, sinon de plusieurs.

et un programme comme Enfants en santé Manitoba, ou un Comité directeur sur la santé en milieu de travail dans une corporation. En termes gouvernementaux, on appelle souvent cette approche pangouvernementale.

- Action intersectorielle (Figure 3b)

  Action menée avec des partenaires de nombreux secteurs (public, privé, sans but lucratif, confessionnel, universitaire, professionnel, etc.), fonctionnant à n'importe quel niveau, du niveau local au niveau mondial. Citons, par exemple, une coalition communautaire en santé reposant sur une large assise, ou BC Healthy Living Alliance, qui inclut des NGO œuvrant dans le domaine de la santé, les associations professionnelles de la santé, l'Union of BC Municipalities, la BC Recreation and Parks Association, les autorités sanitaires de la C.-B. et (d'office) le ministre de la Santé et le bureau régional de l'ASPC, entre autres; toutefois, elle ne comprend pas encore le secteur privé.

- Intégration verticale (Figure 3c)

  Action à plusieurs niveaux. Elle peut parfois aller du niveau local au niveau mondial, mais, plus couramment, elle comprend seulement quelques niveaux. L'Accord de Vancouver entre les gouvernements fédéral, provincial et municipal, ou les coalitions internationales d'ONG axées sur des questions comme l'allaitement au sein ou le contrôle du tabagisme en sont des exemples.

Figure 3a : Action interservices/interministérielle/ interorganisationnelle

	Gouvernement	ONG et communauté	Milieu universitaire	Secteur privé
Local	↓	↓	↓	↓
Régional	↓	↓	↓	↓
État	↓	↓	↓	↓
National	↓	↓	↓	↓
International	↓	↓	↓	↓

Figure 3b : Action intersectorielle

	Gouvernement	ONG et communauté	Milieu universitaire	Secteur privé
Local				
Régional				
État				
National				
International				

Figure 3c : Intégration verticale

	Gouvernement	ONG et communauté	Milieu universitaire	Secteur privé
Local				
Régional				
État				
National				
International				

Ces trois formes d'action intersectorielle doivent être opérantes pour qu'une approche fondée sur le renforcement des capacités communautaires ou la communauté saine soit efficace. Il faut d'abord que le gouvernement municipal s'engage à réunir les principaux services pour pouvoir élaborer des approches communes aux questions transversales. Cela doit ensuite être appuyé (ce qui est rarement le cas) aux niveaux provincial et fédéral par des processus ou structures comparables, afin que les actions de ces paliers supérieurs de gouvernement puissent favoriser une approche intégrée au niveau local.

Deuxièmement, le travail qui consiste à créer une communauté plus saine (ou meilleure) doit transcender la sphère gouvernementale; il est indispensable que l'approche mobilise toute la société. Il est évident que, non seulement les organisations doivent y participer, mais également chaque citoyen, et celle-ci est clairement liée aux stratégies de participation communautaire indiquées plus haut. De nombreuses communautés ont trouvé des moyens différents de réunir leurs intervenants; un moyen efficace pour trouver un but commun et mener une action commune, souvent sur plusieurs années, a été la création d'une vision commune. La ville de Rouyn-Noranda au Québec, par exemple, première communauté d'Amérique du Nord à se déclarer officiellement communauté en bonne santé (en 1987) a élaboré avec un grand nombre de ses jeunes une vision commune qui a continué d'éclairer la voie pendant de nombreuses années. De même, l'initiative de communauté saine dans le Township de Woolwich dans la région de Waterloo a été guidée pendant une vingtaine d'années par une vision communautaire élaborée à la fin des années 1980.

Troisièmement, il faut, non seulement que l'action locale soit soutenue par les gouvernements fédéral et provinciaux, mais aussi mettre en place un mécanisme qui permette aux trois ordres de gouvernement de devenir des partenaires – des partenaires voués à répondre aux besoins locaux, et non des partenaires dans la mise en œuvre d'objectifs prioritaires nationaux ou provinciaux orientés sur les questions locales.

4.3 Engagement politique

Bien que la création d'une communauté saine soit une tâche trop vaste pour qu'un gouvernement local puisse l'entreprendre à lui seul, celui-ci joue un rôle fondamental dans ce processus. Un engagement politique de haut niveau (des maires et conseillers) a été l'élément central du projet des Villes-Santé de l'OMS, et au Québec, de l'initiative Villes et Villages en santé.

Il est indispensable d'avoir parallèlement un différent type d'engagement politique de la part des dirigeants politiques des gouvernements fédéral et provinciaux; ceux-ci doivent reconnaître le rôle crucial du gouvernement local dans la création des conditions favorables à la santé et au développement humain, et s'engager à renforcer les pouvoirs et les ressources des gouvernements municipaux, comme nous le verrons plus loin.

4.4 Politique publique saine

« Politique publique saine » désigne l'élaboration d'une politique publique dans des secteurs non liés à la santé visant explicitement à améliorer la santé de la population. Ce concept s'est développé en même temps que le concept de ville ou de communauté saine (les deux ayant émergé dans la foulée de la conférence « Beyond Health Care » tenue à Toronto en 1984). On pourrait donc demander à n'importe quel ordre de gouvernement ce qui constituerait une politique « plus saine », que ce soit dans le transport ou le logement, le développement urbain ou les parcs, la gestion des déchets ou l'approvisionnement énergétique, l'agriculture ou l'éducation, l'économie ou toute autre politique non liée à la santé.

Il a été noté au début du développement du mouvement des villes en santé que c'était au niveau local que :

> « [. . .] la pratique d'une politique publique saine se développe le plus rapidement là où ses effets sont les plus visibles. Il y a deux raisons évidentes à cela : bon nombre des problèmes liés aux facteurs environnementaux ou aux services sont plus visibles au niveau local. Tout comme le sont les changements nécessaires. Les politiciens à ce niveau ont des rapports plus étroits avec leurs électeurs et ils répondent de façon plus claire à leurs préoccupations. Les structures gouvernementales, même dans les grandes villes, interagissent plus facilement les unes avec les autres et trouvent des moyens de coordonner leur planification et leurs actions plus rapidement qu'au niveau national ». (Kickbusch, Draper et O'Neill, 1990)

Certaines caractéristiques peuvent rendre à la fois plus facile et plus difficile d'appliquer une politique publique saine au niveau local. Celles qui peuvent la rendre plus facile à appliquer au niveau local sont les suivantes :

- un certain degré « d'intimité locale » entre les principaux intervenants dans les petits réseaux sociaux et une communauté à une échelle un peu plus humaine;
- les décideurs (politiciens et personnel) vivent à proximité de leur lieu de travail et les décisions qu'ils prennent les touchent, touchent leurs amis, leurs voisins et leur famille;
- une organisation bureaucratique plus petite peut fournir des réponses plus rapidement et faciliter la rétroaction;
- des liens plus étroits entre la communauté et les décideurs;
- la possibilité de relier directement la défense des intérêts communautaires et l'action communautaire au changement d'orientation et aux décideurs.

D'autre part, les caractéristiques qui peuvent rendre plus difficile de suivre une politique publique saine au niveau local sont, entre autres :

- la possibilité qu'un nombre de grands enjeux, notamment économiques, soient déterminés au niveau national ou même international;
- la possibilité que le gouvernement local n'ait pas le pouvoir de modifier la politique ou que cela ne relève pas de sa compétence;
- la possibilité que le gouvernement central s'oppose aux initiatives et à l'autonomie locales;
- la possibilité qu'en décentralisant le gouvernement central se décharge sur les gouvernements locaux du fardeau ou de la responsabilité de la politique, mais ne leur donne pas le pouvoir ni les ressources nécessaires pour la mettre en œuvre;
- la possibilité que les politiciens locaux prétendent ne pas avoir le pouvoir d'agir, rejetant ainsi le blâme sur des instances supérieures;
- la possibilité que les administrations locales (notamment les plus petites) n'aient pas les ressources et l'expertise nécessaires. (Hancock, 1990)

On pourrait ajouter à cette liste le défi que pose la nécessité d'adopter une approche holistique à l'égard des déterminants de la santé et de ne pas cibler des problèmes individuels. Malheureusement, nos gouvernements, de tous les ordres, ne sont pas structurés pour adopter une approche holistique et nous manquons de gens possédant l'expertise nécessaire pour adopter une approche holistique.

Ce dernier point mérite d'être approfondi. Au Canada, nous avons essentiellement un système de gouvernement local qui date du XIXe siècle, littéralement et métaphoriquement. L'origine des services de santé publique, de travaux publics, des parcs, de la planification et des autres services municipaux, remonte au XIXe siècle. Ces services sont établis sur des modèles de secteurs distincts du XIXe siècle, que l'on qualifie aujourd'hui de « cloisonnés ». Malheureusement, la plupart des problèmes, sinon tous, auxquels nous sommes confrontés au XIXe siècle, touchent ces structures du XIXe siècle. Comme ces anciens mécanismes ne fonctionnent plus pour nous, la première réaction a été de créer de nombreux organismes, comités, commissions d'étude et groupes de travail à vocation spécifique. Cette prolifération témoigne du mauvais fonctionnement du mécanisme et des structures actuelles et indique que nous devons donc créer tous ces organismes à vocation spécifique. Toutefois, il ne peut s'agir que d'une réponse temporaire. Tôt ou tard, étant donné que la structure actuelle ne peut répondre adéquatement aux défis qui se poseront à nous au XXIe siècle, nous devrons créer de nouveaux processus et structures de gouvernance.

4.5 Développement communautaire reposant sur les actifs

Au milieu des années 1970, John McKnight, chercheur et intervenant en matière de développement communautaire aux États-Unis, a lancé l'idée qu'il fallait s'appuyer sur les dimensions positives d'une communauté pour mettre en œuvre le changement, au lieu de se concentrer exclusivement sur les problèmes de cette communauté, qu'il fallait se focaliser sur le verre à moitié plein plutôt que sur le verre à moitié vide, comme il le disait fréquemment, pour reconnaître les forces et les capacités des membres, des organisations, des institutions et des actifs d'une communauté.

Les importants travaux de McKnight, résumés ultérieurement dans « Building Communities from the Inside Out » (Kretzmann et McKnight, 1995), ont abouti au développement du concept de « développement communautaire reposant sur les actifs ». Kretzmann et McKnight ont fait remarquer que l'approche traditionnelle adoptée pour trouver des solutions au sans-abrisme, à la pauvreté, au chômage, à la criminalité et à la violence, a toujours été exprimée en termes négatifs du genre « quartiers nécessiteux, problématiques et déficitaires peuplés de gens nécessiteux, problématiques et déficitaires ». Il en a résulté un système fondé sur les besoins dans lequel les experts et les fournisseurs de service extérieurs – services gouvernementaux, organismes sans but lucratif, chercheurs universitaires et autres fournisseurs de services sociaux – viennent répondre aux besoins à l'aide de services et de programmes particuliers. Kretzmann et McKnight ont fait remarquer que cette approche finissait par déshabiliter les membres de la communauté qui devenaient des clients passifs des services. Cette approche a favorisé la création d'une mentalité de victime, encouragé un sentiment d'impuissance et de désespoir acquis chez les résidents qui ont commencé à se juger incapables de prendre en main leur propre vie ou de changer leur communauté pour l'améliorer.

Selon les auteurs, cette approche fondée sur les besoins ou sur les problèmes a également d'autres conséquences négatives :

- la fragmentation des services, chacun d'eux visant à s'attaquer à un problème particulier, au lieu d'adopter une approche holistique;
- l'orientation du financement vers les fournisseurs de services et non vers les membres de la communauté;
- l'affaiblissement du leadership communautaire et des relations communautaires. Les relations les plus importantes sont celles qui s'établissent entre l'expert de l'extérieur (travailleur social, intervenant en santé, bailleur de fonds) et le client, plutôt qu'entre les résidents de la communauté;
- un renforcement du cycle de la dépendance – pour que le financement soit renouvelé, par exemple, il faut que les problèmes se poursuivent et soient pires que dans les autres quartiers. L'incitation véritable à résoudre les problèmes est inexistante.

Plutôt que de se concentrer sur les besoins et les problèmes, John McKnight a préconisé une autre façon d'élaborer les politiques et les activités; elle consiste à s'appuyer sur les capacités, les compétences et les actifs des personnes à faible revenu et de leurs quartiers. En mettant en valeur les capacités, les communautés peuvent prendre en main leurs propres problèmes. Kretzmann et McKnight ont fait remarquer que l'on ne peut assurer le développement de la communauté que si les résidents locaux se sont mobilisés pour s'investir et investir leurs ressources dans les efforts d'amélioration. On ne bâtit jamais une communauté de l'extérieur ou de façon descendante, mais de l'intérieur et à partir de la base. Une aide extérieure est souvent requise, mais elle ne devrait servir qu'à aider à renforcer les actifs communautaires. Les auteurs font remarquer que même le quartier le plus pauvre est un lieu où les individus et les organisations sont des ressources qu'il faut exploiter.

McKnight et Kretzmann ont depuis créé l'Asset-Based Community Development Institute à la Northwestern University de Chicago. Cet institut mène de nombreuses recherches et publie de nombreux ouvrages sur le développement communautaire, produit des ressources et des outils pratiques à l'intention des bâtisseurs de la communauté, et il offre de très nombreux ateliers sur le développement des quartiers, des actifs et des réseaux communautaires dans toute l'Amérique du Nord. (Voir www.sesp.northwestern.edu/abcd/)

Ces dix dernières années, le modèle de développement communautaire reposant sur les actifs a suscité de plus en plus d'engouement. En fait, les initiatives Inclusive Cities Canada et Collectivités dynamiques, décrites dans la prochaine section, utilisent toutes deux ce modèle pour mettre en œuvre le changement et inciter l'engagement. Les conseils de planification sociale, certains d'eux en existence depuis neuf décennies et fonctionnant souvent en fonction des besoins, font équipe avec l'initiative Inclusive Cities, et adoptent cette orientation plus positive.

Jim Diers, autre promoteur du développement communautaire reposant sur les actifs et auteur de *Neighbor Power : Building Community the Seattle Way (Diers, 2004)*, œuvre dans le développement communautaire à Seattle depuis plus d'une trentaine d'années. Diers est aujourd'hui la principale autorité en matière de développement communautaire à la faculté de l'Asset-Based Community Development Institute et à l'University of Washington. Son modèle de démocratie participative a connu un tel succès qu'il a été adopté dans d'autres centres. Diers a récemment signé un document de travail pour la Canada West Foundation intitulé *From the Ground Up : Community's Role in Addressing Street*

Encadré 4 : Des fonds de contrepartie donnent un nouveau visage à Seattle

Il y a vingt ans, Seattle lançait un programme innovateur visant à promouvoir l'innovation dans les quartiers et la mobilisation communautaire.

Établi par Jim Diers en 1988, le Neighborbood Matching Fund a depuis financé plus de 3 000 projets communautaires et accordé 42 millions de dollars en subventions communautaires. Les quartiers ont complété cette contribution en fournissant 65 millions de dollars en dons en espèces, en services en nature et en heures de bénévoles. En 1991, la Fondation Ford et la Kennedy School of Government de l'Université Harvard ont qualifié ce Fonds de l'une des 10 initiatives locales les plus innovatrices des États-Unis.

Ces vingt dernières années, le programme a fourni des montants allant de 100 $ à 300 000 $ pour des projets de quartiers qui incluaient tout, embellissement des rues et des parcs, jardins communautaires, rénovation de bâtiments, et même des projets d'histoire orale. La contribution de la ville s'élève aujourd'hui à 2,5 millions par an. Certains des projets les plus notables sont :

Le Fremont Troll – L'espace au-dessous du pont Aurora de Seattle était le paradis des trafiquants de drogues, des sans-abri et d'autres activités indésirables. En 1991, grâce à l'argent du Fonds, les artistes de la communauté avoisinante de Fremont ont construit un énorme troll qui serre dans sa main une vraie coccinelle Volkswagen. Cette sculpture est devenue une attraction touristique et elle est même utilisée dans des événements comme « Shakespeare on the Troll ».

- Une piste populaire pour vélos de montagne a été construite au-dessous d'une autoroute.
- Une murale qui s'étend sur plus de 2 km a été peinte le long de la cinquième avenue, route très achalandée fréquentée par les navetteurs.
- Une aire de jeux pour enfants a été construite sur le thème du saumon dans un parc où trône un énorme toboggan en forme de saumon.

Les projets financés grâce aux fonds de contrepartie permettent habituellement de réunir des centaines de gens dans la communauté, des travailleurs de la construction, des équipes de scouts, des citoyens âgés, des artistes et militants. Ce programme a depuis été adopté par des centaines de communautés du monde entier.

Level Social Issues (2008)[18]. Dans ce résumé de son ouvrage plus vaste, il indique que la prévention, grâce à la création de communautés fortes et inclusives, est la seule solution à long terme aux problèmes liés à la toxicomanie, la prostitution, au sans-abrisme et à la pauvreté. Toutefois, pour cela, il faut que les citoyens se mobilisent. Diers fait remarquer que les gens ne se mobiliseront que s'ils ont du plaisir à fournir cet effort, si celui-ci donne des résultats, s'il utilise ce qu'ils ont à offrir et s'il se déploie là où ils vivent, dans leur réseau, leur îlot urbain, et qu'il touche un sujet qui les passionne.

Le rôle du gouvernement et d'autres organismes est d'aider à renforcer la capacité communautaire de manière à financer et encourager les initiatives communautaires qui sont dirigées par la communauté et qui s'appuient sur ses propres forces. Voici deux exemples d'initiatives menées durant la période pendant laquelle Diers était directeur du *Department of Neighborhouds* à Seattle :

- un Fonds de financement de contrepartie qui a permis de doubler l'investissement de 45 millions de dollars de la municipalité et d'engager des dizaines de milliers de bénévoles pour exécuter plus de 3 000 projets communautaires depuis 1989 (voir l'encadré 4);
- un Programme de planification à l'échelle de quartiers a permis aux quartiers d'engager leurs propres consultants; 30 000 personnes ont participé à l'élaboration de 37 plans de quartier entre 1996 et 1999. Par la suite, les citoyens ont obtenu par vote 470 millions de dollars en nouvelles taxes pour aider à mettre en œuvre ces plans.

Dans son document de travail de 2008, Dier documentait de nombreux moyens novateurs ayant permis à des quartiers d'Amérique du Nord de réduire, d'éliminer ou de prévenir certains grands problèmes sociaux qui nuisaient à la santé des individus et au bien-être de la communauté : l'établissement de réseaux et de relations, la promotion de l'inclusivité des quartiers, la participation des personnes « étiquetées » (toxicomanes, prostitués, sans-abri) à la solution – essentiellement en amenant les gens à travailler ensemble pour le bien commun.

Toutefois, le fait que divers ordres de gouvernement et organismes communautaires continuent de financer le modèle fondé sur les besoins ou sur des problèmes spécifiques constitue un important obstacle au développement communautaire reposant sur les actifs. En fait, ce problème concernant le financement de modèles pour le développement communautaire a été constamment soulevé au cours des entrevues avec les intervenants clés.

Commentaires d'intervenants clés

« La façon dont les choses sont actuellement financées empêche d'adopter une approche reposant sur les actifs. Elle empêche de prendre du temps pour réfléchir et établir des relations et comprendre le dialogue nécessaire pour avancer. Les bailleurs de fonds souhaitent financer des services directement offerts dans la communauté [...] Le renforcement des capacités communautaires n'est pas un service direct et ils ne veulent donc pas le financer. Nous avons des corporations de développement économique, pourquoi n'avons-nous pas de corporation de développement social ».

[18] www.cwf.ca/V2/files/CCI%20Diers.pdf

Le développement fondé sur les actifs est peut-être le principal mécanisme qui permette aux communautés de créer les cinq formes de capital, de renforcer la résilience personnelle et communautaire et d'améliorer le niveau de la santé de la population et du développement humain. Dès le début il était un aspect important de l'approche fondée sur la communauté en bonne santé au Canada, et il est au cœur de plusieurs autres initiatives créatives menées au Canada pour maximiser le développement humain et le bien-être de la communauté et de ses citoyens. À ce titre, il doit devenir un élément central du travail des gouvernements fédéral et provinciaux avec les communautés et dans les communautés.

Toutefois, comme nous l'indiquerons à la prochaine section, tout processus de développement communautaire complet à long terme qui repose sur les actifs n'apparaît pas de manière fortuite. Il exige un engagement financier à long terme et d'autres moyens qui permettent d'appuyer tant le processus communautaire que l'infrastructure de soutien communautaire nécessaires au niveau communautaire.

5. Nouveaux modèles de gouvernance communautaire pour la santé et le développement communautaire

Au Canada, en plus des trois initiatives provinciales de communautés saines, diverses organisations cherchent à aborder certains déterminants de la santé et du développement humain par le renforcement des capacités communautaires et la mobilisation de la communauté, pour s'attaquer essentiellement à la question de la pauvreté, de l'inclusion et des communautés actives. Nous décrivons dans cette section plusieurs grandes initiatives nationales qui ont été menées dans de grandes villes du pays ou dans une petite communauté autochtone. Nous analyserons ensuite le nouveau concept de « gouvernance urbaine saine » et l'infrastructure nécessaire pour la gouvernance communautaire.

5.1 Le Tamarack Institute et les Collectivités dynamiques

Le Tamarack Institute se décrit lui-même comme étant un institut qui prône la mobilisation communautaire. Fondé en 2002 par Alan Broadbent de la Maytree Foundation et Paul Born, l'Institut a pour mission d'aider les citoyens de différents secteurs de la communauté à travailler ensemble pour apprendre à se charger des questions qui touchent toute leur communauté. En assimilant cet effort à une corvée pour la construction d'une grange amish traditionnelle, Tamarack fait valoir qu'en travaillant ensemble, les communautés peuvent aborder leurs problèmes locaux et leur trouver des solutions. Un sentiment de bien-être découle du degré de familiarité et de confiance atteint grâce au contact, à la responsabilité partagée et au soutien.

Selon l'Institut, lorsque le niveau de participation citoyenne est élevé, la qualité de la vie communautaire s'améliore en général. Dans les communautés où les citoyens collaborent étroitement les uns avec les autres, on constate de plus hauts niveaux de scolarité, un meilleur développement des enfants, des quartiers plus sûrs, une plus grande prospérité économique, et des citoyens en meilleure santé physique et mentale. Toutefois, il doit y avoir au préalable une volonté communautaire – un sentiment clair que la communauté souhaite s'occuper de problèmes tels que celui de la pauvreté ou de la santé.

Tamarack fait remarquer que les citoyens peuvent exercer une grande influence et avoir des effets importants sur la vie de leurs communautés. À ce titre, il s'est positionné de façon à faciliter la mobilisation communautaire en offrant un ensemble de programmes et de services. Créée en 2002, l'initiative des Collectivités dynamiques est l'un des principaux programmes du Tamarack. Il s'agit d'un programme dirigé par la communauté qui vise à réduire la pauvreté au Canada en créant des partenariats entre des particuliers, des organisations, des entreprises et les gouvernements. Ce programme, appuyé par le Caledon Institute of Social Policy et la J.W. McConnell Family Foundation, comprend aujourd'hui 15 communautés canadiennes[19]. L'initiative Collectivités dynamiques met sciemment à l'essai des idées sur le renforcement communautaire, la réduction de la pauvreté, la collaboration et l'engagement, et génère un savoir fondé sur ce qui fonctionne le mieux dans la pratique.

Son travail est fondé sur cinq approches fondamentales :

- orienter l'objectif vers les efforts qui réduisent les causes de la pauvreté plutôt que vers les symptômes de la pauvreté;
- intégrer les initiatives locales visant la réduction de la pauvreté;
- inciter tous les secteurs de la communauté à collaborer à ces initiatives au niveau local;

Encadré 5 : Calgary poursuit l'objectif du salaire-subsistance dans le cadre des Collectivités dynamiques

Aux États-Unis, ces dix dernières années plus de 130 collectivités ont adopté des politiques sur le salaire-subsistance. Un salaire-subsistance est le montant de revenu dont un particulier ou une famille a besoin pour répondre à ses besoins de base, maintenir des conditions de vie convenables et sûres dans sa communauté, et épargner en vue de ses besoins et objectifs futurs. Dans le cadre de son initiative Collectivités dynamiques, une équipe d'action comptant plus de 20 partenaires met en œuvre une campagne de salaire-subsistance à Calgary.

Le salaire minimum en Alberta est 8,40 $ de l'heure. En travaillant un nombre d'heures standard de 35 heures par semaine, 52 semaines par an, un individu sans personne à charge employé au salaire minimum gagnerait un salaire annuel net de seulement 14 287 $ (en comprenant la paye de vacances). Ce revenu serait inférieur de 7 379 $ au SFR fixé par Statistique Canada pour un individu résidant dans une grande ville (21 666 $). L'équipe d'action pour le salaire-subsistance dans le cadre des Collectivités dynamiques a déterminé qu'une personne qui travaille à temps plein (35 heures par semaine, 52 semaines par an) doit gagner au moins 12 $ de l'heure plus les avantages sociaux (ou 13,25 $ de l'heure en remplacement des avantages sociaux) pour gagner un salaire-subsistance. La recherche montre que 65 000 (10,8 %) Calgariens employés de plus de 15 ans gagnent moins de 12 $ de l'heure et que les femmes sont représentées de façon disproportionnée au sein de ces employés à bas salaire, 45 000 d'entre elles gagnant moins de 12 $ de l'heure.

Le *Living Wage Leader Program* à Calgary (programme du salaire-subsistance) honore et récompense les employeurs qui paient à leurs employés un salaire-subsistance. En février 2009, la première entreprise à recevoir le prix était la Chambre de commerce de Calgary. De plus, le Conseil municipal de Calgary a demandé à l'administration municipale d'élaborer des propositions de politique relatives au salaire-subsistance à appliquer au personnel municipal et aux fournisseurs de services urbains et de présenter un plan de mise en œuvre pour 2009.

Sources
Fiche de renseignements sur le salaire-subsistance dans les Collectivités dynamiques à Calgary
http ://www.vibrantcalgary.com/media/VCC%20Living%20Wage%20Fact%20Sheet%20May%202008.pdf

Vibrant Calgary Living Wage Progam
Site Web www.vibrantcalgary.com/livingwage/

[19] Abbotsford, Calgary, Cap Breton, Edmonton, Hamilton, Montréal, Niagara, Saint John, St. John's, Saskatoon, Surrey, Trois-Rivières, Victoria, région de Waterloo, Winnipeg

- définir les actifs communautaires et les utiliser dans les initiatives de lutte contre-la pauvreté;
- une détermination à apprendre, changer et mettre en commun ce qui a été appris – tant des succès que des échecs.

Bien que les résultats des Collectivités dynamiques demeurent préliminaires, au cours d'une entrevue, Paul Born, leur fondateur, a fait remarquer que certaines communautés qui ont un gouvernement local et des citoyens mobilisés et qui ont pris leurs problèmes en main ont une énorme capacité de faire d'importantes transformations sociales. À titre d'exemple, dans le cadre des Collectivités dynamiques, les citoyens et le gouvernement de Calgary ont pu mettre en place un laissez-passer pour les transports en commun destiné aux citoyens à faible revenu qui coûte la moitié moins cher que le prix régulier. « Cela peut sembler peu de choses, mais en fait c'est beaucoup, parce qu'il s'agit d'un principe que nous n'avons pas réussi à exporter dans d'autres villes de ce pays, à savoir l'importance du transport comme bien public, élément fondamental pour l'économie et l'infrastructure de l'emploi. Autrement dit, si les gens ne peuvent pas se payer le transport en commun, ils ne pourront pas aller travailler chez McDonald's ».

D'autres actions menées dans le cadre des Communautés dynamiques ciblaient les enfants pauvres d'Hamilton, les familles monoparentales de Saint John au Nouveau-Brunswick et le logement abordable à Victoria.

5.2 Conseils de planification sociale et Inclusive Cities Canada

Dans de nombreuses villes du pays, il existe des conseils de planification sociale municipaux, de nombreux en existence depuis 80 ou 90 ans sous forme d'organisations communautaires, qui s'emploient à trouver des solutions aux problèmes urgents du sans-abrisme, de la pauvreté des enfants, de la sécurité alimentaire, du logement abordable et du soutien des immigrants. Nombre de ces organisations reçoivent des fonds de groupes tels que Centraide. Comme le Conseil de planification sociale d'Ottawa le note sur son site Web, il a pour mission de traiter les questions sociales, d'améliorer la qualité de vie à Ottawa et de servir de « ressource à guichet unique pour la recherche sociale indépendante, la planification communautaire et le soutien au développement communautaire pour les individus, les organismes et les réseaux qui opèrent un changement positif ».

Le Conseil canadien de développement social est un institut de recherche indépendant, à but non lucratif, en existence depuis 90 ans, axé sur la pauvreté, l'inclusion sociale, les personnes handicapées, la diversité culturelle, le bien-être des enfants, l'emploi et le logement; il relie tous les conseils de planification sociale au Canada. (www.ccsd.ca)

En 2003, une initiative axée sur la collaboration entre cinq conseils de planification sociale[20] et la Fédération canadienne des municipalités a abouti à Inclusive Cities Canada (ICC). Ils ont pris acte que l'inclusion sociale était considérée comme un déterminant fondamental de la santé. Le faible revenu, de mauvaises conditions de logement, l'insécurité alimentaire, sont des facteurs qui créent des sentiments d'exclusion sociale et, combinés au manque de participation aux décisions touchant les citoyens, créent un

[20] Burlington (comté d'Halton,) Edmonton, Saint John, Toronto, Vancouver/North Vancouver

mauvais état de santé, des taux plus élevés de maladies chroniques et de morbidité prématurée. Chaque ville a créé un comité de citoyens pour documenter le degré d'inclusivité de sa ville en se fondant sur cinq dimensions de l'inclusion sociale :

- la reconnaissance institutionnelle de la diversité,
- les possibilités de développement humain,
- la qualité de l'engagement des citoyens,
- la cohésion des conditions de vie,
- le caractère adéquat des conditions de vie.

Inclusive Cities mène des recherches et incite le leadership local et la communauté à contribuer à façonner la politique publique et les pratiques institutionnelles. Son but est de créer une « alliance citoyenne horizontale » en matière d'inclusion sociale dans toutes les communautés urbaines du Canada. L'inclusion sociale consiste également à traiter des problèmes qui favorisent l'isolement comme la pauvreté, le sans-abrisme, le manque de soutien social, les questions touchant l'immigration et autres.

5.3 L'Accord de Vancouver

Ces dix dernières années, de nouveaux modèles de coopération entre les divers ordres de gouvernement sont apparus sous forme d'accords sur le développement urbain, le plus connu étant l'Accord de Vancouver. La nature de certaines questions communautaires est si complexe qu'elles exigent de nouvelles structures de gouvernance et de nouveaux partenariats multiréseaux.

Cela a été le cas du quartier Downtown Eastside (DTES) de Vancouver à la fin des années 1990. Une crise de santé publique sous la forme d'une épidémie de décès causés par des surdoses et d'une brusque augmentation de maladies sexuellement transmissibles, en particulier du VIH/sida, de la syphilis et de l'hépatite C, a frappé ce quartier historique qui abrite une communauté de personnes à faibles revenus. Les taux élevés de toxicomanie, de troubles mentaux, de criminalité, de chômage, de pauvreté et de sans-abrisme sévissent également dans la région. Le DTED, qui compte environ 16 000 résidents, a un taux de maladie qui correspond à celui des pays du tiers-monde.

En mars 2000, pour s'attaquer aux problèmes de sécurité, de santé publique, sociaux et économiques, les représentants des trois ordres de gouvernement, fédéral, provincial et municipal, ont signé un accord historique, la première phase du projet s'étendant jusqu'en 2005. À cette date, l'accord a été renouvelé pour une seconde phase allant jusqu'en 2010. Chaque ordre de gouvernement devait contribuer en ressources financières, en personnel et en services en nature. Pour la première phase, les gouvernements fédéral et provincial ont fourni 10 millions de dollars chacun ainsi que des ressources en personnel; la coordination a été assurée par les ministères et services existants. La municipalité de Vancouver a contribué aux coûts en matière de personnel, d'espace dans les bâtiments municipaux, et sous forme d'indemnisation des coûts de zonage et d'utilisation des locaux, d'incitatifs à la préservation du patrimoine et de financement pour les projets d'immobilisation comme la rénovation d'anciens bâtiments.

Avant l'Accord, les trois ordres de gouvernement étaient chargés de régler différents problèmes qu'ils abordaient séparément, de façon disparate, et les personnes tombaient entre les mailles du filet. Ils ne collaboraient pas entre eux et ne coordonnaient pas non plus les services. Grâce à cet accord, on a reconnu que la seule façon d'aborder les problèmes complexes entrecroisés du DTES et trouver des solutions passait par la coordination des services et de l'expertise, et par la collaboration avec les résidents, les groupes communautaires et le monde des affaires.

Cet accord a réuni un vaste éventail d'autres partenaires communautaires tels que la Vancouver Coastal Health Authority, des entreprises locales et des organismes communautaires, ainsi que des groupes sans but lucratif œuvrant dans le DTES. Des réunions sont maintenant tenues à différents niveaux avec divers représentants, allant des fonctionnaires élus aux groupes de travail formés de fonctionnaires de niveau intermédiaire ou supérieur, aux représentants communautaires. Le travail collectif de tous ces partenaires a les buts importants suivants, comme on peut le lire sur le site Web de l'Accord.

- **Coordination** - Accroître les efforts coordonnés des trois ordres de gouvernement et des organismes publics connexes afin d'obtenir les résultats prévus en matière de changement et d'intervention dans les communautés.
- **Innovation -** Inciter les organismes publics à faire preuve d'innovation et de créativité dans leur façon de travailler ensemble et en partenariat avec le secteur privé et celui des organismes sans but lucratif.
- **Changement de politique -** Déterminer les obstacles découlant des politiques des gouvernements et des organismes publics qui empêchent d'apporter des changements et d'intervenir efficacement, et supprimer ou atténuer ces obstacles.
- **Investissement -** Accroître les investissements publics et privés (ressources financières et humaines) afin d'obtenir les résultats prévus en matière de changement et d'intervention.
- **Surveillance et évaluation** – Déterminer les principaux indicateurs de référence permettant de suivre les progrès et d'évaluer les réalisations concrètes.

En vue d'atteindre ces objectifs, l'Accord de Vancouver axe ses efforts sur cinq stratégies :

- Faciliter la tenue de forums et la mise sur pied de groupes de travail;
- Mettre en œuvre les processus mixtes de planification des organismes publics;
- Soutenir l'apprentissage par des activités d'échange de renseignements, de recherche, d'évaluation et de suivi des progrès.
- Trouver des méthodes et des moyens efficaces d'évaluation des projets mixtes des organismes publics et formuler des recommandations visant à améliorer l'efficacité.

- Investir des fonds dans des projets d'organismes publics et mobiliser d'autres ressources financières et humaines en établissant des partenariats avec le secteur privé.

L'Accord de Vancouver visait les quatre principaux résultats suivants de ces activités coordonnées et mobilisations accrues en matière de temps, de ressources financières et d'expertises :

- De meilleurs résultats sur le plan de la santé, qui comprennent un plus grand choix de solutions et une plus grande capacité de répondre aux besoins des résidents;
- Renforcement de la sécurité et prévision des conséquences néfastes du crime;
- Amélioration du nombre, de la taille et de la diversité des entreprises locales et augmentation des possibilités d'emploi à l'intention des résidents;
- Amélioration et augmentation des options en matière de logement, dont la location abordable, les logements avec services de soutien et les logements de transition.

Au cours des cinq premières années, un nombre d'importants changements ont été effectués :

- **Amélioration de la santé des résidents :**
  - Baisse importante des taux de décès dus à la consommation de drogues, d'alcool, aux suicides et aux infections à VIH/sida.
  - Meilleur accès aux services de soins primaires grâce à l'ouverture de nouvelles cliniques de santé.
  - Ouverture en 2003 du premier site d'injection supervisé en Amérique du Nord – projet fortement controversé qui a permis, d'après les études menées, de réduire les dommages créés par l'utilisation de drogues injectables et d'améliorer la participation au traitement.
  - Création d'un plus grand nombre de lits de désintoxication, de ressources pour le traitement des toxicomanies et la désintoxication des jeunes, notamment la mise en œuvre d'un programme de traitement sur place au site d'injection supervisé et l'expansion des services de traitement à la méthadone.
  - Service central d'aiguillage par téléphone pour l'accès aux services de désintoxication des jeunes et des adultes.
- **Réduction de la criminalité :** Le nombre d'infractions contre les biens a diminué de 14 % entre 2000 et 2005
- **Croissance du nombre d'entreprises et de possibilités d'emploi** :

- Le nombre de programmes de formation à l'emploi et de soutien à l'emploi à l'intention des chômeurs de la région a augmenté, y compris pour les personnes toxicomanes ou aux prises avec des maladies mentales.

- **Augmentation des options de logement :**
  - Réalisation de 53 projets de développement entre 2000 et 2005, y compris neuf immeubles de logements subventionnés, 12 ensembles résidentiels du marché, trois ensembles à vocation mixte avec des garderies, un espace commercial et de logement, et un nombre d'installations sanitaires. Une rénovation majeure est celle du bâtiment Woodwards. (Voir l'encadré 6)
  - Rénovation et remise en état des hôtels à chambres individuelles, à commencer par le Silver and Avalon Hotel en 2005.
  - Création de 911 logements subventionnés supplémentaires en cinq ans et 259 lits ou unités d'habitation de plus pour les personnes âgées ou les personnes qui sont handicapées ou ont des problèmes de santé mentale.

En mars 2005, les trois ordres de gouvernement ont prolongé l'Accord de cinq ans. En juin 2005, l'Accord

Encadré 6 : Le bâtiment Woodward réaménagé agrémente le DTES d'un espace innovateur à usages multiples

Depuis 1903, le fameux bâtiment Woodward de Vancouver, avec son énorme W au néon, est une structure dominante du centre-ville est. Ce grand magasin a fermé ses portes en 1993, ce qui a largement contribué à l'exode des entreprises du DTES. Les dix années suivantes, de nombreux plans de redéveloppement n'ont pas abouti et la structure laissée vacante, qui se délabrait, occupée par les squatters, était devenue le symbole des problèmes complexes du DTES.

En 2001, le gouvernement provincial a acheté le bâtiment pour la somme de 22 millions de dollars et l'a revendu en 2003 à la municipalité pour la somme de 5 millions de dollars. Un processus de consultation de la communauté unique en son genre a alors eu lieu. Il en a résulté la première structure à usage mixte hautement diversifié de cette envergure sur un site du Canada (et peut-être du monde entier), qui constitue un élément essentiel pour la revitalisation du DTES.

Des 546 logements, 125 sont des logements sociaux d'une seule personne dotés d'équipements tels des montants muraux pour suspendre les bicyclettes. Les autres logements sont des logements commerciaux, qui rivalisent avec n'importe quelle copropriété du centre-ville de Vancouver et qui se sont vendus en l'espace de huit heures. On trouve également sur le site des détaillants populaires (London Drugs, Nesters Food Store), les bureaux de l'Ouest de l'Office national du film, et le nouveau centre d'arts contemporains de l'Université Simon Fraser, y compris cinq salles de spectacle. L'immeuble, qui inclut la restauration de la plus ancienne structure patrimoniale, abritera également un espace de bureau pour les organismes sans but lucratif de la communauté.

« Sa diversité est sans parallèle » a dit l'architecte Gregory Henriques, qui a qualifié cette entreprise « d'expérience sociale monumentale et passionnante ».

Les premiers locataires sont attendus en juin 2009. Lorsque le projet sera complètement terminé, le couronnement de l'aventure sera la remise en place de l'énorme néon en forme de W – remis à neuf et soigneusement entreposé ces années passées – pour qu'il puisse de nouveau dominer l'horizon et rendre honneur à cette structure historique.

Pour avoir plus d'information.
http ://vancouver.ca/bps/realestate/woodwards/

de Vancouver a reçu l'un des huit prix décernés par les Nations Unies en matière de service public pour l'amélioration, la transparence, la reddition de comptes et la réponse aux besoins des citoyens dans les services publics.

S'appuyant sur la réussite de l'Accord de Vancouver, d'autres municipalités confrontées à d'importants problèmes de toxicomanie, de sans-abrisme et de pauvreté, notamment Victoria (C.-B.), ont amorcé des discussions, auxquelles ont participé les trois ordres de gouvernement, pour mettre en place un accord de développement urbain de ce type pour leur région.

Toutefois, à la suite de l'élection de janvier 2006, l'administration conservatrice minoritaire a succédé à l'administration libérale et, selon certaines sources, l'Accord de Vancouver a perdu son efficacité à tous égards. L'accord existe toujours sur le papier et il est toujours vanté comme un modèle de collaboration remarquable à plusieurs niveaux. Toutefois, depuis 2006, il n'y a pas eu de mises à jour sur ce qui était un site Web très dynamique. Il n'y a pas eu de communiqués de presse depuis le printemps 2006, ni de mises à jour sur les engagements financiers. Bien qu'il n'y ait pas d'indications officielles de nouveaux investissements, il semble que bien que le gouvernement provincial ait fourni un montant supplémentaire de 8,5 millions de dollars, il n'y ait pas eu d'autres fonds du gouvernement fédéral. De plus, en 2006, un nombre d'employés essentiels ont quitté le poste qu'ils occupaient dans le cadre de l'Accord de Vancouver pour aller ailleurs, notamment le premier directeur exécutif et le chef des relations avec les médias. Un important travail de revitalisation se poursuit dans le DTES avec le gouvernement provincial et l'administration municipale, les organismes locaux et les organismes sans but lucratif, mais il semble que la participation du gouvernement fédéral dans le cadre de l'Accord se soit affaiblie.

En même temps à Victoria, à la fin de 2006, les négociations visant à établir l'Accord de Victoria ont graduellement abouti à une impasse et l'initiative en est au point mort. Bien qu'il ait été déclaré officiellement que l'Accord était remis, de nombreux responsables clés, comme le gestionnaire de projet, sont partis occuper d'autres emplois.

Le succès initial et l'abandon subséquent apparent (mais pas officiel) de l'Accord de Vancouver illustre un obstacle clé de ces accords complexes à plusieurs niveaux : ils sont extrêmement vulnérables aux sautes de vent de la politique. Avec trois ordres de gouvernement, il y a trois fois plus de programmes politiques, trois fois plus de changements possibles de gouvernement, et trois fois plus de travail pouvant être retardé ou interrompu.

Les questions relatives aux déterminants de la santé sont des questions sociétales à long terme qui doivent transcender la partisanerie politique et durer au-delà des mandats politiques de quatre ans. Les résultats ne sont souvent pas visibles avant des années, et il doit donc y avoir un moyen stable et cohérent de rester focalisé sur les initiatives prometteuses et de poursuivre les efforts. Comme nous le montrons dans la section suivante, les obstacles auxquels se heurte ce type de travail abondent.

5.4 Oujé-Bougoumou – Une communauté autochtone inspirante

Oujé-Bougoumou est une communauté crie d'environ 650 personnes située au nord du Québec. L'histoire étonnante de sa transformation de communauté marginalisée et exclue

dans les années 1970 en une communauté qui s'est prise en main et qui est aujourd'hui un modèle de développement humain durable est tout à fait inspirante. La communauté personnifie la fameuse remarque de Margaret Mead – « Ne doutez jamais qu'un petit groupe de citoyens sérieux et résolus ne peut changer le monde; c'est en effet la seule chose qui l'ait jamais fait changer ». La population d'Oujé-Bougoumou a non seulement immensément changé le monde dans lequel elle vit, elle en a inspiré d'autres qui ont pu voir ce qu'il était possible de faire dans leurs propres communautés, et de changer ainsi le monde plus vaste.

On trouvera à l'encadré 7 un résumé de ses réalisations; une description plus détaillée est fournie sur l'excellent site Web de la communauté - www.ouje.ca /

Encadré : L'histoire d'Oujé-Bougoumou

Voici quelques extraits tirés du site Web de la communauté d'Oujé-Bougoumou à l'adresse ***www.ouje.ca*** /

> *« [...] Notre communauté a entrepris un périple spectaculaire pour la faire sortir des conditions sordides et marginales habituellement associées au tiers-monde, afin de pouvoir vivre dans un village autochtone modèle empreint d'optimisme et tourné vers l'avenir » – Le chef, Sam Bosum*

Notre population

La population d'Oujé-Bougoumou est la meilleure ressource dont dispose la communauté. Chaque personne ici possède une vaste expérience de vie et a d'étonnantes histoires à raconter.

> ***Nos aînés avaient une vision : une communauté pour leurs enfants et leurs petits-enfants. Cette vision les a soutenus dans leur lutte pour réaliser leur rêve.***

Les aînés de la nation crie d'Oujé-Bougoumou nous ont beaucoup donné : ils nous ont fait profiter de leurs sages conseils; ils ont préservé notre sens de la communauté contre toute probabilité; ils nous ont donné le courage de continuer à lutter et ils nous ont donné un sens de la perspective et une orientation chaque fois que nous en avons eu besoin. C'est sans doute la génération plus jeune qui construira le village, mais c'est la génération des aînés qui a été celle qui a protégé et défendu notre communauté.

Notre jeunesse

Lorsque nous parlons de développer nos compétences et d'acquérir l'instruction nécessaire pour construire notre communauté, la rendre viable et atteindre notre objectif d'autosuffisance, c'est de notre jeunesse que nous parlons.

Ce sont nos jeunes qui profiteront des véritables occasions de bénéficier de l'enseignement postsecondaire et d'obtenir une formation très spécialisée dans les domaines qui contribueront au bien-être de nos communautés.

En réalité, l'avenir de notre communauté appartient à nos jeunes.

Notre vision

Lorsque nous avons commencé à sérieusement planifier notre nouveau village, nous avions une vision. C'était essentiellement de retrouver autant que possible le bien-être de notre vie traditionnelle dans le contexte d'installations modernes et d'établissements contemporains.

Grands objectifs

Au moment de planifier le nouveau village, nous avons défini trois grands objectifs :

- Notre village devait être construit en harmonie avec notre environnement et refléter la philosophie traditionnelle de conservation des Cris.
- Notre village devait pourvoir aux exigences financières à long terme de notre peuple.
- Notre village devait être le reflet de la culture crie dans son apparence et dans ses fonctions.

Encadré 7 – suite

Nous nous sommes rendu compte assez rapidement que, si nous réussissions à concrétiser notre vision, notre village au complet deviendrait une espèce de centre de guérison de beaucoup plus que des simples maux physiques. Si nous pouvions structurer notre nouveau village et notre nouvel environnement d'une manière qui réponde aux différents besoins de notre peuple, nous obtiendrions une population en santé, en sécurité, confiante et optimiste, fière d'être en mesure de relever n'importe quel défi.

Conception innovatrice d'une nouvelle communauté

Voici certains éléments clés de la conception physique et sociale élaborée par la population d'Oujé-Bougoumou.

Conception et architecture

Si les gens d'Oujé-Bougoumou sentent que leur nouveau lieu d'habitation leur donne du pouvoir, c'est parce qu'ils sont intimement liés à sa conception, à sa création et à sa construction, et parce que le village est le reflet véritable de leur culture et de leu style de vie. *Canadian Geographic* (juillet/août 1994) a qualifié la nouvelle communauté de « réalisation sans précédent au Canada – un établissement autochtone caractérisé par la cohérence et l'intégrité ». [Traduction]

- Programme de logement
- Programme d'énergie de remplacement
    - Système de chauffage centralisé – Chaufferie

Sur la voie de l'autosuffisance

- Développement économique
- Harmonie avec l'environnement
- Ressources forestières
- Tourisme culturel
- Développement de l'artisanat communautaire et autres petites industries

Services communautaires pour le développement social

- Le Centre de guérison
- Justice alternative

Préservation de notre identité culturelle

Les communautés de la nation crient d'Eeyou Astchee, guidées par leurs aînés, ont décidé qu'il y aurait à Oujé-Bougoumou un édifice renfermant toutes les agences existantes actuellement chargées d'établir des programmes de préservation de la culture et de la langue. On construira également des installations supplémentaires pour présenter des artefacts historiques et des oeuvres d'art reflétant la culture crie. En cri, le nouvel institut s'appellera Anischaaugamikw, ce qui signifie « transmission d'une génération à l'autre ».

5.5 Gouvernance urbaine saine

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a établi un nombre de « réseaux de savoirs » – groupes d'experts du monde entier, dont l'un porte sur les établissements urbains. Bien qu'elle ait largement porté sur la situation déplorable d'un milliard de personnes qui vivent dans des taudis et des établissements de fortune, l'analyse du réseau du savoir portant sur la manière dont il faudrait organiser la gouvernance urbaine afin d'améliorer la santé de la population s'applique aussi aux villes de pays industrialisés comme le Canada.

Voici dans l'encadré 8 quelques extraits essentiels du rapport du réseau des savoirs sur les établissements urbains.

Encadré 8 : ***Our cities, our health, our future: Acting on social determinants for health equity in urban settings***

Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban settings – préparé par le Centre de l'OMS pour le développement sanitaire, Kobe, Japon - ***Président et rédacteur principal*** : Tord Kjellstrom

http ://www.who.int/social_determinants/resources/knus_report_16jul07.pdf

Gouvernance urbaine saine

Le réseau des savoirs sur les établissements urbains de l'OMS, établi par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS désigne la « saine gouvernance urbaine » comme les systèmes, les institutions et les processus qui favorisent un niveau de santé plus élevé et une répartition plus équitable des ressources sanitaires dans les milieux urbains, et comme un chemin critique pour améliorer la santé de la population urbaine. Les principaux éléments d'une saine gouvernance urbaine sont les suivants :

- Placer l'équité en santé et le développement humain au centre des actions et des politiques gouvernementales d'urbanisation.
- Reconnaître le rôle critique et charnière que jouent les gouvernements locaux pour assurer la prestation de services de base adéquats, l'accès au logement et aux services de santé ainsi que des milieux urbains où les gens vivent, travaillent, apprennent et se divertissent plus sûrs et plus sains.
- S'appuyer sur les efforts que font les pauvres des régions urbaines au niveau de la communauté pour prendre en main leur situation et contrôler les ressources dont ils ont besoin pour se créer de meilleurs cadres de vie et avoir accès aux services de soins de santé primaires, et soutenir leurs efforts.
- Mettre au point des mécanismes qui réunissent les secteurs public, privé et la société civile pour définir les rôles et les mécanismes permettant aux intervenants nationaux et internationaux d'appuyer la capacité de gouvernance locale.
- Obtenir et utiliser des ressources – aide, investissement, prêts – des intervenants en amont pour assurer l'équilibre entre le développement économique, social, politique et culturel et établir des mécanismes de soutien de la gouvernance qui permettent aux communautés et aux gouvernements locaux de créer, dans le cadre de partenariats, des établissements humains plus sécuritaires et plus sains dans les villes.
- Établir des mécanismes de rétroaction appropriés permettant aux communautés de faire rapport de leur satisfaction ou de leur insatisfaction quant aux interventions en vue de favoriser leur habilitation et leur permettre de se prendre en main, et d'assurer que les objectifs prioritaires et les besoins particuliers de chaque communauté sont pris en compte. (p. 18)

Encadré 8 – suite

Deux autres éléments clés ont été définis ultérieurement :

- Les ordres supérieurs de gouvernement ont donné aux gouvernements locaux le mandat et les moyens d'améliorer la santé;
- L'adoption d'un processus de budgétisation participative et d'autres processus de mobilisation civique comme moyens importants de mobiliser la communauté locale. (p. 50)

Selon le réseau des savoirs sur les établissements urbains de l'OMS, les éléments suivants permettent d'assurer une bonne gouvernance :

1. *Évaluation du contexte urbain* – évaluer les problèmes d'équité actuels en matière de santé urbaine et leur incidence sur la santé, l'importance de la place qu'occupe l'équité en santé urbaine dans le programme politique du gouvernement, le calendrier et le caractère urgent de la mise en œuvre des stratégies et politiques de santé sous-jacentes.

2. *Identification des intervenants* – indiquer clairement les personnes, les groupes et les organisations qui jouent un rôle dans la santé urbaine et qui ont un contrôle sur les répercussions sur la santé urbaine.

3. *Renforcement de la capacité d'action et de création de capital social et de cohésion sociale des intervenants*, étant donné que le changement de politique exige de posséder les connaissances, les compétences et les ressources en place nécessaires.

4. *Évaluation des institutions et création de possibilités d'établir des alliances et d'assurer une collaboration intersectorielle,* étant donné que ce sont les institutions qui déterminent les cadres dans lesquels les changements de politique auront lieu.

5. *Mobilisation des ressources* nécessaires au changement social. Cela peut exiger une meilleure répartition des ressources.

6. *Mise en œuvre, y compris le renforcement de la gouvernance du côté de la demande :* obtenir la participation de la population et l'évaluer dans une perspective organisationnelle et juridique, en tenant compte de la question de l'accès à l'information et aux données pouvant permettre d'assurer la responsabilisation sociale.

7. *Recommandation d'améliore ret de modifier* la politique, et intervention auprès des intervenants responsables de différents niveaux.

8. *Surveillance et évaluation du processus et des impacts* notamment des possibilités d'établir des mécanismes de surveillance dès le début. (p. 39 – 40)

5.6 Création d'une infrastructure pour la gouvernance urbaine

Sherri Torjman (2007) fait valoir dans « Communities Agenda » que la principale tâche des communautés est d'améliorer les liens entre les principaux intervenants, les principaux secteurs, et entre les communautés et les gouvernements. Dans le chapitre « Organizing for complexity », elle soutient que la principale tâche consiste à établir un processus décisionnaire local multisectoriel qui permet d'élaborer un plan exhaustif à long terme pour aborder les problèmes communautaires en s'appuyant sur les forces et les capacités existantes (p. 33).

Toutefois, elle relève (tout comme d'autres, voir les commentaires des intervenants clés) que

> « il existe un sérieux « écart en matière de gouvernance » – un décalage entre la complexité des problèmes locaux et la capacité correspondante de les régler ». (p. 40)

Elle fait remarquer, en outre, que la gouvernance communautaire repose sur des fondements plus larges, plus divers, et qu'elle a tendance à voir à plus loin que le gouvernement municipal, ce qui est une force mais pose également des défis.

En adoptant une approche exhaustive et à long terme, ces processus et structures de gouvernance communautaire semblent contrer l'approche à court terme fragmentaire trop souvent utilisée dans les programmes et le financement des gouvernements de tous les ordres et de nombreux bailleurs de fonds philanthropes. Torjman fait valoir que ces solutions fragmentaires ne peuvent pas bien fonctionner dans un monde où tous les éléments sont intrinsèquement liés parce qu'elles sont trop rarement holistiques ou préventives et qu'elles supposent trop souvent que les gouvernements peuvent résoudre à eux seuls tous les problèmes, (p. 43-44).

Selon Torjman, un aspect important de cette nouvelle structure de gouvernance communautaire est qu'elle exige un nouveau style de leadership ainsi que des dirigeants capables de cerner avec efficacité les enjeux et d'élaborer une vision perspicace, qui axent leurs efforts sur l'établissement de liens, de réseaux et de confiance, et partagent le mérite avec les autres. Il s'agit de compétences en leadership qui peuvent s'enseigner et qui doivent l'être.

Torjman relève également que ces structures de gouvernance communautaire exigent beaucoup de temps, d'énergie et de ressources, ce qui signifie qu'elles doivent bénéficier d'un bon soutien à long terme. Pourtant, elles doivent simultanément démontrer leur rapidité d'action et leur efficacité dans le contexte de leurs plans plus vastes pour être crédibles et conserver leur crédibilité auprès de la communauté et des bailleurs de fonds.

Il s'agit de toutes les leçons apprises il y a longtemps par les conseils de planification sociale, les projets de communautés saines et bien d'autres projets qui abordent ce que Neil Bradford appelle les « problèmes pernicieux » (*wicked-problems*) des défis complexes, à long terme, posés à la résilience communautaire et au bien-être des êtres humains. La création de nouveaux processus et de nouvelles structures de gouvernance communautaire exige une approche très différente de la part du gouvernement et des bailleurs de fonds philanthropes.

6. Obstacles à la gouvernance communautaire et à l'action communautaire pour la santé et le développement humain

Si donc pendant de nombreuses années la nécessité de nouveaux processus, de nouvelles structures et d'un nouveau financement était claire pour de nombreux intervenants participant au « programme communautaire », pourquoi ces changements ne sont-ils pas produits à grande échelle au Canada? L'affaiblissement de l'engagement politique, comme ce fut apparemment le cas pour l'Accord de Vancouver, n'est que l'un des obstacles potentiels de l'action communautaire pour la santé et le développement humain.

La recherche et les entrevues menées avec plusieurs intervenants clés[21] bien au fait de ces efforts et d'autres efforts déployés au niveau national pour mettre en place un programme communautaire reposant sur une large base au Canada ont permis de définir un nombre d'obstacles à l'adoption d'une approche axée sur la communauté plus ferme pour améliorer le niveau de santé et de développement humain.

6.1 Approche fragmentaire aux problèmes communautaires – nécessité d'une approche plus exhaustive

L'un des thèmes qui sont ressortis le plus fréquemment des ouvrages sur le sujet (voir, par exemple, la section 5.6) et des entrevues avec les intervenants clés est que l'approche actuelle fragmentaire et cloisonnée adoptée pour résoudre les problèmes communautaires ne fonctionne pas. Comme l'a indiqué un intervenant clé :

> « Nous disons que tout est dans tout ». Tout est interdépendant. On ne peut créer une collectivité dynamique en ne se concentrant que sur une chose. Tout se fait dans le cadre de projets, mais en fait nous devrions penser dans le contexte du système global ».
>
> Un autre intervenant a fait remarquer :
>
> « C'est vraiment tout un travail en soi, prendre des décisions, planifier, veiller à ne pas s'écarter de la voie tracée. Tenter d'établir une initiative complexe morceau par morceau, et de plus une initiative intégrée dont il faut s'assurer que tous les morceaux fonctionnent ensemble. Cette intégration de la prise de décision manque en soi de soutien ».

6.2 Absence de vision nationale d'ensemble

Comme nous l'avons noté à la section 5, un nombre de nouvelles initiatives ont recours à des approches reposant sur les actifs ou sont axées sur la collaboration pour aborder les déterminants de la santé. Bien qu'individuellement, toutes ces organisations fassent du bon travail dans leurs communautés respectives, il existe le risque de chevauchement des efforts. Toutefois, l'absence apparente d'une seule vision d'ensemble du rôle et de la fonction de la communauté, de la part du gouvernement fédéral ou des gouvernements provinciaux est plus préoccupante. Cela témoigne du trop fréquent manque de soutien au niveau national ou provincial pour une approche exhaustive et habilitante qui aiderait la communauté à définir ses propres

Commentaires d'intervenants clés à propos d'une vision (nationale) commune

[Traduction] « Notre gouvernement fédéral n'a pas vraiment adopté de politiques et de principes directeurs à l'égard du secteur social ou de la société civile ».

« Nous en concluons que nous devons nous-mêmes nous organiser différemment [...] Nous devons continuer de faire ce que nous faisons, mais nous devons avoir une vision commune de ce que nous souhaitons être et nous devons ensuite trouver une meilleure façon de réaliser cette vision et nous voir en train de mettre en œuvre cette vision au lieu de 100 visions différentes ».

[21] On trouvera la liste des intervenants clés que nous avons interrogés à l'Annexe 3

problèmes et à trouver ses propres solutions. La nature des règlements qui limitent les activités des organismes caritatifs, comme nous le décrivons dans la prochaine section, est un exemple de manque de soutien des infrastructures au niveau national.

L'un des thèmes connexes qui se sont dégagés a trait au fait que la grande importance qu'accorde le Canada au système de soins de santé de courte durée nuit aux initiatives communautaires qui visent à améliorer la santé des populations, non seulement aux priorités gouvernementales, mais aussi au secteur qui travaille dans le secteur de la santé. Comme l'a fait remarquer un intervenant clé :

- « Les intervenants du secteur de la santé n'ont pas accordé un soutien suffisant aux intervenants du secteur social. [...] Il se peut qu'ils réparent les dégâts causés par la société aux individus, mais ils ne semblent pas emprunter la voie de la prévention avec nous, ni soutenir fermement l'accès à un logement convenable, les stratégies de réduction de la pauvreté; etc. Ce que je vois se produire actuellement dans nos communautés – le vrai travail sur la santé est souvent fait en dehors du secteur de la santé, dans la société civile, dans les organismes sociaux, par exemple. Les deux ne communiquent pas entre eux. Je pense que c'est une vraie tragédie. Ceux d'entre nous qui travaillent dans le domaine de la santé et le secteur social doivent considérer les problèmes de façon exhaustive, dynamique. Nous devons prendre en compte l'interdépendance des dimensions sociales, économiques et de la santé. Faire moins n'est plus suffisant ».

6.3 Ententes municipales dépassées

Ces dernières années, un nombre d'écrivains, d'universitaires et d'organisations a noté qu'il fallait modifier les accords fiscaux et constitutionnels avec les municipalités pour aborder les problèmes de plus en plus complexes de la société urbaine.

Judith Maxwell, présidente des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques a écrit en 2006 :

> « Les gouvernements locaux font face à tous les problèmes complexes et à toutes les possibilités du XXIe siècle, mais ils sont forcés d'agir conformément aux pouvoirs financiers et législatifs d'une constitution du XIXe siècle. Dans ces conditions, leur seul espoir réside dans un leadership visionnaire, des citoyens pleinement engagés et des hauts fonctionnaires réceptifs. Il faut que les dirigeants puissent faire changer les choses – non seulement au niveau du gouvernement local, mais dans toute la communauté – dans les entreprises, le monde de l'éducation, les organismes sans but lucratif et dans les groupes communautaires et de citoyens »[22].

Neil Bradford, professeur en sciences politiques à l'University of Western Ontario et associé en recherche aux Réseaux canadiens de recherche en politique publique a fréquemment écrit sur le nouveau pacte nécessaire pour les municipalités (Bradford 2002,

[22] Extrait de *Toward the Tipping Point : Aligning the Canadian Communities Agenda*, p. 11, que l'on peut consulter à l'adresse http ://www.ccl-cca.ca/NR/rdonlyres/301F7CD2-2EF6-4914-9CB0-40E3AD42C100/0/2007091920TippingPoint.pdf

2004, 2007). Il observe que les gouvernements canadiens doivent surmonter des blocages constitutionnels, des rivalités politiques et des accords financiers d'un autre âge pour collaborer à un nouveau programme urbain. Bradford déclare qu'il s'agit du seul moyen pour que l'économie canadienne puisse rivaliser avec les autres villes du monde entier qui offrent une grande qualité de vie à leurs citoyens (Bradford, 2002).

Bradford affirme que ce ne sont pas un ou deux intervenants qui pourront à eux seuls régler les problèmes de plus en plus complexes qui influent sur la qualité de vie dans nos villes. Il faut abandonner les approches cloisonnées, segmentées, traditionnelles pour adopter une politique publique dirigée par la collectivité enracinée dans une « gouvernance multipaliers axée sur la collaboration ». Pour cela, il faut un nouveau cadre de politique urbaine qui reconnaisse la complexité des problèmes stratégiques, qui mette à profit les *connaissances et les ressources locales*, qui se caractérise par une *collaboration horizontale* au sein des villes et des collectivités et par une *collaboration verticale* dans tous les ordres de gouvernement – comme l'Accord de Vancouver, mais qui puisse exister à long terme. (Bradford 2007)

La Fédération canadienne des municipalités (FCM) a également émis un nombre d'énoncés de politique demandant avec instance un nouvel accord avec le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Dans son énoncé de politique sur les engagements intergouvernementaux sur les finances municipales (FCM 2008), la FCM observe qu'il existe un écart croissant entre les services que les municipalités du Canada doivent offrir et ce qu'elles peuvent se permettre d'offrir. Par comparaison avec d'autres ordres de gouvernement, les administrations municipales canadiennes ont bien moins de possibilités de percevoir des revenus. Les municipalités des États-Unis et des autres pays de l'OCDE ont des moyens plus divers, généreux et souples de percevoir des fonds que les municipalités canadiennes.

L'énoncé de politique de la FCM relève qu'un rapport fait en 2002 sur le Canada par l'OCDE conclut que « la forte dépendance » des administrations municipales canadiennes aux impôts fonciers est la source de leurs difficultés financières croissantes. Ce rapport indique également que les villes canadiennes ont « des pouvoirs et des ressources relativement faibles » et qu'on devrait leur donner un certain accès limité à d'autres types d'impôts pour leur permettre de s'acquitter de leurs responsabilités croissantes. Sur chaque dollar perçu au Canada en impôt, seulement huit cents (principalement en impôts fonciers), vont aux municipalités alors que le 92 p. 100 restant va aux gouvernements fédéral et provinciaux.

On y relève également que ces dix dernières années, les gouvernements provinciaux et territoriaux se sont déchargés de leurs responsabilités sur les administrations municipales sans leur transférer les ressources financières correspondantes. Les municipalités fournissent aujourd'hui des services de soutien à l'immigration, à l'environnement, aux Autochtones, au logement abordable, à la santé publique, à la préparation aux situations d'urgence et à la sécurité publique sans avoir reçu de fonds supplémentaires. De plus, ces dix dernières années, les transferts de fonds n'ont pas été proportionnels à la hausse du coût de la vie ou à ces responsabilités accrues. La FCM fait observer que de 1999 à 2003, les recettes du gouvernement fédéral ont augmenté de 12 pour cent, les recettes des provinces et des territoires, de 13 pour cent, et celles des municipalités de seulement huit pour cent. En 1993, les transferts représentaient 25 cents pour chaque dollar de

recettes municipales, en 2004, ils n'en représentaient que 16, soit une baisse de 37 pour 100.

La solution, observe l'énoncé de politique, réside en un accord constitutionnel différent et plus de latitude pour percevoir des fonds, au moyen notamment de la perception d'une partie de la taxe sur les ventes, d'une partie de l'impôt sur le revenu, de la taxe sur l'essence et des frais imposés aux usagers.

6.4 Absence de structure communautaire pour la gouvernance

Il s'agit de l'inverse de la nécessité d'établir un processus et une structure pour la gouvernance communautaire dont nous avons parlé à la section 5.6. Comme l'a fait observer un intervenant clé :

> « Les bailleurs de fonds ne veulent pas financer ce processus [parce qu'ils pensent] qu'il n'y a rien à en retirer. Mais c'est comme de dire que l'on peut mettre en place une politique sans avoir de débats à la Chambre. Qu'il suffirait de mettre en place cette politique sans qu'il y ait de comité, de délibérations, il suffirait de la mettre en place. C'est pareil dans les communautés. Cela revient à dire, allez-y! faites vos programmes, mais le temps manque pour que vous vous rencontriez pour planifier ou mener une évaluation ».

6.5 Limites du financement

Du fait qu'une grande partie de l'activité de promotion de la santé et du développement communautaires est menée actuellement par les organismes caritatifs enregistrés, un problème constant est l'accès à un financement stable. Le récent ralentissement de l'activité économique a rendu la nécessité d'obtenir les fonds limités encore plus pressante. La plupart des fondations familiales et communautaires du Canada qui accordent des subventions ont perdu jusqu'à 30 % de la valeur de leurs dotations, ce qui limite grandement leur capacité de fournir des subventions. Les donateurs privés connaissent eux aussi une réduction de la valeur des actifs dont ils peuvent faire don à des causes méritoires. Les subventions gouvernementales sont elles aussi en train de fondre et elles sont souvent axées sur un objectif prioritaire d'un projet et n'appuient pas le modèle de planification reposant sur les actifs pour les processus de réunion et de mobilisation communautaire, car il ne s'agit pas des objectifs prioritaires de leurs programmes ou services. Il y a des fonds pour les projets pilotes, mais si ceux-ci se révèlent efficaces, le financement manque pour les mettre en œuvre à une plus grande échelle. La nécessité de présenter constamment des demandes aux fondations ou aux programmes de subventions peut prendre beaucoup de temps, temps qui est consacré à une activité qui ne sert pas essentiellement à résoudre les problèmes communautaires qui se posent. Les besoins financiers peuvent empêcher de coopérer et de collaborer au développement communautaire en cours du fait que les organisations se livrent concurrence pour obtenir les mêmes fonds.

Commentaires de certains intervenants clés au sujet du financement [Traduction]

« Le financement crée des tensions entre les gens. En fait, il détruit certaines relations sociales. Les gens veulent recevoir l'argent ».

« Le fédéral doit prévoir des modes de financement souples pour que les collectivités qui reçoivent des fonds pour la santé puissent les utiliser de façon créative ».

« Il n'y a pas de fonds pour financer un organisme décisionnaire ou une structure de gouvernance, ou une table locale, peu importe son nom, qui se réunit pour prendre des décisions sur l'approche globale à élaborer. Il arrive souvent que ce soit la collectivité elle-même qui doive s'occuper du processus. À moins qu'elle ne trouve des fonds pour le faire, ou que quelqu'un lui offre un de ses employés pour y consacrer un peu de temps; mais en l'absence d'une aide permanente, le processus finit par stagner ».

« Les fonds qui ont tendance à être disponibles vont aux projets individuels à court terme qui sont ancrés dans un seul service, un seul ministère. Si l'on a adopté une approche intégrée qui croise et fait intervenir plusieurs services, il est souvent difficile d'obtenir du financement pour ça. Chaque service finance son propre travail. Je sais, ayant participé à un certain nombre de projets qui cherchaient à transcender cette approche gouvernementale unidimensionnelle, que nous avons toujours été obligés de revenir à ce très traditionnel modèle vertical. »

« Tout n'est pas rose dans le monde des partenariats multiréseaux. Le décideur public souhaite toujours avoir un grand contrôle sur l'argent qu'il transfère. Il s'agit toujours de fonds accordés pour s'acquitter d'un mandat public. Il y a toujours un grand contrôle. L'évaluation de ces programmes fondés sur l'octroi de fonds publics aux organismes communautaires, les questions entourant les évaluations concernant ces programmes sont énormes, et la plupart d'entre elles sont contradictoires [...] si l'on affecte les fonds à des projets spécifiques, régionaux ou locaux, on menotte alors les gens et on va assister à une intéressante bagarre politique ».

« Les représentants de cinq différents ministères fédéraux se sont rencontrés pour travailler sur cette approche de revitalisation des quartiers. [...] Essentiellement, ils ont dit, « nous souhaitons qu'elle soit orientée sur les citoyens et menée par la communauté ». En même temps, chaque partie disait en substance, « mais nous voulons que vous agissiez dans le secteur qui nous intéresse. De combien de toxicomanes vous êtes-vous occupés? Et le service de l'alphabétisation souhaite savoir ce que nous avons fait dans le domaine de l'alphabétisation. » C'est donc paradoxal. D'un côté, on dit : « Oui, laissons la communauté définir ce qu'elle souhaite faire » et de l'autre, le gouvernement dit « toutefois, elle doit travailler sur XYZ, parce que c'est ça qui nous intéresse ».

« Les problèmes au niveau du financement, de la reddition de comptes, du calendrier à long terme qui est requis, sont considérables. Les initiatives en place sont habituellement des initiatives à court terme ».

« Les fonds philanthropiques portent préjudice au développement social. Le financement philanthropique ne tient pas compte d'un cadre comme celui des collectivités en santé, par exemple, ou des déterminants sociaux de la santé, ou de l'inclusion. Il ne s'agit pas d'un service direct. Ils ne sont pas destinés à la prévention, à trouver la raison pour laquelle les gens en sont arrivés là, ou à comprendre. Ils ne cherchent qu'à fournir un service. [...] ils ne souhaitent pas financer des organismes intermédiaires [...] ou des processus [...] ou de la recherche et développement ».

Toutefois, au-delà des problèmes que posent les niveaux de financement, nos intervenants clés se préoccupaient davantage de l'approche concernant le financement

adoptée actuellement, notamment du fait qu'elle est trop souvent fragmentaire, à court terme, réductionniste, et de nombreux commentaires témoignent de ces préoccupations.

6.6 Absence de consensus sur le soutien pour plus de programmes universels

Selon un certain nombre d'intervenants, la promotion de la santé et le développement humain seraient bien plus efficaces s'il y avait des données de référence pour les programmes universels qui permettraient d'aborder les déterminants de la santé dans l'ensemble du pays. On pourrait alors fonder les activités de promotion de la santé sur cette base solide. Dans son rapport de 2008 sur les déterminants sociaux de la santé, l'Organisation mondiale de la santé indique que les pays nordiques offrent un soutien bien plus grand aux programmes universels, ce qui a permis de réduire les inégalités sociales et les problèmes de santé causés par l'inégalité d'accès aux déterminants de la santé.

Commentaires d'intervenants clés sur les programmes universels

« Avec les programmes communautaires, nous risquons de perdre de vue l'importance des programmes universels ».

« Ils posent un problème de base épineux au Canada. En effet, comment pouvons-nous promouvoir la satisfaction des besoins locaux en encourageant simultanément un panier de services canadiens? Comment traiter équitablement tous les Canadiens tout en répondant aux besoins locaux? Je ne crois pas que nous ayons réussi à trouver une réponse entièrement satisfaisante au Canada ».

Les auteurs d'un nombre d'ouvrages récents sur la santé de la population et ses déterminants s'entendent généralement pour dire que le développement de la petite enfance est un élément constitutif fondamental de la santé et du développement humain et qu'il faut avoir des programmes de garde d'enfants universels de grande qualité qui appuient le développement et l'éducation de la petite enfance pour tous les enfants canadiens, quel que soit le revenu de leurs familles.

Mais Torjman (2007) invite à la prudence

> « Le programme communautaire ne réduit aucunement la nécessité d'un ensemble solide de services et de biens publics. Les actions communautaires supplémentent et complémentent à la fois les politiques publiques axées sur le mieux-être socio-économique, elles ne les remplacent pas. » (Torjman, 2007, p. 3)

6.7 Limites imposées par les règlements sur les organismes caritatifs et sur l'investissement social

La plupart des organismes non gouvernementaux, sinon tous, qui œuvrent au niveau communautaire sur les déterminants de la santé sont des organismes canadiens enregistrés. Ils reçoivent une grande partie de leurs fonds, souvent plus de 80 %, de fondations communautaires ou familiales et de donateurs privés. L'Agence canadienne du revenu (ACR) réglemente les organismes caritatifs

Commentaires d'intervenants clés sur les règlements concernant les organismes caritatifs

Un intervenant clé a fait remarquer que la législation sur les organismes caritatifs agréés limite l'éventail d'activités d'un important programme national qui reçoit 85 % de son financement de fondations philanthropiques. Il (elle) a dit qu'il leur avait fallu travailler avec Revenu Canada pour que leur communauté puisse être soustraite de l'application de certains règlements, en particulier pour que les individus puissent bénéficier des retombées positives de la réduction de la pauvreté.

agréés aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu* et tous ces organismes doivent gérer leurs activités conformément à cette loi. Pourtant, cette loi est aujourd'hui dépassée et elle retarde le travail innovateur que fait le secteur caritatif au chapitre des problèmes sociaux et du développement communautaire. Les entrevues avec les intervenants clés ont également soulevé la question des règlements dépassés et rigides qui entravent l'innovation et la prestation des services qui sont imposés aux organismes caritatifs.

Dans un discours intitulé « Laisser libre cours au pouvoir de l'entreprise sociale », l'ex-premier ministre et ministre des Finances Paul Martin appelait à une révision de la *Loi de l'impôt sur le revenu*, en particulier pour encourager l'innovation sociale, les entreprises sociales et l'entrepreneuriat, et l'investissement communautaire : « [...] les limites historiques qu'elles fixent [les règles de la *Loi de l'impôt sur le revenu*] pose aujourd'hui problème, car elles n'ont pas suivi l'évolution du domaine social qu'elles cherchent à servir » (Martin, 2007).

Martin s'intéresse particulièrement à la promotion de l'indépendance économique des Autochtones canadiens en soutenant et en encadrant les entrepreneurs autochtones au moyen d'investissement dont ils retirent peut-être un rendement financier inférieur au marché, mais un rendement social élevé. « Le problème fondamental est qu'il existe au Canada, une démarcation très nette entre, d'une part, les organismes de bienfaisance sans but lucratif et, d'autre part, l'investissement du secteur privé ». Martin a relevé que cette ligne de démarcation rigide entre les organismes de bienfaisance et les entreprises sociales nuit à l'atteinte des objectifs sociaux du Canada ».

Une étude récente, *Canadian Registered Charities : Business Activities and Social Enterprise – Thinking Outside the Box* (Carter & Man, 2008) relève que l'ARC, dans le cadre de sa directive RC4143 (F) *Les organismes de bienfaisance enregistrés et les programmes de développement économique communautaire,* ne permet pas certaines entreprises sociales —et ce qui est permis est « extrêmement restrictif et ne répond plus aux besoins des vastes activités d'entreprise sociale qui sont menées dans le monde entier ».

Voici certains exemples d'autres pays :

- Les États-Unis permettent maintenant aux fondations d'investir dans des entreprises sociales à partir de leurs fonds de dotation sans que cela n'affecte leur statut d'organisme de bienfaisance. Ces investissements reliés aux programmes sont autorisés dans la mesure où le rendement social est l'objectif principal. Les États du Vermont et de la Caroline du Nord permettent aux investisseurs habituels, non seulement aux fondations, d'investir dans des entreprises sociales par l'entremise d'organismes de bienfaisance.
- Les États-Unis ont créé le crédit d'impôt pour nouveaux marchés en vertu de la *Community Renewal Tax Relief Act* de 2000. Ce programme de crédit d'impôt pour nouveaux marchés prévoit des investissements d'environ 15 milliards de dollars dans des organismes de placement gérés par des particuliers appelés « entités de développement communautaires (EDC) » qui consentent des prêts et investissent dans des entreprises de régions mal desservies. En investissant dans une EDC, un investisseur particulier ou de société peut avoir droit à un crédit d'impôt équivalant à 39 pour cent (30 pour cent de la valeur actuelle nette) de

l'investissement initial, réparti sur une période de sept ans, ainsi qu'à tout rendement sur son investissement dans l'EDC.

- En 2005, le Royaume-Uni a instauré un nouveau type de société baptisé « entreprise d'intérêt communautaire » (EIC) créée à destination de personnes qui souhaitent diriger une entreprise pour le bien de la communauté et pas seulement pour en tirer des avantages personnels. Des tests d'intérêt communautaire et le verrouillage des actifs permettent de s'assurer que l'EIC est constituée à des fins communautaires et que ses actifs et ses profits sont déployés en conséquence. L'enregistrement d'une EIC doit être approuvé par l'organisme de réglementation qui assume également un rôle de surveillance et de renforcement continus. En mars 2009, on comptait 2 578 EIC enregistrées au Royaume-Uni[23] et ce nombre augmente d'au moins 100 par mois.

Imagine Canada[24], organisme caritatif porte-parole du secteur caritatif, relève que le Canada compte 161 000 organismes caritatifs enregistrés et organismes sans but lucratif qui regroupent plus de 12 millions de bénévoles fournissant deux milliards d'heures de bénévolat. Ces organismes emploient un effectif de 2 millions de travailleurs équivalents temps plein –11 % de la population économiquement active – ce qui représente 8,5 % du PIB du Canada. Un grand nombre de ces organismes caritatifs œuvrent au service de l'équité sociale, du renforcement communautaire ou d'autres activités qui accroissent le capital social. Il s'agit d'un terrain fertile que le gouvernement canadien peut explorer pour trouver de nouveaux mécanismes législatifs et des incitatifs fiscaux visant à soutenir cette main-d'œuvre appréciable et mettre à profit son enthousiasme et son engagement pour aborder les déterminants de la santé.

6.8 Épuisement du secteur bénévole

Une grande partie de l'activité communautaire est menée par les organismes caritatifs qui dépendent de l'enthousiasme et de la mobilisation des bénévoles. Toutefois, le travail n'est pas facile. Il consiste souvent à aider les individus et les communautés qui ont de graves problèmes sociaux. Le niveau de stress est élevé et les interactions sociales peuvent être éprouvantes. Le ralentissement économique augmente le stress du secteur bénévole face au nombre accru de Canadiens qui se retrouvent sans travail ou qui font face à une crise financière. L'épuisement et le roulement élevé du personnel sont courants.

Commentaire d'un intervenant clé sur l'épuisement

Un intervenant clé a observé que le ralentissement économique actuel augmente la probabilité d'épuisement : « Ceux d'entre nous qui travaillent dans ce secteur savent que nous ne pourrons pas répondre aux besoins qu'auront les gens. Et cela nous désespère. Nous savons que nous n'avons pas les ressources financières et humaines nécessaires. À mesure que les gens quittent le secteur, nous allons nous retrouver sans les personnes qui peuvent le mieux faire le travail. Nous vivons vraiment un moment de désespoir [...] Nous sommes, pour ainsi dire, écrasés par ce qui arrive ».

[23] Pour avoir plus d'information sur les EIC consulter le site www.cicregulator.gov.uk
[24] Voir le communiqué à l'adresse http ://www.imaginecanada.ca/files/en/publicaffairs/budget_2009_response_release_20090127.pdf

6.9 Difficultés à mettre en commun les cas de réussite au Canada

Commentaire d'un intervenant clé sur les échanges d'information

« En tant que Canadiens, nous n'avons pas encouragé, largement à notre détriment, un mouvement pancanadien. Les échanges d'un continent à l'autre sont coûteux. Et nous ne les avons pas encouragés. Mais surtout, dans le Canada anglais, nous n'avons pas pu connaître certaines réalisations intéressantes qui ont été faites au Québec ».

Un autre obstacle au développement communautaire et à l'engagement à l'égard des déterminants sociaux tient à la nature même du Canada. La dimension géographique, la question linguistique, et les divers cloisonnements provinciaux signifient souvent que des initiatives et des innovations prometteuses dans une province ne sont pas connues dans les autres régions. Il a été observé en particulier, tant dans les études consultées pour les besoins de notre rapport que dans les entrevues menées avec les intervenants clés, qu'il était très difficile de savoir ce qui se passait au Québec si l'on n'est pas bilingue. De même, une organisation francophone aurait beaucoup de mal à trouver l'information sur des programmes communautaires réussis menés au Canada anglais.

7. Services sociaux communautaires intégrés

Les approches communautaires aux services sociaux intégrés sont un important sous-ensemble du développement humain communautaire. Le développement humain communautaire est un groupement général d'actions menées au niveau communautaire visant à améliorer la vie des gens et les déterminants de la santé. Les services sociaux intégrés sont un moyen d'aborder le développement humain et d'influer sur les déterminants de la santé en coordonnant les actions des particuliers et des services. Ils ont pour mission de rationaliser et de simplifier leur accès aux clients, d'être plus efficaces, d'offrir des soins de meilleure qualité et d'éliminer les barrières organisationnelles traditionnelles ou les limites des programmes.

Commentaires d'intervenants clés sur les services intégrés

Un intervenant clé a observé que cette approche uniforme est particulièrement utile pour le groupe complexe de clients qui représente la population la plus négativement touchée par les déterminants de la santé :

« De nombreuses personnes qui ont besoin de services sont celles qui ont toutes sortes de problèmes et elles ne peuvent pas courir partout pour obtenir différents services. Certaines d'entre elles ont un faible niveau d'instruction, et peut-être des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, ou bien elles sont seules pour élever leurs jeunes enfants. Par conséquent, il peut leur être difficile d'avoir accès aux services pour tout un tas de raisons ».

Les services sociaux intégrés sont souvent décrits comme un service uniforme « à guichet unique » créé pour que les gens n'aient à fournir leurs renseignements qu'une seule fois. Ce processus vise à éliminer les cloisonnements traditionnels, à favoriser le travail avec d'autres secteurs et à coordonner les activités de services aux clients. Bien qu'il s'agisse d'un modèle axé sur le problème, qui ne repose pas sur les actifs, comme décrit plus haut, son objectif est toujours le travail en partenariat avec le client pour l'habiliter en éliminant les obstacles et en créant des voies hors de la pauvreté, de la mauvaise santé et autres dysfonctionnements.

Bien entendu, les services sociaux, même bien intégrés, ne suffisent pas à faire une communauté saine. Cependant, de nombreuses personnes qui ont des problèmes de santé et des problèmes sociaux et besoin de services sociaux trouvent le système actuel complexe, disparate, non coordonné et décevant, situation empirée par le fait que les personnes ayant les plus grands besoins, et besoin de plusieurs services, appartiennent en grand nombre aux groupes défavorisés.

Ainsi, une approche communautaire de la santé et du développement humain globale devrait porter en partie, autant que possible, sur l'intégration des services sociaux, et là où les utilisateurs en ont le plus besoin.

Parmi les exemples de services sociaux intégrés, on peut citer les CLSC du Québec (centres locaux de services communautaires) et les centres de santé communautaires du Canada anglais, que nous décrivons ci-dessous. Nous verrons également l'initiative d'intégration des services à grande échelle de la Saskatchewan.

Comme le fait remarquer Thompson dans une étude exhaustive de l'expérience en matière de services sociaux intégrés au Canada, aux États-Unis et en Grande-Bretagne (Thompson, 2007), l'intégration est un processus et non un simple modèle. Il ne s'agit pas d'une approche pouvant s'appliquer à toutes les situations. Il s'agit plutôt d'un objectif que l'on doit adapter à chaque situation.

Cela étant dit, il y a cependant certains éléments communs qui contribuent au succès de l'intégration des services ainsi que certains obstacles prévisibles qui peuvent saper leur efficacité.

7.1 Services sociaux intégrés - facteurs de succès déterminants et obstacles

Thompson relève que les obstacles à l'intégration sont mentionnés plus souvent que les facteurs de succès et que l'intégration des services n'est pas chose facile. Il a défini les facteurs de succès et les obstacles suivants (Thompson, 2007) :

1. Facteurs qui contribuent à l'environnement dans lequel le développement de services intégrés efficaces est le plus susceptible de se produire :

- **Leadership fort** – Les leaders qui se font les champions de l'intégration et qui sont fortement engagés dans cette approche peuvent vraiment changer les choses. Nous avons besoin de leaders dans toutes les disciplines, au niveau communautaire et au niveau de la haute direction.
- **Structures de gouvernance** – Des mécanismes de reddition de comptes et de gouvernance clairement formulés et bien compris sont des facteurs essentiels au succès de tout partenariat, et ils doivent être approuvés au niveau de la haute direction dès le début de la relation.
- **Mesures de reddition de comptes** – Des mécanismes de reddition de comptes clairement formulés aident à mesurer les progrès et à déterminer si les objectifs sont atteints.
- **Compétences en gestion/gestionnaires chevronnés** – Pour assurer le succès, il est important que les gestionnaires de programme et les membres de la

communauté des services sociaux locale aient de nombreuses années d'expérience et connaissent bien leurs communautés.

- **Mission commune, clairement définie** – Un énoncé de mission claire qui est élaboré par les représentants des organismes partenaires et les membres de la communauté aide à créer des liens solides entre divers particuliers et organismes.
- **Volonté de prendre des risques, d'expérimenter et de changer** – L'intégration des services comporte l'adoption de nouvelles approches et de nouvelles façons de procéder. Il doit y avoir une volonté de prendre des risques et suffisamment de souplesse pour mettre en œuvre des stratégies innovatrices et changer d'orientation lorsqu'une approche ne donne pas les résultats escomptés. Thompson relève que cette attitude est tout à fait à l'opposé de la culture réfractaire au risque qui est caractéristique de nombreux organismes gouvernementaux.
- **Accent mis sur la communauté –** Les communautés doivent participer activement à la prestation des ressources nécessaires pour l'intégration, ce qui veut dire qu'elles doivent également participer à la planification et à mise en œuvre de projets intégrés (Ragan, 2003). Une coalition locale forte peut être une force puissante de changement.
- **Services axés sur les clients/citoyens** – Une approche d'intégration axée sur les clients/citoyens a deux dimensions :
    - **Consultation de la clientèle** –Les consommateurs et autres intervenants doivent être consultés de façon régulière pour connaître leurs besoins et leurs attentes. Les membres de la communauté et les intervenants doivent se sentir suffisamment en confiance et à l'aise pour participer aux consultations, de sorte à pouvoir prendre part, dans la foulée, à des événements et des projets communautaires qui ne posent pas de risques. Au niveau de la gestion des cas, en mettant le client au premier plan, celui-ci sera motivé à participer une fois qu'on lui aura fixé des objectifs et lorsque les équipes de plusieurs programmes analyseront son cas.
    - **Approche fondée sur les forces ou les actifs** – Les processus de gestion des cas et d'évaluation sont fondés sur les forces des familles ou des individus plutôt que sur leurs faiblesses, et les familles sont encouragées à reconnaître leurs forces et à prendre appui sur elles.

2. Facteurs qui font obstacle à l'environnement dans lequel le développement de services intégrés efficaces est le plus susceptible de se produire :

- **Confidentialité de l'information** – Les difficultés réelles et perçues entourant l'échange d'information sur les clients sont l'un des obstacles les plus fréquemment cités. Toutefois, les gestionnaires qui ont abordé cette question disent qu'il peut s'agir d'une tactique de diversion. Il se peut que les employés qui déclarent que les règlements de leurs programmes les empêchent d'échanger des informations invoquent la confidentialité comme prétexte pour résister à l'intégration des services. Selon Ragan (2003), l'échange d'information est particulièrement problématique lorsque différents ordres de gouvernement sont

chargés d'administrer les programmes. Dans cette situation, il peut être nécessaire de consacrer beaucoup de temps et d'efforts pour permettre aux divers ordres de gouvernement de s'entendre et d'établir les mécanismes de sécurité nécessaires pour garantir que seuls les employés qui ont les autorisations nécessaires aient accès à cette information.

- **Résistance au changement et fatigue à l'égard du changement** – Il arrive que les individus, les professionnels et les organismes soient réfractaires au risque. Tout changement exige un certain montant de risque; la prestation de services intégrés exige une transformation de la manière dont les ministères, les organismes, les professionnels et les particuliers mènent traditionnellement leurs activités. L'intégration signifie que chaque participant n'a plus le contrôle d'un processus, mode de prestation, etc., et que ce sont les partenaires qui se partagent maintenant ce contrôle. Il peut y avoir le désir de protéger son territoire et le manque de désir de partager le contrôle. Même lorsque les individus et les organisations appuient initialement le changement, un changement continu important peut susciter de la lassitude par rapport au changement. C'est surtout le cas en périodes de compressions budgétaires ou de personnel. Parfois, les gens n'ont tout simplement pas les ressources, le temps et l'énergie émotionnelle nécessaires pour investir dans un changement subséquent lorsque le résultat est incertain. (New Zealand State Services Commission, 2003; Rutman et coll., 1998)

- **Différences entre cultures organisationnelles** – Différentes organisations, et en particulier différents ministères gouvernementaux, ont des cultures différentes et des façons différentes de mener leurs activités. Ces cultures se sont peut-être développées au cours de nombreuses décennies, peuvent être solidement enracinées et toucher pratiquement tous les aspects des opérations. La culture organisationnelle influe sur les objectifs organisationnels, le degré d'importance accordée aux clients, la terminologie utilisée pour décrire les fonctions et les services, les approches de la gestion des cas, les procédures de communication au sein de l'organisation et avec les groupes externes, et les processus et procédures utilisés dans la planification. Il peut être difficile de surmonter ces différences entre les cultures organisationnelles. Les intervenants doivent d'abord comprendre leurs points de vue mutuels et ensuite trouver un terrain d'entente à partir duquel travailler. Certains experts disent que le moyen le plus facile de le faire consiste à passer outre les objectifs et mandats des organismes existants, de s'entendre sur une orientation commune et un but commun au début de l'initiative d'intégration, d'établir des hypothèses et des objectifs communs qui orienteront le travail futur.

- **Problèmes concernant les ressources** – Plusieurs problèmes concernant les ressources peuvent faire obstacle à l'intégration des services.
    - **Différences entre les capacités et les ressources des partenaires** – Les partenaires plus grands qui ont plus de fonds peuvent avoir l'impression qu'ils sont en droit de contrôler les choses. Toute collaboration véritable exige que les partenaires plus grands fassent passer leurs propres objectifs après ceux du partenariat (Ragan, 2003).

- **S'entendre sur la contribution de chaque partenaire** – Il peut y avoir des divergences d'opinions quant au montant de la contribution que devrait faire chaque partenaire.
- **Difficulté à obtenir du financement** – Il peut être difficile d'obtenir du financement horizontalement dans un système cloisonné. Les ministères peuvent hésiter à fournir des fonds à des projets dont ils ne voient pas d'avantages concrets liés directement à leur ministère.
- **Pas de nouveau financement** – Il arrive parfois que les gouvernements exigent qu'une initiative d'intégration soit mise en œuvre grâce au réalignement de fonds existants. Un nouveau financement n'est pas fourni. Cela peut forcer à trouver des solutions créatives comme la ventilation d'une stratégie de développement en segments plus petits et plus réalisables, dont on peut rendre compte des résultats chaque année.

Toutefois, malgré ces difficultés, il existe au Canada de bons modèles fonctionnels de services sociaux et/ou de santé intégrés. Les modèles les mieux développés et qui sont en existence depuis le plus de temps sont peut-être les CLSC du Québec.

7.2 Les CLSC du Québec

Ces trente dernières années, en particulier au Québec, certains efforts majeurs faits pour améliorer la santé des populations locales ont abouti grâce à l'utilisation des centres de santé communautaires qui intègrent les services de soins préventifs et primaires avec les services sociaux. Au Québec, on les appelle des CLSC (centres locaux de services communautaires). Il s'agit de cliniques communautaires qui sont gérées et financées par le gouvernement provincial. Ce réseau offre une grande variété de services, notamment des soins de santé primaires, des services préventifs de santé, du counseling psychologique, des services de soutien comme des ressources et des subventions pour le logement, et de développement communautaire. Le CLSC a pour mission d'utiliser une approche communautaire, multidisciplinaire et globale pour améliorer l'état de santé et le bien-être des membres de la communauté. De plus, l'un de ses objectifs est d'inciter les individus et ceux qui leur sont proches à prendre en charge leurs propres santé et bien-être. On compte 147 CLSC répartis à grandeur de la province.

Ces dernières années, les CLSC ne sont plus des organismes indépendants; ils ont fusionné avec les CSSS (Centres de santé et de services sociaux) qui sont les organisations locales de services sociaux et de santé prédominantes qui supervisent également tous les services sociaux et services liés à la santé dans une communauté, y compris les maisons de soins infirmiers et les hôpitaux. À Montréal et dans l'Outaouais, les services de santé sont fournis par les (CSSS), organismes similaires aux CLSC, mais qui intègrent en plus, dans le modèle, des services hospitaliers de soins actifs, des services de soins de longue durée et de réadaptation. On peut avoir accès à tous les services dans la région de Montréal en plaçant un seul appel au to 8-1-1, et on sera orienté vers la bonne ressource.

Le site Web du CSSS de Montréal (www.santemontreal.qc.ca) indique que les CSSS ont été créés pour répondre aux défis de l'approche populationnelle qui aborde la gestion de la santé en suivant une approche plus proactive et qui contribue à maintenir et à améliorer la santé des

citoyens. C'est à eux qu'a été confiée la responsabilité de définir le projet clinique et organisationnel.

D'après le CSSS de Montréal, pour créer un véritable réseau local axé sur la responsabilité populationnelle, le CSSS doit mobiliser les acteurs du réseau et de la communauté pour franchir une série d'étapes que nous pourrions définir de la façon suivante :

- Établir le portrait de santé de la population du territoire en tenant compte du profil sociodémographique des clientèles et de la population, du profil sanitaire, c'est-à-dire des facteurs déterminants de la santé et des tendances sociodémographiques et environnementales du profil d'utilisation des services.
- Définir les priorités qui reflètent la vision locale des besoins. Afin d'identifier clairement les résultats attendus, il faudra s'assurer de la participation des acteurs du réseau sociosanitaire et des autres ressources du territoire. Il importe au premier chef que la population soit partie prenante du projet.
- Identifier les interventions efficaces tant sur le plan clinique qu'organisationnel. Leur efficacité quant à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population doit avoir été démontrée.

7.3 Centres de santé communautaires du Canada anglais

Les centres de santé communautaires dans le Canada anglais sont des organismes sans but lucratif gérés par la communauté qui intègrent les services de soins de santé primaires, de promotion de la santé et de développement communautaire, en faisant appel à des équipes multidisciplinaires de fournisseurs de services de santé. Ces équipes incluent souvent, entre autres, des médecins, des infirmiers praticiens, des diététiciens, des promoteurs de la santé, des conseillers qui reçoivent un salaire, au lieu d'un paiement à l'acte. Les centres de santé communautaires sont parrainés et gérés par des conseils communautaires sans but lucratif auxquels siègent des membres de la communauté et autres personnes qui fournissent des services sociaux et de santé.

Les services sont conçus pour répondre aux besoins particuliers d'une communauté définie. De plus, les CSC fournissent divers services de prévention de la maladie et de promotion de la santé qui visent à sensibiliser aux déterminants de la santé plus généraux tels que l'emploi, l'éducation, l'environnement, l'isolement et la pauvreté. Les CSC sont en existence au Canada depuis les années 1920; on en compte aujourd'hui plus de 300 dans tout le Canada, 55 se trouvant en Ontario.

Cette approche de la santé communautaire englobe les facteurs généraux qui déterminent la santé comme l'éducation, l'emploi, le revenu, le soutien social, l'environnement et le logement. Voici certains services qu'offrent habituellement les CSC :

- **Soins primaires -** Évaluation de santé, prévention de la maladie, interventions en cas de maladie aiguë et épisodique ou de blessures; soins génésiques primaires, détection précoce et traitement initial et continu des maladies chroniques; éducation et soutien pour l'autogestion de la santé; soutien pour les soins hospitaliers, les soins à domicile et les soins en établissements de longue durée; dispositions pour un service 24 heures par jour sept jours par semaine; coordination des services et aiguillage; rappel actif et tenue d'un dossier médical

complet (souvent électronique) pour chaque client dans le centre; soins de santé mentale primaires, y compris des services de counseling psychosocial; coordination et accès à la réadaptation; soutien des malades en phase terminale.

- **Promotion de la santé et renforcement des capacités communautaires –** Cessation de fumer; promotion de la santé dans le cas de l'asthme; ateliers sur la nutrition; éducation sur le diabète; sécurité du logement et sans-abrisme; sécurité alimentaire; accès à l'emploi; soutien aux immigrants et aux réfugiés notamment préparation à l'ALS; groupe de soutien parental; sécurité des fermes; soutien de l'allaitement; préparation à l'accouchement; halte-accueil et centre de loisirs pour personnes âgées; gestion de la colère et du stress; counseling en matière d'estime de soi; prévention de la violence; règlement des conflits judiciaires communautaires; cuisine, jardins communautaires; programmes multilingues sur divers sujets; programmes pour les jeunes; groupe de soutien des femmes; programmes de collations scolaires (Association of Community Health Centres, 2009).

Une étude récemment menée en Ontario a trouvé que les soins de santé pour les personnes atteintes d'une maladie chronique, en particulier le diabète, étaient plus efficaces lorsqu'ils étaient fournis dans des CSC que dans les cabinets de médecin traditionnels, ce qui était surtout dû au réseau d'équipes multidisciplinaires. L'Observateur-Q de 2008 du Conseil ontarien de la qualité des services de santé a trouvé que les CSC obtiennent un meilleur taux de satisfaction qu'un médecin et autre organisme de santé dans le cas du traitement des maladies chroniques, en particulier le diabète, mais également avec des groupes de la population qui se heurtent généralement à de plus grands obstacles à la santé et aux soins de santé à cause de la pauvreté, de logements inhabitables, de la langue, de l'isolement géographique et d'autres facteurs; [le CSC] « ne se concentre pas uniquement sur les soins de santé. Ses activités sont fondées sur le principe qu'une diversité de facteurs, dont le logement, l'emploi, les relations sociales, le revenu, ainsi que la biologie, le sexe et la race - que nous appellerons déterminants de la santé – sont autant d'éléments qui conditionnent l'état de santé des personnes » (Rapport annuel du COQSS, 2008).

Les CSC sont des modèles très prometteurs, mais dans leurs 30 années d'existence au Canada, ils n'ont pas recueilli un grand soutien. Cela est principalement dû à certains obstacles vus plus haut. De plus, les modèles de financement, en particulier le salaire pour les médecins, se sont heurtés à l'opposition de groupes de médecins, comme cela a été le cas pour le partage du contrôle entre diverses professions de la santé au lieu du contrôle hiérarchique traditionnel. De nouvelles générations de médecins montrent moins de résistance envers le modèle de santé communautaire et les postes salariés, et de nombreux gouvernements provinciaux encouragent la création de CSC et/ou de réseaux d'omnipraticiens (sortes de CSC virtuels) dans le cadre de la réforme des soins primaires.

7.4 Intégration des services sociaux en Saskatchewan

À part les CLSC et les Centres de santé communautaires, il semble y avoir eu étonnamment peu de tentatives systématiques d'intégration d'autres services sociaux au Canada. Lorsque des modèles existent, ceux-ci sont soit partiels (p. ex. au Québec, les services de santé et services sociaux sont intégrés et au Manitoba plusieurs services sont

axés sur les enfants), soit principalement locaux (p. ex. quelques centres multiservices en Ontario). La Saskatchewan est la seule province qui semble avoir fait l'effort méthodique de mieux intégrer un large groupe représentatif de services sociaux au niveau provincial et au niveau régional.

La Saskatchewan a adopté une approche de prestation des services sociaux intégrée depuis 1989, et elle est l'une des premières administrations à avoir adopté cette approche. L'intégration des services est coordonnée par l'entremise de deux structures organisationnelles : le Human Service Integration Forum (HSIF) et les dix comités intersectoriels régionaux (CIR).

- Le Human Services Integration Forum se compose de sous-ministres associés/adjoints des ministères provinciaux qui fournissent des services sociaux, notamment les ministères de l'Éducation, de la Justice et du Procureur général; de la Santé; des Services sociaux; des Relations avec les Métis et les Premières nations; du Tourisme, des Parcs, de la Culture, du Sport, et des Services correctionnels, de la Sécurité publique et des Services de police. Le Human Services Integration Forum assure la coordination des initiatives de services sociaux au niveau de la haute direction. Un directeur exécutif soutient le Human Services Integration Forum et les comités intersectoriels régionaux et coordonne la planification stratégique pour l'intégration des services en Saskatchewan.

- Chacun des dix CIR couvre un secteur précis de la province. Chacun d'eux a un effectif particulier qui inclut des représentants des ministères provinciaux et fédéraux, des écoles, de la police, des organisations des Premières nations et des Métis, et autres organismes locaux offrant des services sociaux, y compris des organisations communautaires. Les CIR sont chargés de coordonner les services sociaux au niveau régional et de renforcer la capacité communautaire. Chaque CIR bénéficie de l'aide d'un coordonnateur qui est financé par le gouvernement provincial[25].

Récemment, on a accordé une attention particulière au renouvellement, à la revitalisation et à la redynamisation des services intégrés en Saskatchewan. Ce renouvellement de l'intégration des services sociaux marque le début de la seconde génération d'intégration des services dans cette province. Par contraste, la plupart des initiatives d'intégration en cours dans d'autres administrations en sont au premier stade de production.

Un exemple d'intégration des services est le Community Services Village à Regina qui est centré dans une banque alimentaire qui réunit 20 organismes et fournit des services aux personnes qui vivent dans la pauvreté. Les coûts d'infrastructure requis pour avoir une installation aussi spacieuse ont été élevés. Mais les clients trouvent l'installation très pratique et il est bien plus facile pour les organismes de travailler ensemble.

7.5 Enfants en santé Manitoba

En 1999, le gouvernement du Manitoba s'est engagé à faire du développement de la petite enfance une priorité à l'échelle gouvernementale. L'année suivante, il a créé

[25] Fondé largement sur Thompson, 2007

Enfants en santé Manitoba (ESM) et établi le Comité du Conseil exécutif pour enfants en santé, premier et seul comité interministériel permanent au Canada voué au bien-être des enfants et des adolescents. Ce comité comprend les ministres de huit ministères (Vie saine; Santé; Affaires autochtones et du Nord; Justice; Culture, Patrimoine et Tourisme; Travail et Immigration; Éducation, Citoyenneté et Jeunesse; Services à la famille et Logement). Ces huit partenaires gouvernementaux se partagent la responsabilité d'élaborer, de coordonner et de mettre en œuvre la politique publique axée sur les enfants du Manitoba, et l'objectif de voir à ce que tous les enfants du Manitoba atteignent leur plein épanouissement.

Ce comité du Conseil exécutif bénéficie de l'aide d'un comité de sous-ministres ainsi que d'Enfants en santé Manitoba qui, non seulement est responsable de l'élaboration des politiques, du développement communautaire et de l'évaluation des programmes, mais sert également de personnel et de secrétariat aux deux comités gouvernementaux.

Tandis que le Comité du Conseil exécutif maintient son engagement politique et sa vision, le programme s'appuie également sur un fort engagement et leadership communautaires. Dans l'ensemble de la province, 26 coalitions axées sur les parents et les enfants décident collectivement quels services et mécanismes de soutien seront mieux en mesure de répondre aux besoins des familles dans ce secteur particulier. Cette approche axée sur le développement communautaire réunit les parents, les divisions scolaires, les éducateurs de la petite enfance, les professionnels de la santé et autres organismes communautaires dans le cadre des coalitions communautaires et régionales pour promouvoir un rôle parental positif, améliorer la nutrition et la santé physique des enfants, promouvoir l'alphabétisation et l'apprentissage, et renforcer la capacité communautaire.

Les objectifs d'Enfants en santé Manitoba consistent à :

- chercher, développer, financer et évaluer des initiatives innovatrices et des stratégies à long terme visant à améliorer les possibilités de réussite des enfants du Manitoba;
- coordonner et intégrer les politiques, les programmes et les services dans l'ensemble du gouvernement pour les enfants, les jeunes et les familles, à l'aide de modèles d'intervention précoce et de santé de la population;
- augmenter la participation des familles, du voisinage et de la communauté dans les services de prévention et de développement de la petite enfance (DPE) par le biais du développement communautaire;
- faciliter le développement de la politique publique axée sur l'enfant et l'échange de connaissances entre départements et secteurs, au moyen d'évaluation et de recherche sur les déterminants clés et les résultats pour le bien-être des enfants.

Selon un résumé positif paru dans un article de 2006 (Conseil canadien de la santé 2006), le résultat a été un ensemble complexe de services publics qui soutiennent les enfants et les familles, notamment :

- une allocation prénatale pour aider les femmes à faibles revenus à acheter des aliments nutritifs durant leur grossesse;

- un programme d'encadrement en vue de mettre fin au SAF (syndrome d'alcoolisation fœtale) qui cible les femmes à risque d'avoir un enfant atteint de ce syndrome;
- un programme de dépistage systématique qui cible 90 pour cent des nouveau-nés et leurs parents et apporte du soutien aux familles, par exemple, au moyen de visites à domicile dans le cadre du programme Les familles d'abord, et en fournissant aux parents des renseignements sur les programmes de formation au rôle de parent dans leur communauté;
- le Tripe P – Programme de formation au rôle de parent positif, programme de renommée internationale reconnu pour sa capacité à accroître les compétences des parents et à réduire les problèmes de comportement;
- les programmes de développement de la petite enfance, notamment le populaire programme Soupe à l'alphabet qui combine une alimentation saine aux activités de lecture et de langage entre parents et enfants et qui favorise l'acquisition de capacités de lecture et d'écriture, tout en aidant les parents à découvrir des produits nutritifs à prix abordable. Le programme Soupe à l'alphabet emploie les parents de la communauté comme bénévoles et facilitateurs dans le cadre du renforcement des capacités communautaires.

D'autres activités d'ESM menées ces dernières années incluent :

- l'amélioration des services de soins primaires pour les adolescents au moyen de l'expansion des cliniques pour adolescents dans la province.
- La collaboration avec les ministères partenaires pour élaborer une stratégie de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale.
- Le renforcement des relations avec les ministères fédéraux au niveau régional, notamment l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI);
- Promouvoir la stratégie provinciale d'évaluation et de recherche concernant Enfants en santé Manitoba. L'évaluation du projet inclut de travailler avec les 38 divisions de la province pour évaluer la préparation des enfants à l'école maternelle, en examinant leur santé physique et leur maturité développementale, sociale et émotionnelle durant chaque année que passe l'enfant à la maternelle. D'autres stratégies d'évaluation à long terme sont en cours d'élaboration, utilisant l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), ainsi qu'une étude longitudinale propre au Manitoba sur le modèle de l'ELNEJ.

Bien que l'on commence à peine à voir les résultats de cet engagement intégré à long terme, il semble que l'engagement politique se soit maintenu, et il ne nous reste plus qu'à surveiller le programme Enfants en santé Manitoba pour voir ses effets sur l'état de santé des enfants du Manitoba[26].

[26] Sources : Sale (2003), site du Gouvernement du Manitoba (2007) et d'Enfants en santé Manitoba, www.gov.mb.ca/healthychild/

7.6 Une vision de services de développement humain et de santé intégrés

Bien qu'il existe un nombre de modèles d'intégration des services sociaux et/ou de santé potentiellement utiles, il semble ne pas y avoir de vision quant à ce que ce système pourrait être dans l'avenir. L'effort d'élaborer cette vision a été fait dans le cadre du travail d'une équipe qui créait la conception d'une nouvelle communauté – Seaton – qu'avait planifiée le gouvernement de l'Ontario dans les années 1990. À la fin, cette communauté n'a pas été construite, mais dans le cadre de sa conception globale (qui a occupé le troisième rang dans le concours de conception), le groupe communautaire du consortium CEED[27] a élaboré une stratégie de développement humain globale[28].

Cette stratégie était fondée sur trois principes fondamentaux, les suivant par ordre de priorité :

- Renforcer la communauté : bâtir une communauté tolérante, solidaire, forte déterminée à assurer le bien-être de ses membres – présents et futurs – et la protection et l'amélioration de son environnement;
- Promouvoir le bien-être et éviter les problèmes : mettre l'accent sur la promotion du bien-être, la prévention des problèmes et la mobilisation de la capacité d'effort individuel, d'entraide et de soutien mutuel de la communauté;
- Répondre aux besoins et fournir des services : fournir un éventail complet de services sociaux dans un système intégré qui est mis au point à partir du niveau du ménage et fait partie intégrante de la communauté et des communautés de Pickering et de Durham dont Seaton fait partie.

La stratégie comportait deux principaux volets, qui étaient complémentaires :

- mettre l'accent sur la création d'une forte culture communautaire, la promotion du bien-être et la prévention des problèmes en amont de la prestation des services;
- construire à partir du niveau du ménage.

Les principaux éléments du volet promotion/prévention de la stratégie culturelle, sociale et de développement humain globale étaient :

1. Répondre aux besoins de tous
2. Élever des enfants en santé
3. Faire du travail une source de bien-être
4. Assurer un vieillissement sain
5. Stimuler la créativité et l'innovation
6. Créer un sentiment d'appartenance à la communauté

[27] Community, Environment, Economy, Design

[28] Le bien-être/développement humain n'était que l'un des sept éléments considérés dans la conception du Consortium CEED relative à Seaton; les autres étaient la gouvernance, la santé de l'écosystème, la vitalité économique, le développement durable, la qualité environnementale et l'équité sociale.

7. Assurer la sécurité
8. Permettre aux gens de se responsabiliser
9. Fournir des services sociaux de promotion et de prévention

Le concept de créer à partir du niveau du ménage s'appliquait, non seulement au système de service sociaux, mais il a été, en fait, appliqué à la conception globale de toute la communauté. On a reconnu qu'en concevant les services sociaux à partir du ménage, de l'îlot et du quartier, il aurait fallu prêter attention aux besoins en services sociaux des individus et à la nécessité d'avoir des locaux et des installations pour répondre à ces besoins. Au titre de l'efficacité et de la création d'un sentiment d'appartenance à la communauté, des installations à usage multiple gérées au niveau de l'îlot, du quartier et du village ont été proposées. Le tableau 1, qui explore quelles installations pourraient être nécessaires à chaque niveau pour deux aspects du développement humain, l'apprentissage et les services communautaires, donne un exemple de la portée de cette conception. On trouvera chez Hancock, 1999, une description détaillée des services de santé fondés sur ce modèle.

Tableau 1 : Certaines répercussions des services sociaux sélectionnés, selon le niveau de conception, proposition de CEED pour le concours relatif à la conception de Seaton, 1994

Niveau de conception	Centre d'apprentissage	Centre de services communautaires
Ménage	• Terminal vidéo interactif relié au centre de ressources et d'information communautaires et au réseau d'apprentissage électronique de Seaton.	• Accès en ligne aux CSC du quartier, du village et de la ville pour recevoir des conseils et du soutien. • Accès en ligne au Self-Help Clearing House et à son logiciel d'auto-assistance et de soins personnels. • Système d'alarme câblé résidentiel (feu/fumée, aide des personnes âgées, vol).
Îlot urbain	• Salles réservées aux ressources et à l'apprentissage en ligne dans de grands îlots urbains (p. ex. unités multiples). • Espaces communs pour le jeu, les loisirs, l'artisanat et autres utilisations.	• Salles réservées aux services communautaires dans de larges îlots pour les travailleurs des services sociaux rendant visite.
Quartier	• École communautaire élémentaire comme centre d'apprentissage continu, avec des installations	• Logement pour les personnes ayant des besoins spéciaux.

	culturelles et pour la détente, y compris un centre de ressources et d'information communautaires.	
Village	• École secondaire communautaire avec des installations communautaires pour l'apprentissage continu et les loisirs, y compris des espaces pour l'artisanat, les violons d'Ingres, des espaces pour la piscine, le gymnase, les arts et la culture, la bibliothèque, etc.	
Ville	• Collège écocommunautaire, collège communautaire, secteur d'attache pour le réseau d'apprentissage électronique de Seaton, principales installations culturelles, y compris un espace pour les spectacles, un musée ou une galerie, etc.	

8. Vers une approche nationale axée sur le soutien de l'action locale au profit de la santé de la population et du développement humain.

Bien que le gouvernement fédéral ait sans aucun doute un rôle à jouer dans le soutien des nouveaux processus de gouvernance communautaire et des nouvelles structures nécessaires pour renforcer la résilience de la communauté et celle de ses membres, et dans le renforcement des capacités individuelles et communautaires (et s'appuie sur ces capacités), il est important de reconnaître le rôle vital que doivent aussi jouer les gouvernements provinciaux. Il y a deux importantes raisons à cela : la première est que les gouvernements municipaux sont établis par les gouvernements provinciaux, et la seconde, comme le note Torjman (2007) :

> « de nombreux domaines de fond sur lesquels porte ce programme [communautaire] – logement décent abordable, alphabétisation et formation et emploi [et, pourrait-on ajouter, éducation et services de santé] relèvent principalement de la compétence provinciale ».

Bien entendu, les administrations municipales jouent également un rôle dans les domaines qui touchent à la santé et au développement humain, notamment l'aménagement des terres, le transport, la gestion des déchets, les parcs et loisirs, les services sociaux, le logement social et autres.

Dans un chapitre intitulé « Creating an enabling environment », Torjman (2007) examine le nouveau rôle des gouvernements fédéral et provinciaux et des autres bailleurs de fonds (philanthropiques) dans le renforcement de la gouvernance communautaire, le soutien des communautés et la création des conditions qui permettent aux communautés de renforcer leur résilience et celle de leurs citoyens, au-delà de leur rôle, en investissant directement dans les services, les programmes et les installations dans les communautés.

Commentaires d'intervenants clés sur les modèles universels

[Traduction] « Je ne crois pas que l'on puisse transposer un modèle d'un endroit à un autre [...] Je suis convaincu qu'il n'existe pas de modèle universel ».

« Je crois que l'une des choses que nous reconnaissons aujourd'hui est que plutôt que de parler des modèles, nous parlons plus des principes ».

Torjman décrit ce nouveau rôle comme celui de « facilitateurs » de processus communautaires complexes » et indique que cela exige que ces bailleurs de fonds permettent de savoir, d'agir et d'examiner, c'est-à-dire, de développer la base de données, d'établir des liens axés sur la collaboration et d'examiner les progrès accomplis (p. 244). Elle offre des idées quant à la façon de le faire :

- « Permettent de savoir » consiste à échanger avec la communauté l'information détenue par les gouvernements (c.-à-d. le Community Accounts Project a débuté à Terre-Neuve-et-Labrador et il est aujourd'hui reproduit dans d'autres provinces); en soutenant la recherche communautaire menée sous l'impulsion de la communauté ainsi que la collecte et l'analyse de l'information; en établissant des liens entre les communautés et les chercheurs (p. ex. programme Alliances de recherche universités-communautés du CRSH); et en mettant en commun des connaissances et de l'expérience des communautés. (Il est utile ici de rappeler ce qu'a souvent répété John McKnight, à savoir que les institutions apprennent des études, mais les communautés apprennent des cas concrets.)
- « Permettent d'agir » en encourageant les processus de gouvernance communautaire qui travaillent en collaboration pour aborder les problèmes complexes; en investissant du « capital de patience » dans ce processus à long terme; en participant activement et en échangeant l'information sur les pratiques exemplaires du pays entier; et en établissant des modèles de coordination et de collaboration dans leur propre travail, en travaillant de façon horizontale et en adoptant une approche pangouvernementale.
- « Permettent d'examiner » en encourageant l'apprentissage au sein des communautés et entre les communautés, notamment la pratique réflexive, l'aide en terme de comportement et le développement des compétences.

Il est d'une suprême importance de reconnaître qu'il n'existe pas de modèle universel pour renforcer les capacités communautaires (et s'appuyer sur ces capacités) et pour améliorer la santé et le développement humain qui puisse s'appliquer à toutes les communautés. Chaque communauté est différente par son histoire, les problèmes auxquels elle est confrontée, les ressources qu'elle réussit à mobiliser, et les relations déjà

présentes en son sein et les relations entre elle et d'autres ordres supérieurs de gouvernement.

Néanmoins, en nous fondant sur les ouvrages que nous avons consultés pour le présent rapport, sur les points de vue des principaux intervenants, et sur ma propre expérience acquise dans le cadre de mon travail sur les villes et les communautés en bonne santé, nous pouvons faire les observations suivantes.

1. De nombreux déterminants de la santé ont des effets au niveau communautaire, dans les milieux environnants – maisons, écoles, lieux de travail, quartiers – là où les gens vivent, apprennent, travaillent et se divertissent.
2. Les communautés – même les plus défavorisées et qui ont à relever les plus gros défis, comme la communauté crie d'Oujé-Bougoumou que nous avons décrite plus haut, ont des forces, des capacités et des actifs importants, parfois étonnants, que la communauté peut mettre à profit pour aborder ses problèmes et pour améliorer sa santé, son bien-être et son niveau de développement humain.
3. Les gouvernements fédéral et provinciaux, les organismes philanthropiques et le secteur privé feraient bien de reconnaître les forces présentes dans les communautés, de s'appuyer sur la capacité communautaire et de la renforcer en investissant dans le développement communautaire reposant sur les actifs.
4. L'adoption d'une telle stratégie exige, entre autres :
    a. de reconnaître le rôle vital que jouent les administrations municipales dans la création des conditions favorables à la bonne santé et au développement humain, en en faisant de principaux partenaires, et en renforçant leurs pouvoirs (y compris, le pouvoir de taxation);
    b. d'adopter une approche pangouvernementale aux questions liées à la santé de la population et au développement humain à laquelle participent tous les ordres de gouvernement, allant du gouvernement fédéral au gouvernement local;
    c. d'encourager et soutenir les processus et structures de gouvernance communautaire qui permettent aux nombreux intervenants de la communauté – secteurs public, privé, sans but lucratif et communautaire, ainsi qu'à chaque citoyen – de reconnaître et de définir les problèmes communautaires locaux et les solutions et d'élaborer des stratégies à long terme reposant sur les actifs pour les aborder.
5. Pour cela, il faut que les gouvernements et les organismes philanthropiques s'engagent à financer à long terme cette infrastructure de gouvernance communautaire. Cela veut dire plus précisément qu'ils doivent fournir moins de financement à court terme étroitement ciblé et plus de financement général à long terme que les communautés peuvent utiliser de la façon qu'elles jugent nécessaire pour renforcer la capacité communautaire dont elles ont besoin.
6. Tant au niveau national que provincial, il est nécessaire d'établir des organismes nationaux et/ou provinciaux (ou lorsqu'ils existent déjà, de les renforcer fortement) pouvant favoriser la création d'écoles, de lieux de travail et de

communautés en bonne santé. Ces organismes faciliteraient et aideraient la création d'infrastructures de gouvernance communautaire, mèneraient des recherches, mettraient en commun leurs connaissances et leur expérience, élaboreraient des outils et « formeraient les formateurs ».

7. Tout effort au niveau national pour améliorer la santé de la population et le développement humain sain afin de créer des communautés plus saines doit s'accompagner d'un effort national d'élaborer de nouvelles mesures de progrès comme celles dont nous avons parlé ci-dessus de sorte que l'on puisse voir les progrès que nous avons réalisés dans l'atteinte de ces vastes objectifs sociétaux. Ces nouvelles mesures doivent pouvoir s'appliquer à tous les niveaux, de l'international au local, et elles doivent être élaborées en partenariat avec les communautés, dans le cadre du renforcement de la capacité de la communauté de se comprendre et de comprendre sa situation, condition préalable nécessaire pour poser des gestes concrets.

8. Les gouvernements devraient mettre en place des systèmes de services de développement humain mieux intégrés comme élément du renforcement de la capacité communautaire (ou comme élément d'appui sur cette capacité). Dans les communautés défavorisées, en particulier, ces services devraient être situés près des personnes qui les utilisent ou qui en ont besoin; ils devraient être faciles à trouver (« accessibles à partir d'un même point ») et à utiliser et, le cas échéant, être logés dans une seule installation qui maximise l'utilisation de l'espace commun pendant la journée.

Références

Armstrong, A. « Thomas Adams and the Commission of Conservation », *Plan Canada*, 1(1), 14-32, 1959.

Ashton, J. (éd.), Introduction, *Healthy Cities*. Milton Keynes, Angleterre : Open University Press, 1992.

Association des centres de santé de l'Ontario. « Au sujet des CSC », 2009, extrait le 8 mars 2009 du site http://www.aohc.org/aohc/index.aspx?ArticleID=10

Association canadienne de santé publique. *Human and Ecosystem Health*, Ottawa : ACSP, 1992.

Banque mondiale. « Investing in Health », Washington, D.C.: Banque mondiale, 1993.

Banque mondiale. « Monitoring Environmental Progress (MEP): A Report on Work in Progress », Washington DC: Banque mondiale, 1995.

Beyond Health Care, « Proceedings of a Working Conference on Healthy Public Policy », *La revue canadienne de santé publique*, 1985, vol. 76 (suppl. 1), p. 1-104.

Bhatt, Sanjay. « Neighborhood Matching Fund has changed Seattle's face », 2008, *Seattle Times*, le 11 sept. 2008, extrait le 23 février 2009.

http ://seattletimes.nwsource.com/html/localnews/2008172394_matchingfund11m.html

Bradford, Neil. « Whither the Federal Urban Agenda? A New Deal in Transition », Réseaux canadiens de recherche en politique publique, Rapport de recherche F|65, 2007, extrait le 25 février du site http://www.cprn.org/page.cfm?page=124&l=fr

Bradford, Neil. « Place Matters and Multi-level Governance : Perspectives on a New Urban Policy Paradigm », Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, rapport de recherche, 2004, extrait le 25 février 2009 du site http ://www.cprn.org/doc.cfm?doc=534&l=en

Bradford, Neil. « Why Cities Matter : Policy Research Perspectives for Canada », Réseaux canadiens de recherche en politiques, Rapport de recherche, 2002, extrait le 25 février 2009 du site http ://www.cprn.org/doc.cfm?doc=168&l=en

British Columbia Roundtable on Environment and Economy (1993). *Strategic Directions for Community Sustainability*, Victoria, C.-B. : The Roundtable.

Butterworth, W. « Inter-Chamber Health Conservation Contest », *American Journal of Public Health*, 1930, p. 633-635.

Calthorpe, P., & Van der Ryn, S. « Sustainable Communities: A new design synthesis for cities, suburbs and towns », 1986, San Francisco: Sierra Club.

Carter, T.S. and Man, T.L. « Canadian Registered Charities : Business Activities and Social Enterprise – Thinking Outside the Box », 2008, extrait le 16 mars 2009 du site http ://www.carters.ca/pub/article/charity/2008/tsc1024.pdf

Cassedy, J. « Hygeia : A mid-Victorian dream of a city of health », *Journal of Historical Medicine*, 17(2), 217-228, 1962.

CEED. « Seaton: Phase Three Design Exercise », Toronto : CEED (c/o Dunlop Farrow Architects, 450 Front Steet West, Toronto, Ontario), 1994

Cipolla, C. « Public Health and the Medical Profession in the Renaissance », Cambridge, Angleterre : Cambridge University Press, 1976.

Coleman, J. S. « Social Capital in the Creation of Human Capital », *American Journal of Sociology*, 94 : S95-S120, 1988.

Commission de la conservation (1912). Rapport annuel, Ottawa, Canada, p. 148 – 270 10, Armstrong, 1959.

Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, Développement humain durable, 1995.

Commission mondiale sur l'environnement et le développement. « Notre avenir à tous », New York, Oxford University Press, 1987.

Conseil canadien de la santé. « Enfants en santé Manitoba » (dans « Leur avenir commence maintenant – Des choix sains pour les enfants et les jeunes au Canada »), juin 2006, extrait le 24 mars 2009 du site http ://healthcouncilcanada.ca/docs/shiningalight/Healthy%20Child%20Manitoba.pdf

Conseil ontarien de la qualité des services de santé. « Chronic Disease Management in Ontario », Rapport technique, 2008, extrait le 10 février 2009 du site http ://www.ohqc.ca/pdfs/technical_report_for_chapter_3_-_sections_3.1_-_3.4.pdf

Cooke, Martin; Beavon, Daniel et McHardy, Mindy. « Mesure du bien-être des peuples autochtones : application de l'indicateur du développement humain des Nations Unies aux Indiens inscrits du Canada, 1981–2001 », Direction de la recherche stratégique et de l'analyse, Affaires indiennes et du Nord Canada, 2004.

Daly, Herman and Cobb, John. « For the Common Good », Boston : Beacon Press, 1989.

Diers, J. « From The Ground Up : community's role in addressing street level social issues; a core challenges initiative », document de travail, Canada West Foundation, 2008, extrait le 17 février 2009 du site http ://www.cwf.ca/V2/files/CCI%20Diers.pd

Ekins, P., Hillman, M. & Hutchison, R. « Wealth Beyond Measure : An Atlas of New Economics », London : Gaia Books, 1992.

Evers, A., Farrant, W., & Trojan, A. « Healthy Public Policy at the Local Level », Boulder, Co.: Westview Press, 1990.

Fawcett, S.B., Francisco, V.T., & Schultz, J.A. « Understanding and improving the work of community health and development: Using the methodology of community-based participatory research to document and analyze the contribution », *VIII Biannual Symposium on Science of Behavior*, Guadalajara, Mexique, 2004.

FCM – Fédération canadienne des municipalités. « Policy Statement on Municipal Finance and Intergovernmental Arrangements », mars 2008, extrait le 26 février 2009 du site http ://www.fcm.ca//CMFiles/munfin1SIR-3262008-3325.pdf

Girouard, M. dans Leavitt, J.W. « The Healthiest City : Milwaukee and the politics of health reform », Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1985.

Gouvernement du Manitoba. Rapports annuels d'Enfants en santé Manitoba 2006-2007, novembre 2007, extrait le 20 mars 2009 du site http ://www.gov.mb.ca/healthychild/about/annual.html

Hancock, T. (n.d.). « Planning and Creating Healthy and Sustainable Cities: The Challenge for the Twenty-First Century », dans Price, C. & and Tsouros, A. (éd.), *Our Cities, Our Future*.

Hancock, T. « Developing healthy public policies at the local level », dans A. Evers et al. (éd.) « Healthy Public Policy at the Local Level », Frankfurt/Boulder, Campus/Westview, 1990.

Hancock, T. « Health, human development and the community ecosystem: Three ecological models », *Health Promotion International*, vol. 8 (1) : p. 41-47, 1993.

Hancock, T. « The evolution, impact and significance of the Healthy Cities/Communities movement », *J. Public Health Policy*, (printemps), p. 5-18, 1993.

Hancock, T. « Healthy, Sustainable Communities: Concept, fledgling practice, and implications for governance », *Alternatives*, 22 (2), p. 18-23, 1996

Hancock, T. « Healthy Cities and Communities: Long tradition, hopeful prospects », *National Civic Review*, 86(1), p. 11-21, 1997.

Hancock, Trevor. « Health Care Reform and Reform for Health: Creating a Health System for Communities in the 21st Century », *Futures*, 31(5): p. 417-436, 1999.

Hancock, T. « Beyond Health : Human Development and Healthy Local Governance », présentation au séminaire : Determinantes Sociais e Ações Intersetoriais em Saúde, Federal University of Pernambuco, 2008, Recife, Brésil, le 17 mars 2008,

Harrell, DC. « Neighborhood Matching Fund thriving after 20 years », *Seattle Post Intelligence*, le 1er janvier 2009, extrait le 23 février 2009 du site www.seattlepi.nwsource.com/local/394475_hoodmatch02.html

Hippocrates (400 av. J.-C.). « On Airs, Waters and Places », traduction du texte grec original se trouvant sur *Ancient Greek Online*, extrait le 17 février 2009 du site www.greektexts.com/library/Hippocrates/On_Airs,_Waters,_And_Places/eng/240.html

Hodgett, C. (n.d.). « It is not so much the city beautiful as the city healthy that we want for Canada », Commission sur la conservation. *Rapport annuel* (p. 270H) Ottawa :

Hofrichter, R. « The politics of health inequities: Contested terrain », *Health and Social Justice*, p. 1-58, 2003.

L'Institut des services axés sur les citoyens. « Prestation de services intégrés. Une analyse critique », 2003, Toronto, ON: (parrainé par le Conseil de la prestation des services du secteur public), http://www.iccs-isac.org/fr/publications/prdl.htm

Israel B.A., Schulz A.J., Parker E., & Becker A.B. « Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health », *Annual Review of Public Health*, vol. 19, p. 173–202, 1998.

Kreuter M., Lezin N., & Young L. « Evaluating community based collaborative mechanisms: implications for practitioners », *Health Promotion Practice*, vol. 1, p. 49-63, 2000

Leavitt, J.W. « The Healthiest City: Milwaukee and the Politics of Health Reform », Princeton, Princeton University Press, 1982.

Macdougall, H. « Activists and Advocates » : Toronto's Health Department, 1883-1983, Toronto : Dundurn Press, 1900.

McCall, D., & Corless, G. « National Scan and Action Plan on Settings for All in Canada: A Report on Canadian Initiatives on Settings for Health, Learning, Social and other Forms of Human Development », 2008, Association canadienne pour la santé en milieu scolaire, (mars).

McKeown, T. « The Role of Medicine : Dream, Mirage or Nemesis », Oxford: Blackwell, 1979.

Martin, Paul. « Unleashing the Power of Social Enterprise », allocution prononcée au Munk Centre for International Enterprise, le 8 novembre 2007, extrait le 16 mars 2009 du site http://www.paulmartin.ca/fr/index

Minkler, M. (éd.). « Community Organizing and Community Building for Health », 2e édition, Nouveau-Brunswick, NJ : Rutgers University Press, 2004.

Minkler, M. « Community based research partnerships: Challenges and Opportunities », *Journal of Urban Health*, 82(2S), p. 3-12, 2005.

Minkler, M. & Wallerstein, N. (éd.). « Community Based Participatory Research For Health », San Francisco CA : Jossey-Bass, 2003.

Minkler, M., Vásquez-Brechwich, V., Warner, J., Stuessey, H. & Facente, S. « Sowing the seeds of sustainable change: A community-university research and action partnership in Indiana and its aftermath », *Health Promotion International*, vol. 21(4), p. 293-300, 2006.

New Zealand State Services Commission. « Review of the centre integrated service delivery's regional coordination: Final workstream report », 2003, Wellington, Nouvelle-Zélande, ministère de Développement social, extrait le 20 mars 2009 du site www.ssc.govt.nz/downloadable_files/integrated-service-delivery-final-workstream-report.pdf)

Nozick, M. « No Place Like Home: Building sustainable communities », Conseil canadien de développement social, Ottawa, 1992.

Organisation mondiale de la santé. « La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé », Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1986.

Organisation mondiale de la santé. « Reflections on progress: A framework for the Healthy Cities Project Review », Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1992.

Organisation mondiale de la santé. « Healthy Cities in Action », Copenhague, Danemark, 1994.

Organisation mondiale de la santé, « Policies and Action for Health and Sustainable Development » Copenhague, Danemark : Healthy Cities Project Office, 1996.

Parfitt, J. « The Health of a City: Oxford, 1770-1974 », Oxford, Angleterre : Amate Press, 1987.

Putnam, R. « Making Democracy Work », Princeton: Princeton University Press, 1993.

Petersen, D., Minkler, M., Vasquez-Breckwich, V., & Baden, A. « Community-based participatory research as a tool for policy change: A case study of the southern California environmental justice collaborative », *Review of Policy Research*, vol. 23(2), p. 339, 2006.

Programme des Nations Unies pour le développement. « Indicateur du développement humain », New York : Nations Unies, 1990.

PNUD. « Rapport mondial sur le développement humain 2003 : Les Objectifs du Millénaire pour le développement : Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine », New York, Oxford : Oxford University Press, 2003.

Ragan, M. « Building better human service systems: Integrating services for income support and related programs », 2003, Albany, NY : préparé pour le Casey Strategic Consulting Group de l'Annie E. Casey Foundation par le Rockefeller Institute of Government, extrait le20 février 2009 du site www.rockinst.org/publications/federalism/Ragan_Casey_Report_0603.pdf)

Rains, J.W., & Ray, D.W. « Participatory action research for community health promotion », *Public Health Nursing*, 12, p. 256-261, 1995.

Raphael, D., Curry-Stevens, A., & Bryant T. « Barriers to addressing the social determinants of health : Insights de the Canadian experience », *Health Policy*, vol. 88 (2), p. 222-235, 2007.

Richardson, B.W. « Hygeia : A City of Health », 1875, Londres : Macmillan.

Roseland, M. « Le développement durable des centres urbains », Table ronde nationale sur l'environnement et l'économie, Ottawa, Canada, 1992.

Rutman, P., Hubberstey, C., Hume, S., Tate, B. « Review of regional integrated case management services for the Ministry for Children and Families », 1998, Victoria, C.-B. : University of Victoria, Child and Family and Community Research Program, extrait le 20 mars 2009 du site www.mcf.gov.bc.ca/icm/pdfs/ICM_report.pdf

Sale, Tom. « Enfants en santé Manitoba : Les enfants et les familles d'abord » *Perceptions*, 2003, vol. 26, n°s 1 et 2, *Un regard sur l'inclusion sociale*,

Conseil canadien de développement social, extrait le 20 mars 2009 du site http ://www.ccsd.ca/perception/2612/hcm.htm

Sengupta, A. « Civil Society's Report to the Commission on Social Determinants of Health », *Social Medicine*, 2008.

Sengupta, A. « Right to Health : Going Beyond Health Care - WHO, CSDH and Civil Society », 2008, *People Health Movement Newsletter*, (automne), extrait le 17 février 2009 du site */www.phmovement.org/cms/files/news%20brief-23.pdf*

Thompson, L. « Integrated Services – A Summary » *Forum d'automne (17-18 septembre 2007)*, 2007, Saskatoon Inn, octobre, extrait le 5 février 2009 du site http ://www.education.gov.sk.ca/adx/aspx/adxGetMedia.aspx?DocID=1967,142,107,81,1,Documents&MediaID=4758&Filename=Human+Service+Integration+a+research+report+(April+2007).pdf

Tsouros, A. (éd.). *The WHO Healthy Cities Project: A project becomes a movement*. Copenhague, Danemark, Organisation mondiale de la santé, Healthy Cities Project Office, 1990

US Public Health Service. « Model Standards for Public Health » Washington DC : US Public Health Service, 1980.

Viswanathan M., et coll. « Community-Based Participatory Research : Assessing the Evidence », *Evidence Report/Technology Assessment*, (99), RTI, University of North Carolina, Rockville, MD, 2004.

Walter, B., Arkin, L., & Crenshaw, R. « Sustainable Cities: Concepts and strategies for eco-city development », Los Angeles: Eco-Home Media, 1992.

Annexe 1 : Villes et communautés en bonne santé - hier[29]

> « [...] la plus grande contribution à la santé de la nation ces 150 dernières années est le fait non pas des médecins ni des hôpitaux, mais de l'administration locale ».
>
> --Dr Jessie Parfitt, dans *The Health of a City : Oxford, 1770-1974*

L'histoire nous enseigne pourquoi il est utile de s'occuper de la santé de la population au niveau communautaire. Comme l'a relevé Dr Thomas McKeown dans son ouvrage fameux publié dans les années 1970 (McKeown, 1978), les gains les plus importants en matière d'espérance de vie et de santé humaines ces 200 dernières années sont attribuables à l'accès à l'eau potable, à de meilleurs réseaux d'assainissement, à une meilleure alimentation et à l'amélioration du niveau de vie – tous se produisant au niveau communautaire, et aucun d'eux n'étant le résultat de meilleurs services de santé per se.

En fait, les efforts faits pour améliorer la santé des villes et de leurs citoyens remontent au moins à l'époque d'Hippocrate, médecin grec considéré comme le « père de la médecine », qui fut le premier à observer que la maladie était souvent liée à des facteurs tels que le régime alimentaire, la forme physique, et l'environnement dans lequel on vit (Hippocrates, 400 av. J.-C.). La Renaissance italienne, qui a subi des vagues successives de peste, a reconnu le lien entre la maladie et le cadre de vie. Des conseils sanitaires, appelés magistratures spéciales, ont été établis dans les villes, et ils combinaient les pouvoirs législatifs, judiciaires et exécutifs dans la ville ou la région. Ils exerçaient le pouvoir sur toutes les affaires touchant la santé de la population, qu'il s'agisse du système alimentaire, des travaux publics comme le réseau d'alimentation en eau, les égouts et les déchets, de la prestation de services, et de la réglementation des activités économiques comme l'hôtellerie et la prostitution.(Cipolla, 1976).

Au XIXe siècle, les villes européennes (surtout britanniques) et d'Amérique du Nord ont connu de graves problèmes de santé, conséquences de la révolution industrielle, dus en particulier au surpeuplement, à la malnutrition, aux mauvaises conditions de logement ou à des conditions insalubres, à des réseaux d'alimentation en eau, d'assainissement, d'enlèvement des déchets et de contrôle de la pollution atmosphérique inadéquats. Il en a résulté un idéal sanitaire et le mouvement de la santé publique, initialement limité à l'Angleterre victorienne s'est ensuite répandu dans tous les pays en voie d'industrialisation de l'Europe et de l'Amérique du Nord. Les villes sont devenues le principal centre d'intérêt des services de santé publique, allant de l'établissement de la Health in Towns Commission en Grande-Bretagne en 1843, à la description « d'Hygeia » par Sir Benjamin Ward Richardson en 1875, vision détaillée et exhaustive d'une « cité de la santé » dans un avenir idéalisé.

Au Canada, la Commission de la conservation, créée par le gouvernement canadien en 1909, comportait un comité de la santé publique qui examinait la question de l'urbanisme parce qu'il avait constaté que cette question englobait la conservation des ressources naturelles et la conservation des ressources vitales (protection de la santé des gens). Leurs travaux ont été présentés à une conférence nationale en 1913, et ils ont retenu les services de Thomas Adams, éminent urbaniste du Royaume-Uni. Ce dernier, à titre de conseiller en urbanisme de la Commission a, de 1914 à 1919, révisé le projet de loi type sur

[29] Selon Hancock, 1990

l'urbanisation de la Commission, s'est chargé de préparer les projets de loi sur l'urbanisation de la plupart des provinces, a rédigé un document précurseur sur l'aménagement de l'espace rural, consulté près de quarante conseils locaux, écrit pour un bulletin trimestriel *Conservation of Life* édité par la Commission, aidé à organiser la Civic Improvement League, et en 1919 il a été élu le tout premier président de l'Institut d'urbanisme du Canada. Parallèlement, à Toronto, inspiré par les mêmes idéaux, Charles Hastings, responsable du service de santé publique de 1910 à 1929, a fait de cette ville la « plus saine des grandes villes » du monde (*MacLean's Magazine*, juillet 1919) et le service de santé publique a atteint une renommée internationale.

Aux États-Unis, un mouvement de villes en santé similaire prenait forme. L'Inter-Chamber Health Conservation Contest a été établi en 1929 par la Chambre de commerce américaine en partenariat avec l'American Public Health Association, la National Association of Life Underwriters, et le service de santé publique américain. Dans le cadre de ce concours, les villes étaient classées en fonction des mesures sanitaires, de la prévention des maladies, de la promotion de la santé, du soutien financier pour le travail dans le domaine de la santé, et les taux de mortalité. Le but était double : premièrement, faire connaître aux citoyens, en particulier aux gens d'affaires, l'organisme de santé local et les problèmes de santé de la communauté en vue d'apporter des améliorations et de réaliser un gain économique; deuxièmement, réduire l'incidence de maladies évitables et, au bout du compte, le décès (Gold, 1930). Pendant six années consécutives, entre 1929 et 1935, la ville de Milwaukee au Wisconsin - qui selon *MacLean's Magazine* s'est classée au deuxième rang, après Toronto – a remporté la première ou deuxième place au concours dans la catégorie de la plus grande ville (population, plus de 500 000 habitants).

Nous pouvons donc voir que la santé des villes a été un objet de préoccupation nationale et internationale pendant près d'un siècle. Cette leçon de l'histoire nous enseigne, comme l'a observé Jessie Parfitt qu'en fait, « la plus grande contribution à la santé de la nation ces 150 dernières années est le fait non pas des médecins ni des hôpitaux, mais de l'administration locale ».

Malheureusement, avec l'avènement de la médecine moderne dans les années 1930, lorsque les premiers antibiotiques sont devenus disponibles, et avec l'avènement de soins médicaux et chirurgicaux d'une grande efficacité qui a suivi la Seconde Guerre mondiale, l'importance de la santé publique s'est affaiblie, et les leçons durement apprises ont été mises de côté, voire oubliées. Ce n'est pas avant le Rapport Lalonde en 1974 qui distinguait quatre groupes de facteurs influant sur la santé – l'un d'eux étant l'organisation des services de santé – et indiquait que l'amélioration de l'état de santé dépendait surtout de l'amélioration du mode de vie et de l'environnement – que la situation a commencé à changer à nouveau d'orientation, avec la réapparition du mouvement des villes et des communautés en santé contemporain.

Annexe 2 : Villes-santé/communautés-santé - aujourd'hui

Le mouvement mondial contemporain des villes-santé/communautés-santé est né au Canada, lors d'une conférence tenue en 1984 pour célébrer le centenaire du conseil de la santé local et le 150e anniversaire de la Ville de Toronto. Cette conférence intitulée « Au-delà des soins de santé » (Hancock, 1985) était la première à explorer le concept de « politique publique saine » et elle était accompagnée d'un atelier d'une journée – « Toronto - santé 2000 ». Elle avait pour but de visualiser une ville future dans le cadre de l'objectif du ministère de la Santé publique de faire de nouveau de Toronto « la ville la plus saine de l'Amérique du Nord ». Le conférencier principal était Len Duhl, inventeur du concept de la communauté-santé dans les années 1960 et professeur de santé publique à l'Université de Berkeley en Californie.

L'idée d'une « ville-santé » a été reprise par Ilona Kickbusch qui participait à la conférence et qui était alors responsable de la promotion de la santé au bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Elle a vu dans le concept de ville-santé la possibilité de faire la promotion de la santé, alors en cours d'élaboration au bureau régional de l'OMS pour l'Europe, dans les rues des villes d'Europe, d'en prendre les concepts globaux pour les appliquer au niveau local de façon concrète.

En janvier 1986, un petit groupe de promoteurs de la santé convoqué par Kickbusch s'est réuni au bureau régional de l'OMS pour l'Europe à Copenhague pour planifier un projet de villes-santé. Ce groupe de planification prévoyait que son projet pourrait susciter l'intérêt de six à huit villes. Toutefois, ce projet qui a débuté par un symposium sur les villes-santé à Lisbonne en avril 1986 a attiré la participation de 56 représentants de 21 villes et de 17 pays. Onze villes ont été sélectionnées pour le projet de l'OMS en 1986, mais la popularité du projet était telle que 14 autres villes ont été sélectionnées en 1988, et en 1991, on en comptait 35.

Aujourd'hui, il y a des réseaux de villes-santé dans les six régions de l'OMS qui comptent au total 1200 villes dans plus de 30 pays de la région de l'Europe de l'OMS; ces villes sont reliées dans le cadre de réseaux nationaux, régionaux, métropolitains et thématiques. Dans la région panaméricaine, le projet est connu sous le nom de « communautés-santé » et il compte des centaines de municipalités de nombreux pays, en particulier du Brésil et du Mexique. Il y a également un réseau villes-santé très solide dans la Région de l'Asie du Sud-Est, un réseau de « villages-santé » dans la région de la Méditerranée orientale, un petit réseau villes-santé dans la Région africaine et un réseau « îles-santé » dans la Région du Pacifique occidental.

Le programme Villes-Santé du bureau régional de l'OMS pour l'Europe incite les gouvernements locaux à participer au développement de la santé par l'intermédiaire d'un processus d'engagement politique, de changement institutionnel, de renforcement des capacités, de planification dans le cadre de partenariats et de projets innovateurs. Il favorise une planification et une politique méthodiques et exhaustives en accordant une importance particulière aux inégalités et à la pauvreté urbaine, aux besoins des groupes vulnérables, à la gouvernance participative et aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Il vise également à inclure les considérations en matière de santé dans les initiatives de développement économique, d'aménagement urbain et de revitalisation.

La quatrième phase du programme Villes-Santé du bureau régional de l'OMS pour l'Europe vient juste de prendre fin (2003–2008). Les villes participant au réseau de cette quatrième phase étaient concentrées sur trois thèmes centraux : le vieillissement en bonne santé, l'aménagement urbain sain et l'évaluation des effets sanitaires. De plus, toutes les villes participantes mettaient l'accent sur l'activité physique et la vie active. La Phase V a aujourd'hui commencé (2009–2013).

Le thème dominant de la Phase V est la santé et l'équité en santé dans toutes les politiques locales. « La santé dans toutes les politiques » découle de la reconnaissance que la santé de la population n'est pas seulement un produit des activités du secteur de la santé, mais qu'elle est largement déterminée par les politiques et les politiques qui transcendent le secteur de la santé. Dans le cadre du lancement de la Phase V, les maires et les dirigeants municipaux européens qui sont membres du réseau Villes-Santé se sont engagés à travailler à la promotion de la santé, à prévenir les maladies et les déficiences, et à prendre systématiquement des mesures contre l'inégalité au niveau municipal. Les dirigeants municipaux seront les défenseurs et les gardiens de la santé de leurs citoyens [30].

[30] Cette section sur le mouvement mondial est largement fondé sur l'information contenue dans le site www.euro.who.int/healthy-cities

Annexe 3 : Intervenants clés

- Paul Born, Président, formateur et conseiller stratégique, Tamarack – Un Institut qui prône la mobilisation communautaire, Waterloo, Ontario
- Joey Edwardh, Directeur exécutif, Community Development Halton, Burlington Ontario
- Ron Labonté, Chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa
- Louise Potvin, Chaire de la FCRSS sur les approches communautaires et les inégalités en matière de santé, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal
- Lorraine Thompson, Lorraine Thompson Information Services Limited, Regina, Saskatchewan
- Sherri Torjman, Vice-présidente, Caledon Institute of Social Policy, Ottawa, Ontario

LISTE DES TÉMOINS

39e législature, 1re session		
ORGANISATION	**NOM / TITRE**	**DATE DE COMPARUTION**
Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé	L'honorable Monique Bégin, C.P., commissaire	22-02-2007
Institut de recherche sur la santé des populations	Ronald Labonté, Chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé	28-02-2007
Régie provinciale des Services de santé de la C.-B.	Dr. John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies	28-02-2007
School of Health Policy and Management - Université York	Dennis Raphael, professeur	28-02-2007
Agence de la santé publique du Canada	Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Direction générale des politiques stratégiques, des communications et des services généraux Dr Sylvie Stachenko, administrateur en chef adjointe de la santé publique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques	21-03-2007
Kunin-Lunenfield Applied Research Centre	Sholom Glouberman, scientifique associé	21-03-2007
Agence de la santé publique du Canada	Maura Ricketts, directrice générale par intérim, Bureau de la pratique en santé publique, Pratique en santé publique et opérations régionales	21-03-2007
Statistique Canada	Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et Développement	21-03-2007
Kunin-Lunenfield Applied Research Centre	Sholom Glouberman, scientifique associé	21-03-2007
Institut de la santé publique et des populations	Dr John Frank, directeur scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada	28-03-2007

Santé et politiques sociales dans le monde	Dr. Jody Heymann, Chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde	28-03-2007
Université McGill	Dr. John Lynch, Chaire de recherche du Canada en santé des populations	28-03-2007
Agence de la santé publique du Canada	Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques	25-04-2007
Affaires indiennes et du Nord Canada	Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, secteur des politiques socio-économiques et opérations régionales	25-04-2007
Centre de recherche sur la santé des Authochtones, Université du Manitoba	John O'Neil, professeur et directeur	25-04-2007
Santé Canada	Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits	25-04-2007
Institut de la santé des Autochtones (ISA) pour l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC	Dr Jeff Reading, directeur scientifique	25-04-2007
Faculté de recherche/Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit	Sylvia Abonyi, Chaire de recherche pour la santé des Autochtones au Canada	02-05-2007
Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)	Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications Carole L. Lafontaine, directrice générale intérimaire	02-05-2007
Université de la Colombie-Britannique - Département de psychologie	Michael J. Chandler, professeur à l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé	02-05-2007
Université de Toronto	Dr Kue Young, professeur, Département des services de santé publique	02-05-2007
Observatoire Vieillissement et Société (OVS)	Dr André Davignon, fondateur	16-05-2007

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse	Valerie J. White, directrice exécutive, Secrétariat des aînés	16-05-2007
Agence de la santé publique du Canada - Division du vieillissement des aînés	Margaret Gillis, directrice	16-05-2007
Association canadienne de gérontologie	Mark Rosenberg, professeur à l'Université Queen's	16-05-2007
The CHILD Project	Dr Hillel Goelman, directeur, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP)	30-05-2007
Instituts de recherche en santé du Canda	Dr Michael Kramer, directeur scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents	30-05-2007
Council of Early Child Development	Stuart Shankar, professeur, président	30-05-2007
Fondation des Métis du Manitoba	Dr Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba	31-05-2007
Ralliement national des Métis	David Chartrand, ministre de la Santé Marc LeClair, conseiller national du ministre de la Santé Rosemarie McPherson, porte-parole national des femmes de la Nation métisse	31-05-2007
Ministère de la Santé de la C.-B.	Dr Evan Adams, médecin-conseil en santé autochtone, Bureau du médecin-hygiéniste en chef	01-06-2007
Fondation des Métis du Manitoba	Dr Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba	01-06-2007
Institut de la santé des Autochtones	Laura Commanda, directrice adjointe, Partenariats, applications des connaissances et des relations internationales	01-06-2007

Pauktuutit Inuit Women of Canada	Jennifer Dickson, directrice générale	01-06-2007
Association des femmes autochtones du Canada	Claudette Dumont-Smith, conseillère principale en santé	01-06-2007
Indigenous People's Health Research Centre	Willie Ermine, professeur, auteur-éthicien	01-06-2007
Inuit Tapiriit Kanatami	Anna Fowler, coordonnatrice de projets, ministère de la Santé	01-06-2007
Association nationale des centres d'amitié	Alfred J. Gay, analyste des politiques	01-06-2007
Assemblée des Premières Nations	Valerie Gideon, directrice de la Santé et du Développement social	01-06-2007
Université de l'Alberta	Malcom King, professeur, Faculté de médecine	01-06-2007
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada	Julie Lys, directrice, Region des Territoires du Nord-Ouest	01-06-2007
Université de Toronto	Chandrakant P. Shah, professeur émérite	01-06-2007
Congrès des Peuples Autochtones	Erin Wolski, coordonnatrice des programmes de politique sanitaire	01-06-2007
39e législature, 2e session		
Ministère de la Santé et des Affaires sociales	Irene Nilsson-Carlsson, directeur général adjoint, Division de la santé publique	22-11-2007
Institut national de santé publique de Suède	Dr. Gunnar Agren, directeur général Bernt Lungren, spécialiste des politiques de santé publique	22-11-2007
Institut Karolinska, Département des services de santé publique	Dr. Piroska Ostlin, chercheur principal	22-11-2007
The Quaich Inc.	Patsy Beattie-Huggan, présidente	28-11-2007
Université McMaster	John Eyles, professeur, École de géographie et des sciences de la Terre	28-11-2007
Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard	Teresa Hennebery, sous-ministre adjointe, Secteur opérationnel	28-11-2007
Groupe d'étude sur les politiques et la santé	France Gagnon, professeure et codirectrice	05-12-2007
Université de Montréal	Nicole Bernier, professeure adjointe	05-12-2007

Ministère de la Santé du Royaume-Uni	Dr. Fiona Adshead, directrice générale, Amélioration de la santé	11-12-2007
Autorité sanitaire du district intérieur de la C.-B.	Lex Baas, directeur de la santé des populations	12-12-2007
Université de la Colombie-Britannique	James Frankish, professeur et directeur de programme	12-12-2007
Ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario	Pegeen Walsh, directrice, Prévention des maladies chroniques	06-02-2008
Réseau d'intégration des services de santé de Toronto	Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la planification	06-02-2008
Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa	Dr. Andrew Pipe, directeur médical, Centre de prévention et réadaptation	06-02-2008
Institut canadien d'information sur la santé	Glenda Yeates, présidente-directrice générale Keith Denny, gestionnaire intérimaire	13-02-2008
Université du Manitoba	Noralou Roos, professeur, Faculté de médecine	13-02-2008
Agence de la santé publique du Canada	Jim Ball, directeur général, Direction des initiatives stratégiques et de l'innovation	27-02-2008
Conseil du Trésor du Canada	Sally Thornton, Affaires indiennes et Santé	27-02-2008
Finances Canada	Yves Giroux, directeur intérimaire, Politique sociale	27-02-2008
Université McMaster	Dr Salim Yusuf, professeur, Département de médecine	02-04-2008
Université McMaster	Dr Sonia Anand, professeure agrégée, Département de médecine	09-04-2008
Université Queen's	Karen Hitchcock, directrice et vice-chancelière Kristan Aronson, professeur d'épidémiologie	09-04-2008
Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé	L'honorable Monique Bégin, commissaire	18-04-2008
Université McMaster	Gina Browne, professeure en sciences infirmières et épidémiologie clinique	18-04-2008

Agence de la santé publique du Canada	Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique du Canada	18-04-2008
Institut de recherche en politiques publiques	Mel Cappe, président	18-04-2008
À titre personnel	Laura Corbett, consultante David Dodge, ancien gouverneur de la Banque du Canada Beverly Nickoloff, consultante John Wright, ancien sous-ministre, ministère des Finances et ministère de la Santé	18-04-2008
Access Consulting	Steven Lewis, consultant	18-04-2008
Association canadienne de santé publique	Debra Lynkowski, directrice générale	18-04-2008
Conference Board du Canada	Diana MacKay, directrice associée, Éducation et apprentissage	18-04-2008
Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques	Sharon Manson Singer, présidente	18-04-2008
Université Dalhousie	Lars Osberg, Département d'économie	18-04-2008
Université de Montréal	Louise Potvin, professeure, Département de médecine sociale et préventive	18-04-2008
Institut de santé des Autochtones pour les Instituts de recherche en santé du Canada	Dr Jeff Reading, directeur scientifique	18-04-2008
Association médicale canadienne	William Tholl, secrétaire général	18-04-2008
Centre canadien de politiques alternatives	Arnine Yalnizyan, économiste principale	18-04-2008
Centre canadien d'information sur la santé (ICIS)	Glenda Yeates, présidente-directrice générale	18-04-2008
Statistique Canada	Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et Développement	30-04-2008
Institut de la santé publique et des populations	Dr John Frank, directeur scientifique, IRSC	30-04-2008
Ressources humaines et Développement social Canada	Cliff Halliwell, directeur général, Direction de la recherche en politiques stratégiques	30-04-2008

Affaires indiennes et du Nord Canada	Marc Brooks, directeur général, Direction du développement communautaire, Politiques socioéconomiques et opérations régionales	30-04-2008
Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé	Hope Beanlands, directrice scientifique	07-05-2008
Centre de collaboration nationale en politiques publiques et santé	François Benoit, directeur scientifique	07-05-2008
Centre de collaboration nationale en santé environnementale	Dr Ray Copes, directeur scientifique	07-05-2008
Centre de collaboration nationale de la santé autochtone	Margo Greenwood, directrice scientifique	07-05-2008
Fédération canadienne des municipalités	Michel Frojmovic, directeur, Consultation et recherche Acacia	14-05-2008
Conseil canadien de développement social	Pat Steenberg, coordonnatrice, Stratégie d'accès communautaire aux statistiques	14-05-2008
Fondation Atkinson	Lynne Slotek, directrice nationale du projet, Index canadien du bien-être	14-05-2008
Régie provinciale des Services de santé de la C.-B.	Dr John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies	14-05-2008
Ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador	Alton Hollett, sous-ministre adjoint, Direction de l'économie et de la statistique Robert Reid, cadre supérieur, SESA, Direction de l'économie et de la statistique	20-05-0288
Université Memorial de Terre-Neuve	Roy West, professeur émérite d'épidémiologie	20-05-2008
	Shawn Skinner, ministre des Ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi, Terre-Neuve-et-Labrador	20-05-2008
Ministère des Ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi de Terre-Neuve-et-Labrador	Lynn Vivian-Book, sous-ministre adjointe, Revenu, emploi et services à la jeunesse Aisling Gogan, directrice, Stratégie de réduction de la pauvreté	20-05-2008
Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador	Eleanor Swanson, directrice, Équipe du mieux-être	20-05-2008

Conseil des services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador	Darlene Scott, adjointe de programme principale Peggy Matchim, coordonnatrice, Vibrant Communities	20-05-2008
Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador	Joy Maddigan, sous-ministre adjointe	21-05-2008
Ministère des Ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi de Terre-Neuve-et-Labrador	Aisling Gogan, directrice, Stratégie de réduction de la pauvreté	21-05-2008
Secrétariat rural, conseil exécutif	Gerald Crane, directeur, du Partenariat rural canadien, Recherche et analyse rurales	21-05-2008
GRC, Planification générale et services à la clientèle, Terre-Neuve-et-Labrador	Sergent Doug Ross, sous-officier responsable	21-05-2008
Eastern Health	Lisa Browne, spécialiste de la planification	21-05-2008
Kids Eat Smart Foundation	Susan Green, consultante	21-05-2008
Capital Coast Development Alliance	Christine Snow, directrice exécutive	21-05-2008
Ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador	Alton Hollett, sous-ministre adjoint, Direction de l'économie et de la statistique	21-05-2008
Association canadienne pour les Nations Unies	Kathryn White, directrice générale	28-05-2008
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada	Dr André Lalonde, vice-président général	28-05-2008
Société canadienne de pédiatrie	Marie Adèle Davis, directrice générale	28-05-2008
Université de Victoria	Marcia Hills, directrice, Centre de recherche en promotion de la santé communautaire	05-06-2008
Université Laval	Maria De Koninck, professeure titulaire, Département de médecine sociale et préventive	05-06-2008
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario	Richard Prial, directeur, Direction de l'harmonisation stratégique	05-06-2008

À titre personnel	L'honorable Carolyne Bennett, C.P., députée, ancienne ministre d'État (Santé publique)	11-06-2008
Université de l'Alberta	Deanna Williamson, professeure associée, Faculté d'écologie humaine	11-06-2008
Région sanitaire de Saskatoon	Dr Cordell Neudorf, administrateur en chef de la santé publique, Services de santé publique	11-06-2008
Agence canadienne d'évaluation environnementale	John Smith, directeur, Affaires législatives et réglementaires Tim Smith, conseiller principal en matière de politiques	18-06-2008
Centre de collaboration nationale – Politiques publiques et santé	Louise Saint-Pierre, chef de projet	18-06-2008
40e législature, 2e Session		
Institut de recherche en politiques publiques	Mel Cappe, président	26-02-2009
Le Cercle Sussex	Jim Mitchell, partenaire fondateur	26-02-2009
À titre personnel	Dr Trevor Hancock, consultant en promotion de la santé	05-03-2009
Accord de Vancouver	Christine Lattey, coordonnatrice exécutive	05-03-2009
Diversification de l'économie de l'Ouest du Canada	Michelle Neilly, directrice générale, Opérations C.-B.	05-03-2009
Université Western Ontario	Neil Bradford, professeur agrégé de sciences politiques, Collège universitaire Huron	05-03-2009
Conseil canadien de développement social	Katherine Scott, vice-présidente, recherche	12-03-2009
Institut Wellesley	Bob Gardner, directeur, politiques et recherche	12-03-2009
Nexus Santé	Connie Clement, directrice générale	12-03-2009
Assemblée des Premières Nations	Rose Sones, directrice adjointe, Politiques stratégiques, Secrétaire à la santé et au développement social Gina Doxtator, analyste des politiques de santé	25-03-2009

Inuit Tapiritt Kanatami	Elizabeth Ford, directrice du Service de la santé et de l'environnement Rosemary Cooper, directrice des services à la haute direction	25-03-2009
Association des femmes autochtones du Canada	Erin Wolski, directrice de la santé	25-03-2009
Organisation nationale de la santé autochtone	Paulette Tremblay, directrice générale	25-03-2009
Ralliement national des Métis	Barbara Van Haute, directrice, Élaboration des programmes	25-03-2009
Assemblée des Premières Nations	Bob Watts, directeur général	25-03-2009
Inuit Tapiriit Kanatami	Rosemary Cooper, directrice des services à la haute direction	25-03-2009
Métis Nation – Saskatchewan	Robert Doucette, président	25-03-2009
Affaires indiennes et du Nord Canada	Mary Quinn, directrice générale, Direction générale de la politique sociale et des programmes	26-03-2009
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada	Rosella Kinoshameg, présidente	26-03-2009
National Association of Frienship Centres	Peter Dinsdale, directeur exécutif	26-03-2009
Organisation nationale des représentants indiens et inuit en santé communautaire	Debbie Dedam-Montour, directrice exécutive	26-03-2009
Santé Canada	Kathy Langlois, directrice générale, Programmes communautaires, Santé des Premières nations et des Inuits Catherine Lyons, directrice générale, Santé des Premières nations et des Inuits Shelagh Jane Woods, directrice générale, Soins de santé primaires et santé publique, Santé des Premières nations et des Inuits	26-03-2009
Université de Victoria	Dr Jeff Reading, professeur et directeur, Centre de recherche sur la santé des autochtones	26-03-2009
Acacia Consulting and Research	Michel Frojmovic, directeur	27-03-2009

Agence de la santé publique du Canada	Dr Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique en santé publique	27-03-2009
Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé	Dr Vivek Goel, président-directeur général	27-03-2009
Agriculture et Agroalimentaire Canada	Christine Burton, directrice, Politique rurale et développement stratégique	27-03-2009
Inforoute Santé du Canada Inc.	Mike Sheridan, chef de l'exploitation	27-03-2009
Institut canadien d'information sur la santé	Jean Harvey, directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes	27-03-2009
Ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador	Alton Hollett, sous-ministre adjoint, Direction de l'économie et des statistiques	27-03-2009
Régie régionale de la santé de Saskatoon	Dr Cordell Neudor, médecin-hygiéniste en chef	27-03-2009
Santé Canada	Karen Dodds, sous-ministre adjointe	27-03-2009
Statistique Canada	Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint	27-03-2009
Université du Manitoba	Mark Smith, directeur agrégé, Manitoba Centre for Health Policy (Repository)	27-03-2009
Bande de Seabird Island	Carlene Brown, directrice de service de garderie Cheryl Suave, employée Fallon Ludman, parent Bonnie Nickel, parent Carolyne Neufeld, directrice de santé Steven McKinnon, technicien	27-03-2009
À titre personnel	Dr Kellie Leitch	01-04-2009
BC Healthy Communities	Jodi Mucha, directrice	01-04-2009
Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain	Dr Robert Cushman, directeur général	01-04-2009