



Recherche sur les politiques de *santé*

Bulletin

Remédier aux problèmes de santé de la population autochtone

Depuis la fin du XIX^e siècle, le gouvernement fédéral a mis en œuvre des mesures pour répondre aux besoins de la population autochtone en matière de santé. Malgré des avancées notoires, la population autochtone n'a pas atteint le même niveau de santé que les autres Canadiens. Plusieurs disparités persistent. Ainsi, chez les peuples autochtones, on note des taux très élevés de blessures, de suicides et de diabète.

Aujourd'hui, par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), Santé Canada travaille de concert avec ses partenaires des Premières Nations et des Inuits, pour offrir un large éventail d'activités de prévention et de promotion de la santé et de services de santé publique dans les réserves autochtones et les collectivités inuites répertoriées. Dans les régions éloignées et isolées, où peu de services sont assurés par la province ou le territoire, la Direction générale prodigue des soins d'urgence et des soins primaires dans les réserves. On offre également des services de santé non assurés, comme l'assurance-médicaments et l'assurance des soins dentaires aux Premières Nations et aux Inuits admissibles sans égard au lieu de résidence des bénéficiaires.

La DGSPNI travaille depuis 20 ans avec les collectivités des Premières Nations et des Inuits pour qu'elles assument la pleine responsabilité des programmes de santé communautaire. Cette passation de pouvoir s'opère au rythme propre de la collectivité. De la sorte, les collectivités sont à même de prendre part à la conception et à la mise en œuvre des programmes et des activités opérationnelles adaptés à leurs besoins particuliers.

En plus de l'engagement de la DGSPSI, la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) du Ministère offre des programmes qui visent certaines populations précises comme les Premières Nations vivant hors des réserves, les Métis et les Inuits. Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques est spécialement conçu pour les populations autochtones, tandis que d'autres programmes, comme le Programme d'action communautaire pour les enfants et le Programme canadien de nutrition prénatale, comptent beaucoup de participants autochtones.

En dehors des programmes et services offerts par Santé Canada, les provinces et les territoires dispensent des soins médicaux et hospitaliers aux Autochtones. ►

Dans ce numéro

Remédier aux problèmes

Entrevue : Travailler de concert 3

Point sur l'état de santé 6

Évolution du contrôle 11

Projet sur les soins primaires à Eskasoni 14

Projet d'aide préscolaire aux Autochtones 17

Importance de la culture 20

Les femmes et les collectivités saines 23

Le couplage des dossiers 30

Le biais en recherche 32

Faites une croix sur votre calendrier 36

suite de la page 1

Le présent numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* porte essentiellement sur les gestes concertés visant à remédier aux écarts entre l'état de santé des Autochtones et celui de l'ensemble de la population canadienne. On y analyse notamment l'importance des programmes et services de santé adaptés à la culture autochtone ainsi que le rôle joué, sur le plan de la santé, par les femmes autochtones au sein de leur collectivité. En outre, deux études de cas illustrent certains des moyens employés par Santé Canada pour travailler en partenariat avec les Autochtones afin d'améliorer leur état général de santé.

Profil du Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* de Santé Canada est publié trois fois l'an. Le bulletin s'inscrit dans un programme général de communication axé sur la recherche en politique ayant pour but d'enrichir la base de données probantes pertinente aux politiques de Santé Canada. Un comité directeur ministériel présidé par Cliff Halliwell, directeur général de la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse (DRAA), Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, oriente le tracé du bulletin. La Division de la gestion et de la diffusion de la recherche (DGDR), qui fait partie de la DRAA, coordonne la préparation et la production du bulletin. La DGDR tient à remercier les membres du comité directeur, ainsi que les membres de son personnel, en particulier Nancy Hamilton et Linda Senzilet, directrices-rédactrices en chef, Jaylyn Wong, rédactrice adjointe, et Raymonde Sharpe, distribution. Un merci particulier à la direction responsable de ce numéro, soit la Direction des politiques, de la planification et de l'analyse stratégique de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Nous vous invitons à faire part de vos observations, de vos suggestions ou de tout changement d'adresse à : bulletininfo@hc-sc.gc.ca ou par téléphone à (613) 954-8549 ou télécopieur à (613) 954-0813. Vous pouvez accéder à la version électronique du bulletin en formats HTML et PDF à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>

Termes utilisés fréquemment

Peuple autochtone

Désigne les premiers peuples d'Amérique du Nord ainsi que leurs descendants. La Constitution canadienne stipule que les peuples autochtones du Canada sont répartis en trois groupes : les Indiens (Premières Nations), les Métis et les Inuits.

Indiens

Le terme désigne les personnes indigènes du Canada qui ne sont ni inuites ni métisses. Au Canada, on parle généralement des membres des Premières Nations plutôt que des Indiens.

Première Nation

Terme dont l'usage s'est répandu dans les années 1970 afin de remplacer le mot Indien, que certains trouvaient offensant. Bien que l'expression « Première Nation » soit largement utilisée, il n'en existe aucune définition officielle.

Inuits

Autochtones de l'Arctique canadien qui vivent essentiellement au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest ainsi que dans le Nord du Québec et du Labrador.

Métis

Désigne les personnes de descendance à la fois autochtone et européenne — elles se distinguent des membres des Premières Nations, des Inuits et des non-Autochtones.

Indiens inscrits

Autochtones inscrits ou habilités à s'inscrire comme « Indiens » auprès du gouvernement fédéral en vertu de certains critères de la *Loi sur les Indiens*. Les Indiens non inscrits sont ceux qui se considèrent comme Indiens ou comme membres d'une Première Nation, mais qui ne sont pas reconnus par le gouvernement du Canada à ce titre. En 1985, le gouvernement fédéral a modifié la *Loi sur les Indiens*, ce qui a permis à des milliers de personnes qui avaient perdu leur statut de s'inscrire au Registre des Indiens.

Références

Le Registre des Indiens, Affaires indiennes et du Nord Canada, novembre 1997 (accessible à l'adresse suivante : http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/info/info111_f.html).

Terminologie autochtone, Direction générale des communications, Affaires indiennes et du Nord Canada, octobre 2002 (accessible à l'adresse suivante : http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/pub/wf/index_f.html).

Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Les avis exprimés dans les articles, notamment en ce qui concerne l'interprétation des données, appartiennent aux auteurs et ne peuvent être considérés comme des positions officielles de Santé Canada.

La présente publication est offerte en d'autres formats sur demande.

La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition que la source soit clairement indiquée.

Publié sous l'autorité du ministre de la Santé.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2003

ISSN 1496-466 X

Révision, conception et mise en page : Allium Consulting Group Inc.

Postes Canada numéro de convention 4006 9608

En cas de non livraison, retourner à :

Santé Canada

2750, chemin Sheffield, baie 1
Ottawa (Ontario) K1B 3V9



Travailler de concert pour

remédier aux
problèmes
de santé

de la

population
autochtone

L'article qui suit a été rédigé à partir d'un entretien avec

Ian Potter, sous-ministre adjoint

de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada. L'entretien a été effectué par Linda Senzilet, directrice-rédactrice en chef du présent numéro du Bulletin de recherche sur les politiques de santé. Un merci spécial à Franca Santagati, du Bureau du sous-ministre adjoint, de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, pour sa précieuse aide.

Q Les données révèlent abondamment que l'état de santé des membres des Premières Nations et des Inuits n'est pas le même que celui de l'ensemble de la population canadienne. Quelles sont les disparités sur le plan de la santé et à quoi peut-on les attribuer?

Il est vrai que les membres des Premières Nations et les Inuits ont depuis longtemps une moins bonne santé que le reste de la population canadienne. La population autochtone présente en effet des taux disproportionnés de maladies infectieuses, de blessures, de suicides, de maladies cardiaques et de diabète (voir l'article de la page 6). Bien qu'il y ait eu des améliorations au cours des dernières années en ce qui a trait à l'espérance de vie et à la mortalité infantile des Autochtones, ces derniers demeurent beaucoup plus vulnérables à la maladie que l'ensemble de la population. Par conséquent, les chercheurs et les responsables des politiques continuent de porter une attention particulière à la question.

Bien sûr, il n'y a pas de solution toute faite aux disparités persistantes, mais il peut être pertinent de se pencher sur certains facteurs. Tout d'abord, les Autochtones subissent des iniquités, comme des logements de moindre qualité, un milieu physique plus pauvre, un niveau de scolarité et un statut socioéconomique inférieurs, moins de possibilités de travail et des infrastructures communautaires fragiles, qui sont autant de facteurs déterminants sur le plan de la santé. Pour que surviennent des améliorations permanentes, les Premières Nations et les Inuits doivent avoir accès à un environnement sain, à de l'eau potable et à l'éducation. Ensuite, intervient le facteur géographique : de nombreux Autochtones vivent dans de petites collectivités rurales et éloignées, où l'accès aux services de santé est limité (voir les figures 1 et 2).

Q En quoi le fait de travailler de concert avec les Premières Nations et les Inuits peut-il contribuer à remédier aux disparités existantes? Qui doit s'engager dans cette démarche?

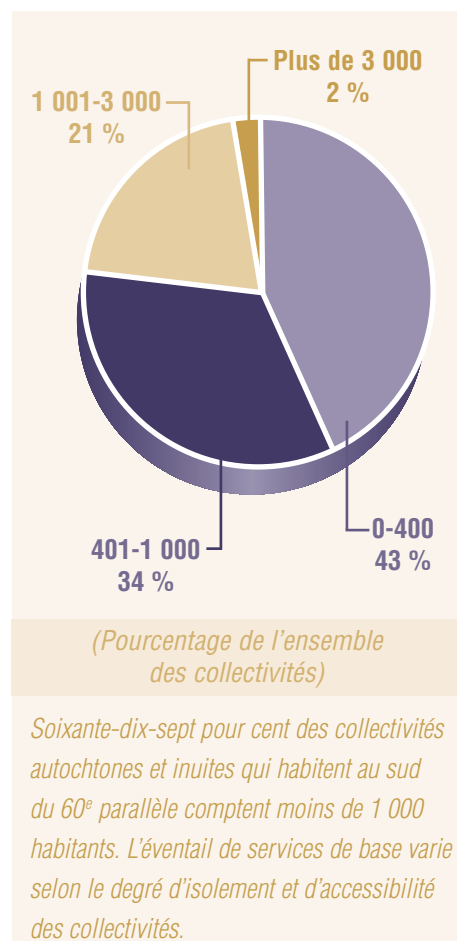
Les collectivités diffèrent grandement entre elles et chacune a des besoins particuliers en matière de santé. C'est pour cette raison, entre autres, que la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) appuie l'engagement direct des collectivités autochtones et inuites sur le plan de la conception et de la responsabilité des programmes de santé. La participation des collectivités est effectivement essentielle si l'on veut remédier aux disparités en matière de santé. Le projet d'Eskasoni, en Nouvelle-Écosse, est un excellent exemple d'une approche multisectorielle efficace en fait de soins de santé primaires (voir l'article de la page 14).

À la DGSPNI, notre mandat se présente en trois volets : aider les Premières Nations et les Inuits à atteindre un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens; assurer l'accès de ces populations à des services de santé ►

permanents; et mettre en place des moyens d'action adéquats en matière de santé dans les collectivités des Premières Nations et inuites. À cette fin, la Direction générale travaille de concert avec les organismes autochtones à l'échelle nationale, provinciale, régionale et tribale. Sur le plan fédéral, l'Assemblée des Premières Nations et Inuit Tapiriit Kanatami siègent au comité exécutif de la Direction générale. Tous les bureaux régionaux de la DGSPNI possèdent un réseau élaboré de comités conjoints constitué de groupes autochtones et inuits régionaux qui planifient et gèrent les programmes offerts. En outre, des représentants des Premières Nations et des Inuits font partie de la majorité des comités directeurs de nos programmes.

Les organisations autochtones travaillent également avec d'autres directions générales de Santé Canada. Par exemple, les membres de certaines collectivités autochtones participent présentement à une évaluation de l'efficacité du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques, qui est financé par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (voir l'article de la page 17).

Figure 1 : Taille de la population – Premières Nations et Inuits¹



L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones de Santé Canada est un bon exemple de programme adapté aux réalités culturelles des Autochtones. Il fonctionne selon une approche globale et intégrée favorisant la collaboration afin de réduire l'incidence du diabète et des maladies connexes chez les peuples autochtones. (L'article de la page 20 porte sur l'importance de soins de santé adaptés sur le plan culturel.)

Q *Au cours des dernières années, on a transféré aux collectivités autochtones et inuites la responsabilité de nombreux programmes et services de santé. Comment ce transfert s'est-il effectué?*

Le concept du transfert des programmes et services de santé s'est transformé au cours des 30 dernières années (voir l'article de la page 11). La première étape de cette progression a suivi la publication, en 1975, d'un document intitulé *Relations entre le gouvernement canadien et les Indiens canadiens*, qui établissait un cadre stratégique visant un contrôle accru des programmes et services par

les Indiens. Par conséquent, les trois quarts des bandes ont pris la responsabilité de programmes comme le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et le Programme de représentants en santé communautaire.

À la suite de la publication de la *Politique de 1979 sur la santé des Indiens*, qui reconnaissait que les membres des Premières Nations et des collectivités inuites pouvaient assumer la responsabilité de tout aspect de la gestion de leurs programmes de santé communautaire, Santé Canada a mis en place des projets pilotes dans diverses collectivités. Ces expériences ont jeté les bases du processus de transfert des services de santé, qui a commencé en 1989. Lorsqu'on a procédé à l'évaluation du processus en question — au début et au milieu des années 90 — on a conclu que le transfert réussissait à permettre aux Premières Nations et aux Inuits de concevoir des programmes et de répartir des fonds selon les priorités de leurs collectivités. Le processus de transfert avait également d'autres avantages pour les collectivités en question, comme une sensibilisation accrue aux enjeux sanitaires, une meilleure intégration des programmes aux services sociaux et aux secteurs de

Q *Pourquoi est-il si important que les Autochtones et les Inuits aient accès à des services de santé adaptés à leur culture?*

Les peuples autochtones et inuits perçoivent la santé de façon holistique, donc comme le produit d'un ensemble de facteurs interreliés et influencés par l'aspect psychique, physique, spirituel, affectif, et par le contexte familial et communautaire de l'être. Cette perspective n'est pas sans rapport avec la définition de la santé que donne l'Organisation mondiale de la Santé : « état complet de bien-être physique, psychologique et affectif ».

Pour guérir quelqu'un ou préserver sa santé, on doit tenir compte de sa culture. Ainsi, dans toute collectivité, le système de santé en place doit favoriser la conception et l'exécution de programmes adéquats sur le plan culturel; il s'agit de tenir compte des coutumes, des priorités, des langues, de l'alimentation, des ressources et des caractéristiques particulières des localités visées.

l'éducation et de la justice, et un plus grand nombre de programmes axés sur la culture.

En janvier 2002, 70 pour cent des collectivités autochtones et inuites admissibles avaient un certain degré de responsabilité par rapport à la gestion de leurs programmes communautaires de santé. De ce nombre, 47 pour cent, c'est-à-dire environ 283 collectivités, assumaient l'ensemble des activités de gestion des programmes de santé, tandis que 23 pour cent exerçaient un contrôle plus restreint.

Q *Quels types de décisions les responsables des politiques doivent-ils prendre en ce qui a trait à la prestation de services de santé aux Premières Nations et aux Inuits? En quoi la recherche stratégique effectuée par le passé a-t-elle influencé ces décisions, et quel type de recherche stratégique devrait-on entreprendre pour orienter le processus décisionnel à l'avenir?*

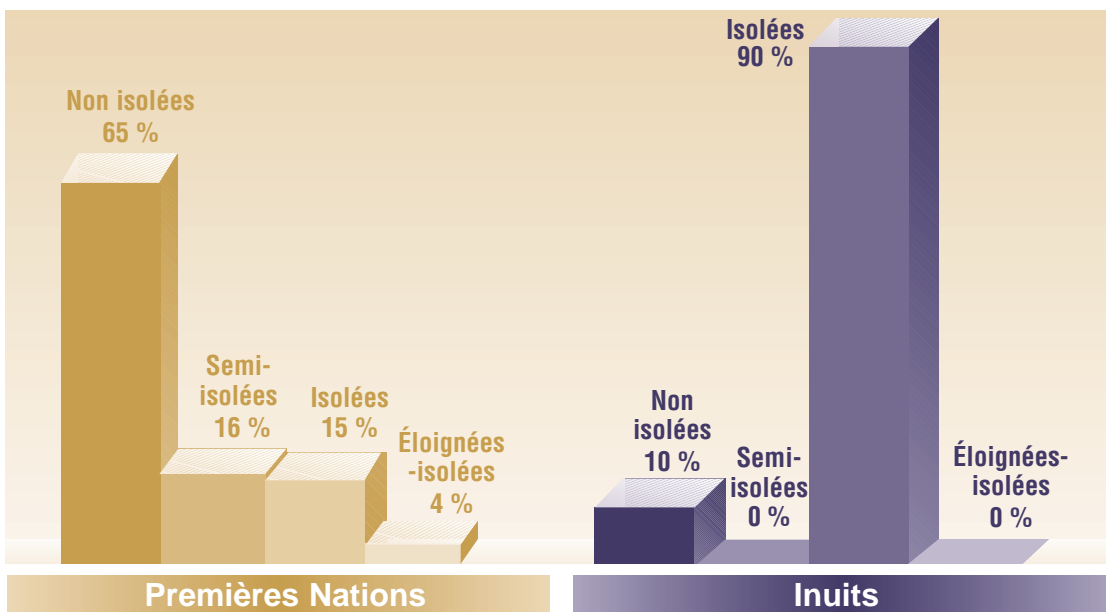
Les décideurs qui œuvrent dans le domaine de la santé des Premières Nations et des Inuits font face aux mêmes types de décision que ceux qui travaillent dans l'ensemble du système de santé. On parle notamment de répartir équitablement les ressources dans les divers programmes et activités, de déterminer la relation de cause à effet en ce qui a trait aux maladies et aux incapacités et de relever les moyens d'intervention les plus efficaces pour promouvoir la santé et remédier à la maladie.

Le gouvernement a récemment décidé d'appuyer la mise en place de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) et de l'Institut de la santé des Autochtones (ISA) dans le réseau des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Il s'agit d'étapes positives dans la mesure où elles favorisent de nouvelles connaissances ainsi que le renforcement des liens entre la recherche et les orientations stratégiques. Par exemple, les recherches portant sur les liens entre la cohésion sociale et la santé ont considérablement influencé l'orientation stratégique actuelle et ont favorisé le contrôle des programmes de santé à l'échelle communautaire.

Enfin, nous avons l'occasion de pousser plus loin les recherches pour remédier à certains problèmes comme les maladies chroniques et les contaminants de l'environnement. Nous aurons peut-être à adapter notre façon de fonctionner, particulièrement dans les très petites collectivités où les approches conventionnelles ne seront peut-être pas indiquées. En résumé, nos décisions stratégiques doivent continuer de se fonder sur les preuves fournies par nos partenaires de recherche, et être prises en collaboration avec les personnes, les collectivités et les organismes des Premières Nations et des Inuits. 🌐

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>*

Figure 2 : **Degré d'isolement des collectivités des Premières Nations et des Inuits?**



On distingue quatre types de collectivités selon les divers degrés d'isolement et d'accessibilité :

- **Non isolées** : accès routier à des services médicaux à moins de 90 kilomètres
- **Semi-isolées** : accès routier à des services médicaux à plus de 90 kilomètres
- **Isolées** : vols réguliers, services téléphoniques adéquats, accès routier certaines périodes de l'année
- **Éloignées-isolées** : aucun vol régulier, service téléphonique ou radio minimum, aucun accès routier

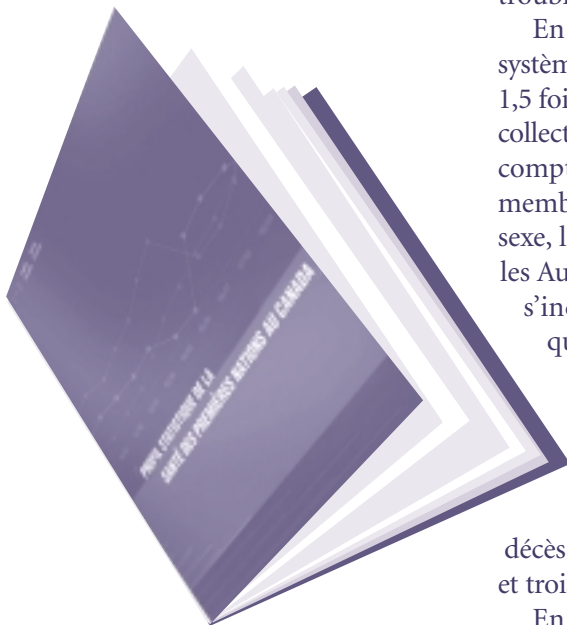
Les données sur le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest ne sont pas incluses.

Point sur l'état de santé des membres des Premières Nations au Canada

Adam Probert et Robert Poirier

Direction des politiques, de la planification et de l'analyse stratégique,
Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada

Quel que soit leur âge, les membres des Premières Nations ont une moins bonne santé que le reste de la population canadienne. En outre, il existe des disparités importantes au sein des populations elles-mêmes : on le constate en observant le profil sanitaire selon le sexe, l'âge et le lieu de résidence. L'amélioration de la santé des peuples des Premières Nations repose nécessairement sur l'accès à des données pertinentes.



Comment se comparent les Premières Nations et l'ensemble de la population canadienne?

Les membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves

En 2000, l'espérance de vie, à la naissance, des hommes et des femmes des Premières Nations du Canada était respectivement de 68,9 et de 76,6 ans, tandis qu'elle était de 76,3 ans pour les hommes et de 81,8 ans pour les femmes au sein de la **population canadienne***. Malgré ces écarts, l'espérance de vie des populations autochtones a considérablement augmenté depuis 1980 : on note une hausse de 8,0 ans pour les hommes et de 8,6 ans pour les femmes¹.

Le taux de mortalité **normalisé selon l'âge** de 1999 chez les peuples des Premières Nations a surpassé celui de 1998 applicable à la population canadienne pour ce qui est des décès liés aux causes suivantes : troubles du système endocrinien et immunitaire, de l'appareil digestif, blessures et empoisonnement. Après la normalisation selon l'âge du taux de décès chez les Premières Nations par rapport à la population canadienne de 1991, on a noté que les maladies du système circulatoire surpassent les blessures comme cause première de mortalité. Cela tient au fait que, dans l'ensemble, la population canadienne est plus âgée que la population des Premières Nations et que les troubles du système circulatoire affectent plus souvent les personnes âgées.

En 1999, le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour les troubles du système endocrinien et immunitaire (incluant les décès liés au diabète) était 1,5 fois plus élevé chez les Premières Nations. L'incidence du diabète dans les collectivités des Premières Nations est d'autant plus marquée lorsqu'on tient compte du « **taux** » de **prévalence** du diabète, normalisé selon l'âge, chez les membres des Premières Nations. Quelle que soit leur catégorie d'âge ou leur sexe, le taux de prévalence du diabète est de trois à cinq fois plus élevé chez les Autochtones que dans l'ensemble de la population canadienne². On s'inquiète particulièrement de la hausse de l'**incidence** du diabète type 2, que l'on diagnostique maintenant chez les jeunes enfants de 5 à 8 ans, alors que seuls les adultes en souffraient jusqu'à récemment^{3,4}.

Le taux de mortalité lié aux blessures et à l'empoisonnement est 2,9 fois plus élevé chez les Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne. En Colombie-Britannique, de 1991 à 1997, la population des Premières Nations comptait huit fois plus de décès liés aux incendies, quatre fois plus de noyades, cinq fois plus d'homicides et trois fois plus de chutes mortelles que l'ensemble des résidents de la province⁵.

En 1997, le taux de tuberculose parmi les membres des Premières Nations était huit fois plus élevé que dans l'ensemble de la population canadienne. La surpopulation des logements dans bien des collectivités explique en partie ce

*Voir la définition des termes qui paraissent en **gras** à la fin de l'article.

taux, dans la mesure où le risque d'exposition à des personnes infectées est plus élevé qu'ailleurs (voir la figure 1)⁶. De plus, les personnes qui vivent dans des endroits surpeuplés sont plus susceptibles de contracter la tuberculose puisqu'elles sont davantage exposées aux facteurs de risque que sont la pauvreté, la vie en région éloignée, l'abus d'alcool et d'autres drogues et diverses maladies sous-jacentes. Les collectivités où les logements sont surpeuplés, le système d'évacuation des eaux usées inadéquat et l'eau courante inexistante, présentent également des risques accrus d'écllosion d'hépatite A. La figure 2 révèle les taux de certaines maladies infectieuses chez les Premières Nations et dans l'ensemble de la population canadienne⁷. (Voir aussi l'article sur la shigellose dans le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, numéro 4, p. 15.) La figure ne révèle pas l'incidence de la chlamydia en 1999, qui était sept fois plus élevée chez les Premières Nations vivant dans les réserves que dans l'ensemble de la population canadienne.

Les Autochtones vivant hors des réserves

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) menée en 2000-2001 par Statistique Canada comparait l'état de santé autodéclaré des Autochtones vivant hors des réserves et l'état de santé autodéclaré des non-Autochtones qui vivent dans les mêmes collectivités urbaines, rurales et territoriales⁹. La population autochtone vivant hors des réserves signale un niveau de scolarité et un revenu par ménage moins élevé, des taux plus élevés de tabagisme, d'alcoolisme et d'obésité et des taux moins élevés d'activité physique. Même en mesurant la situation socioéconomique et les comportements sanitaires, on constate que les Autochtones

vivant hors des réserves sont beaucoup plus à risque que les non-Autochtones en ce qui a trait aux facteurs suivants : état de santé autodéclaré « passable » ou « faible »; présence de plusieurs maladies chroniques; épisode dépressif majeur au cours de la dernière année. Le taux de prévalence du diabète chez les Autochtones vivant hors des réserves était deux fois plus élevé qu'au sein de la population non autochtone.

Variations de l'état de santé chez les Premières Nations

Selon le sexe

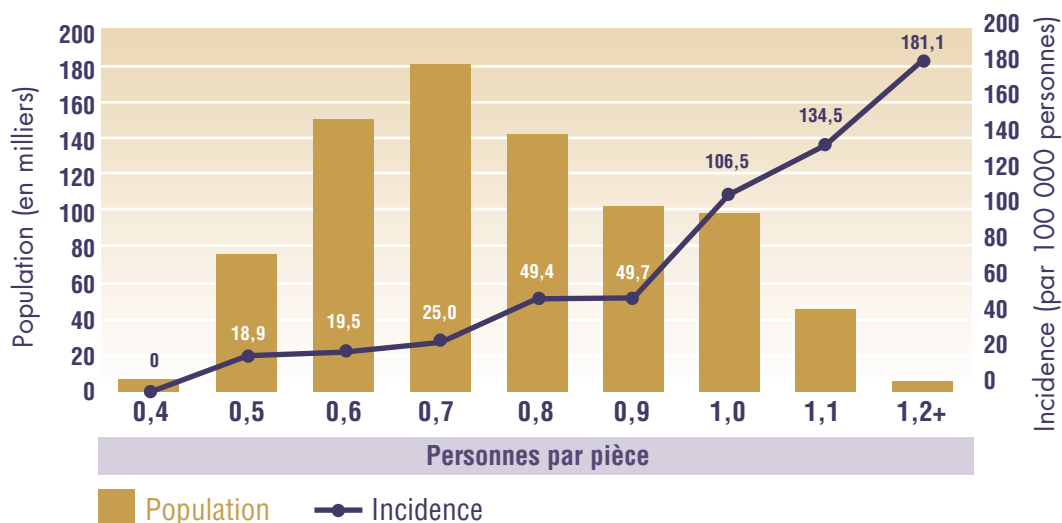
En 1999, chez les Premières Nations, le **taux brut de mortalité** des hommes était de 30 pour cent plus élevé que celui des femmes, un écart largement attribuable à un taux plus élevé de blessures contractées intentionnellement ou non par les hommes. Les causes les plus fréquentes de décès par blessure chez les hommes étaient le suicide, les accidents de véhicules automobiles, la suffocation et la noyade ainsi que les homicides. Les maladies du système circulatoire constituaient la deuxième cause de décès en importance.

Les maladies du système circulatoire constituent la première cause de décès des femmes des Premières Nations, suivies de près par les blessures et l'empoisonnement. Ensemble, ces deux catégories représentent presque la moitié des causes de décès chez les femmes. ▶

À propos des données

Les statistiques dont on fait état dans le présent article ont été recueillies en 1999 et figureront sous peu, sauf indication contraire, dans *Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada rapport publié en 2003 par Santé Canada*⁸. Mentionnons également que les statistiques provenant de la Colombie-Britannique et de l'Alberta concernent exclusivement les Indiens inscrits à l'échelle de la province (qu'ils vivent dans les réserves ou non). La plupart des provinces ont mis en place des mécanismes de transmission de données relativement à tous ou à quelques indicateurs seulement. Malheureusement, très peu de renseignements concernant la santé des Inuits sont systématiquement recueillis et transmis à Santé Canada. Certains gouvernements, dont celui du Québec, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, fournissent des données sur la santé de l'ensemble des résidents. Ainsi, le présent document ne contient pas de renseignements sur l'état de santé spécifique des Inuits.

Figure 1 : Population totale et incidence de la tuberculose selon la densité de logement dans les collectivités répertoriées, 1997-1999⁶



Précisons que les femmes sont plus susceptibles de mourir dans un accident de véhicule motorisé que par suicide. Comme c'est le cas au sein de la population canadienne, les taux de suicide entraînant la mort sont beaucoup plus élevés chez les hommes des Premières Nations que chez les femmes, bien que les femmes fassent beaucoup plus de tentatives de suicide que les hommes¹⁰.

En 1999, le taux de décès attribuable au diabète était de 26,8 pour cent plus élevé chez les femmes autochtones que chez les hommes. Chez les Premières Nations, environ les deux tiers des diabétiques sont des femmes¹¹, tandis qu'au sein de la population canadienne, le diabète s'attaque davantage aux hommes qu'aux femmes¹².

Selon le groupe d'âge

La figure 3 révèle les premières causes de décès qui surviennent au sein de la population canadienne et des Premières Nations qui vivent dans les réserves¹³. Lorsque le taux de mortalité est normalisé selon l'âge, les maladies du système circulatoire arrivent au premier rang des causes de décès, suivies par le cancer et les blessures. Pour toutes les causes de décès sauf le cancer et les maladies du système circulatoire, le taux de mortalité est plus élevé chez les Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne, après rajustements des chiffres en fonction des différences d'âge.

On utilise souvent les statistiques relevant les années potentielles de vie perdues (APVP) pour illustrer les causes de décès prématuré. (Veuillez consulter le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, numéro 3, p. 32, pour une description détaillée du concept des APVP)¹⁴.

Par exemple, si une personne de 20 ans meurt accidentellement, elle perd 55 années potentielles de vie (dans la mesure où l'espérance de vie à la naissance est de 75 ans). Les blessures ont une incidence majeure sur les APVP si on les compare aux autres causes de décès, puisqu'elles arrivent à tout âge, tandis que beaucoup d'autres causes de décès sont associées au vieillissement (voir la figure 4)¹⁵.

Les causes de décès les plus fréquentes chez les membres des Premières Nations âgés de 1 à 44 ans sont les blessures et l'empoisonnement. Chez les enfants, ces décès ne sont pas intentionnels. Toutefois, les blessures et l'empoisonnement *intentionnels* comptent pour 38 pour cent des décès chez les jeunes (de 10 à 19 ans), et pour 23 pour cent des décès chez les jeunes adultes (de 20 à 44 ans). Les accidents de véhicules motorisés constituent une des premières causes de décès dans toutes les catégories d'âge sauf chez les aînés. Une réduction même infime du taux de mortalité par blessure chez les Premières Nations aurait une incidence profonde sur les décès prématurés et la santé de la population autochtone dans son ensemble.

Selon le lieu

Selon une étude effectuée au Manitoba, le taux de diabète varie chez les Premières Nations en fonction des régions de la province où ils habitent¹⁶ : le taux de diabète atteint 25 pour cent dans certains conseils tribaux du nord, mais il n'est que de 15 pour cent dans certains conseils tribaux du sud (un conseil tribal est un groupe régional constitué d'Autochtones qui offre des services généraux à ses membres). Pour l'ensemble de la province, le taux de prévalence du diabète dans les réserves est de 20,3 pour cent, tandis qu'elle est de 17 pour cent hors des réserves.

Le taux d'hospitalisation lié à des blessures est presque deux fois plus élevé parmi les conseils tribaux du nord que parmi ceux du sud, et presque de 23 pour cent plus élevé chez les Autochtones qui vivent dans les réserves que chez ceux qui vivent hors des réserves. Cependant, le taux de décès prématuré et les APVP sont plus élevés, et l'espérance de vie est plus faible dans le sud, en dépit d'un accès aux services de santé généralement meilleur. L'étude en question, réalisée au Manitoba, souligne l'importance de facteurs autres que l'accès aux services de santé pour décrire la santé et le bien-être des membres des Premières Nations.

Figure 2 : **Cas répertoriés de certaines maladies infectieuses au sein des Premières Nations vivant dans les réserves et de la population canadienne dans son ensemble en 1999⁷**

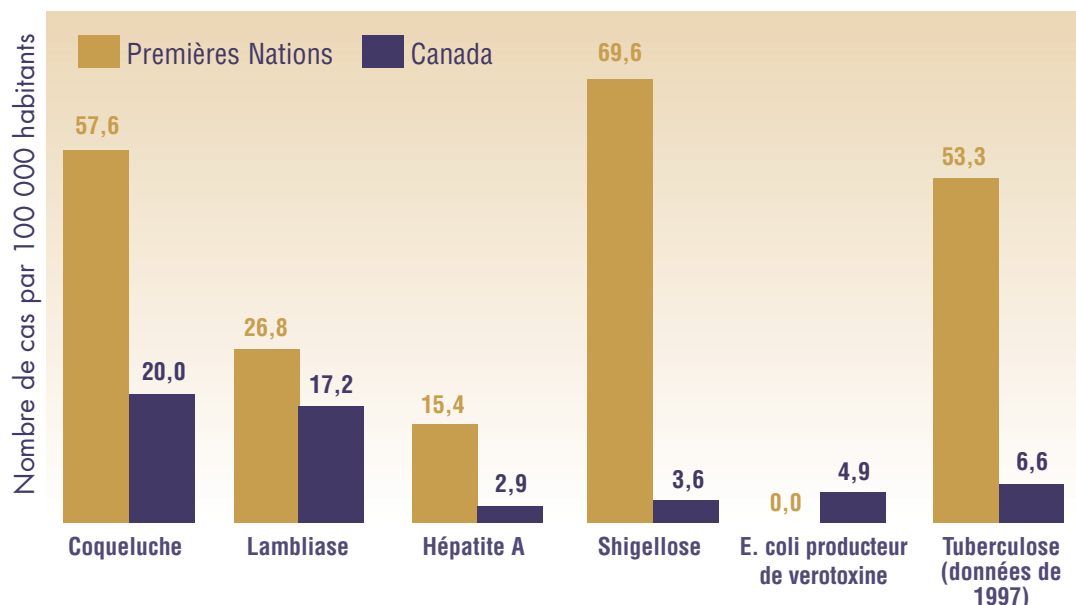
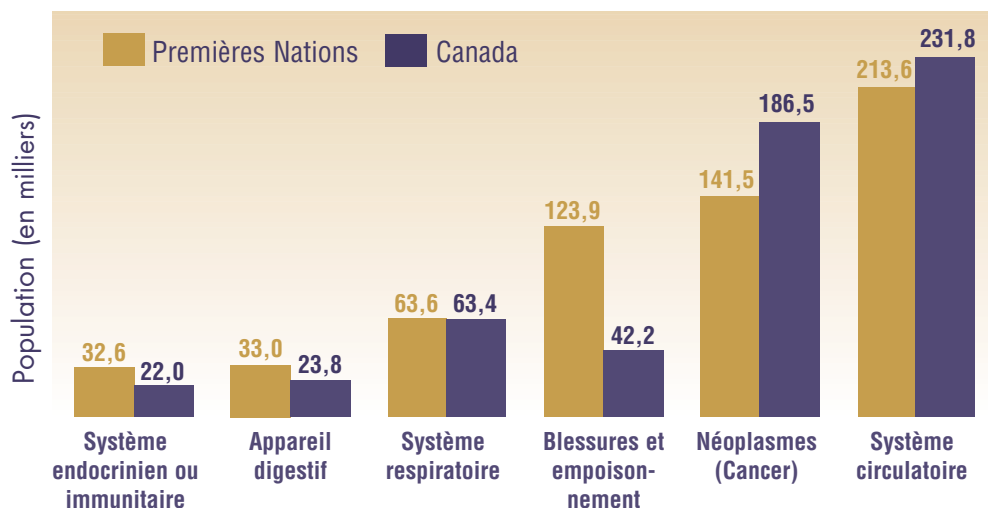


Figure 3 : **Premières causes de décès – normalisées selon l'âge – chez les Premières Nations, 1999, et dans l'ensemble du Canada, 1998¹³**



Classement fondé sur le taux de mortalité (par tranche de 100 000 personnes) des Premières Nations en 1999.

Pourquoi est-il important d'avoir accès à des données fiables?

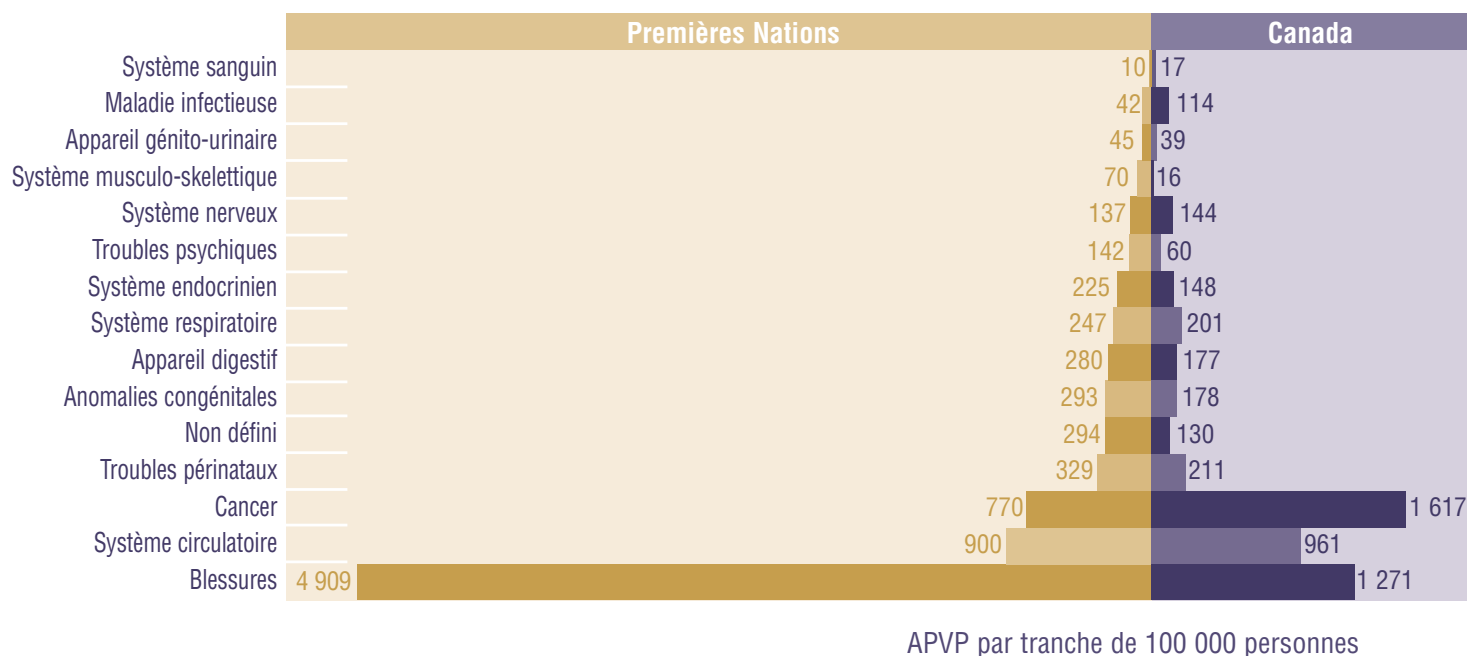
La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada administre l'un des plus grands programmes de santé publique et de soins primaires au Canada, c'est-à-dire qu'elle offre des services à environ 400 000 membres des Premières Nations vivant dans 640 collectivités, et qu'elle fournit

absolument disposer de données exactes et à jour sur la santé. Santé Canada utilise les données qu'il recueille pour évaluer les besoins nationaux et régionaux en matière d'information sur la santé des Premières Nations qui vivent dans les réserves. Le Ministère recueille également des données pertinentes au moyen des systèmes existants de **surveillance** à l'échelle du Canada, ce qui lui permet de comparer les résultats sur la santé parmi certaines populations, et de relever de

des services de santé non assurés à 300 000 membres des Premières Nations vivant hors des réserves et Inuits. S'il est vrai qu'il existe des disparités significatives entre les données sur la santé des Premières Nations et des Inuits qui doivent être clarifiées, l'information existante sur l'état de santé des Premières Nations aide la DGSPNI à s'acquitter de son mandat.

Recueillir des renseignements précis sur la santé des Premières Nations ne se fait pas sans difficultés. Certaines figurent plus en détail dans l'article intitulé « Le couplage des dossiers » (voir la page 30). Néanmoins, pour comprendre l'état de santé des Premières Nations, on doit

Figure 4 : **Années potentielles de vie perdues (APVP) selon les causes de décès pour les Premières Nations et la population canadienne, 1999¹⁵**



nouvelles priorités. Ce type de renseignements est aussi utile pour les professionnels de la santé, les chercheurs, les dirigeants communautaires et les responsables des politiques dans le cadre de leur propre planification communautaire et régionale du système de santé.

Les auteurs remercient de leur contribution les membres des bureaux régionaux de la DGSPNI qui se sont particulièrement investis pour la collecte et l'analyse des données sur la santé utilisées dans l'article : John David Martin (région du Pacifique), Marion Perrin (région de l'Alberta), Lynda Kushnir-Pekrul (région de la Saskatchewan), Suzanne Martel (région du Manitoba), Nicolette Kaszor (région de l'Ontario), Marino Argentin (région du Québec) et Susan Ross (région de l'Atlantique).

Glossaire

Normalisation selon l'âge

Méthode statistique de rajustement des taux (p. ex., le taux de mortalité) conçue pour réduire au minimum les différences d'âge lorsqu'on compare les taux de populations différentes¹⁷. Par exemple, la population des Premières Nations est beaucoup plus jeune que l'ensemble de la population canadienne. Aux fins du présent article, on a normalisé les âges des deux populations en fonction du profil de la population canadienne de 1991.

Population canadienne

La population totale du Canada (ou le groupe précis auquel on renvoie en fonction de l'âge ou du sexe), incluant la composante Premières Nations de cette population.

Taux brut de mortalité

Portion estimée d'une population qui meurt au cours d'une période donnée. Le numérateur désigne le nombre de personnes qui décéderont au cours de la période fixée, tandis que le dénominateur représente la taille de la population, qui correspond de façon générale à la population moyenne¹⁷. Le taux brut de mortalité n'est pas normalisé selon l'âge, et on l'exprime souvent en indiquant le nombre de décès par tranche de 100 000 personnes par année.

Pour comprendre l'état de santé des Premières Nations, on doit absolument disposer de données exactes et à jour sur la santé. Santé Canada utilise les données qu'il recueille pour évaluer les besoins nationaux et régionaux en matière d'information sur la santé des Premières Nations qui vivent dans les réserves. Le Ministère recueille également des données pertinentes au moyen des systèmes existants de surveillance à l'échelle du Canada, ce qui lui permet de comparer les résultats sur la santé parmi certaines populations, et de relever de nouvelles priorités.



Incidence

L'incidence de *nouveaux* événements (diagnostics de maladies, de suicides par exemple) survenu au sein d'une population précise pendant une période déterminée¹⁷. On exprime souvent l'incidence par tranches de 100 000 personnes par année. Par exemple, en 1999, parmi une population de 100 000 membres des Premières Nations, on a diagnostiqué la tuberculose chez 61,5 d'entre eux.

« Taux » de prévalence

La portion d'une population susceptible de tomber malade ou compte tenu d'un moment précis (ou durant une période donnée) est déjà atteinte de la maladie à ce moment-là (ou pendant cette période)¹⁷. On exprime souvent le taux de prévalence en indiquant le nombre de personnes concernées sur 100 000 personnes. Par exemple, une enquête transversale pourrait nous permettre d'établir le nombre de diabétiques sur une population de 100 000 personnes. (Consulter également à ce sujet le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, numéro 1, p. 18.)

Surveillance

La surveillance désigne la collecte de données en cours d'exécution ainsi que l'examen, l'analyse et la diffusion des résultats en matière d'incidence de maladie, de prévalence, d'hospitalisation et de décès. Les mécanismes de surveillance peuvent également servir à recueillir des informations concernant les

connaissances, les attitudes et les comportements de la population relativement aux pratiques qui visent à prévenir le cancer, à faciliter le dépistage, et à améliorer la durée de la survie ainsi que la qualité de la vie. (Consulter également le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, numéro 4, p. 25.)

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>

Évolution du contrôle des

programmes de santé communautaire

Mark Wigmore, Direction des affaires intergouvernementales, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada, anciennement de la Direction des politiques de la planification et de l'analyse stratégiques, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, et **Keith Conn**, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada

Au cours des 10 dernières années, Santé Canada a noué de nouvelles relations avec les collectivités des Premières nations et inuites par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI). Beaucoup d'ententes visant l'amélioration de l'état de santé de ces populations favorisaient une prise de contrôle des programmes de santé par les collectivités visées, ce qui leur permettrait de mieux répondre aux besoins locaux.

Depuis 10 ans, on a vu le rôle de la DGSPNI passer de la prestation de services à un éventail plus large d'activités : financement, expertise en matière de santé, cadre stratégique, structure de programme et autres mécanismes de soutien des collectivités qui assument une responsabilité de plus en plus importante en matière de prestations des soins, dans le but d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé.

Comment s'est effectué le transfert des services?

Jusqu'aux années 70, il revenait aux employés fédéraux d'offrir les services de santé publique et de prévention à toutes les collectivités des Premières Nations et inuites ainsi que les soins de première ligne aux collectivités éloignées et isolées.

L'engagement accru des collectivités autochtones et inuites dans la prestation des services de santé a commencé dans la foulée de la *politique de 1979 sur la santé des Indiens*, qui avait pour objectif d'aider les collectivités indiennes à améliorer et à consolider leur état de santé. La politique était axée sur trois idées maîtresses :

- la mise en valeur des aspects socioéconomiques, culturels et spirituels de la collectivité
- la relation de longue date entre les populations indiennes et le gouvernement fédéral (une relation qui serait renforcée lorsqu'on encouragerait les populations visées à s'engager davantage envers la planification, la budgetisation et la prestation des services de santé)
- le système de santé canadien (composé de nombreux éléments interreliés qui tombent sous la responsabilité des gouvernements fédéral ou provinciaux ou des autorités municipales, des bandes indiennes ou du secteur privé)

Environ 10 ans après la mise en vigueur de la *politique sur la santé des Indiens*, le gouvernement fédéral a donné son aval à un cadre stratégique de transfert des responsabilités en matière de santé en vertu duquel les collectivités du sud du 60° parallèle qui le désiraient pouvaient prendre la responsabilité des ressources liées aux programmes

de santé communautaire. On continuait aussi à aider les gouvernements territoriaux du nord du 60^e parallèle à assumer la responsabilité de la prestation des soins de santé.

La décision de transférer les responsabilités en matière de santé aux collectivités des Premières Nations et des Inuits constituait le point culminant de nombreuses années de discussion entre le gouvernement fédéral et les collectivités — discussions qui se poursuivent toujours. Aujourd'hui, plus de 80 pour cent des fonds destinés aux programmes fédéraux de santé communautaire sont attribués à des organismes des Premières Nations ou Inuits en vertu d'ententes précises. La gestion directe de ces programmes et services par le gouvernement fédéral est de plus en plus rare. Les collectivités des Premières Nations embauchent maintenant la majorité de leurs infirmières en santé communautaire, de leurs intervenants en toxicomanie et de leurs travailleurs communautaires. En outre, des

« **M**ême si des services

médicaux sont désormais dispensés

aux Autochtones dans les régions

les plus retirées du pays . . .

le fossé qui sépare les Autochtones

et les non-Autochtones en matière

de santé reste énorme. »

Commission royale sur les peuples autochtones, Rapport final, 1996, vol. 3

programmes de santé sont gérés par des directeurs communautaires dans la plupart des collectivités des Premières Nations. (En outre, le gouvernement fédéral est toujours responsable du Programme des services de santé non assurés tandis que les provinces et les territoires assurent les soins hospitaliers et médicaux.)

En quoi l'état de santé s'est-il amélioré?

On justifie en partie la responsabilisation grandissante des collectivités concernées en matière de prestation de soins de santé communautaires en invoquant le fait que les organismes gérés par les Premières Nations et les Inuits sont les mieux placés pour comprendre les besoins de leurs collectivités, gérer les services de santé et en assurer la prestation. À ce jour, les effets mesurables du contrôle local de l'état de santé sont

encourageants. Selon une évaluation à long terme menée par Santé Canada en juin 1994, le transfert du contrôle de la gestion en matière de santé a favorisé une

Perspective historique : Transfert du contrôle des programmes de santé

1969

Le *Livre blanc sur la politique relative aux Indiens* propose que le gouvernement fédéral ne soit plus responsable des Premières Nations et que le statut spécial des Indiens soit révoqué

1970

Publication du *Livre rouge des Indiens* (en réaction au livre blanc, les Premières Nations revendiquent la conservation du statut spécial mais une plus grande responsabilité à l'égard des programmes et services communautaires)

1975

Publication du document *Relations entre le gouvernement canadien et les Autochtones canadiens* (cadre stratégique pour renforcer les pouvoirs des Indiens)

1979

La *politique fédérale sur la santé des Indiens* (qui a pour objectif d'aider les collectivités indiennes à améliorer leur état de santé pour ensuite conserver leurs acquis sur ce plan) reconnaît que les Indiens peuvent assumer la responsabilité de la gestion de tous les aspects de leurs programmes de santé communautaire

1983-1986

Santé Canada met de l'avant un certain nombre de projets pilotes en matière de santé communautaire afin de fournir au gouvernement fédéral et aux autorités des Premières Nations les renseignements dont ils ont besoin en ce qui a trait au contrôle des services de santé par les Premières Nations elles-mêmes

1988

L'Entente de transfert finale confère la responsabilité des programmes universels de santé au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.), de sorte que les Premières Nations et les Inuits des T.N.-O. continuent d'avoir accès à tous les nouveaux programmes fédéraux qui les concernent

sensibilisation accrue aux enjeux sanitaires chez les membres de la collectivité ainsi qu'une prestation de soins de santé davantage adaptée à la culture autochtone. On remarquait également que les soins de santé sont devenus davantage prioritaires aux yeux des collectivités visées¹.

Une autre étude effectuée en Colombie-Britannique fait état d'incidences positives². Les collectivités de la Colombie-Britannique qui sont autonomes ou qui gèrent elles-mêmes leur système de santé, leur éducation et d'autres services ont un taux de suicide beaucoup moins élevé que celles qui n'ont pas le même degré de contrôle ou de responsabilité.

Il faut effectuer davantage de recherches stratégiques sur l'incidence du contrôle local des soins de santé au regard de l'état de santé; toutefois, il importe de reconnaître que bien des facteurs associés à un état de santé déficient ne tiennent pas qu'à

« **L**e gouvernement prendra des mesures additionnelles pour réduire l'écart entre l'état de santé des Autochtones et des non Autochtones. À cette fin, on mettra en place une stratégie de promotion de la santé et de prévention des maladies chez les Premières Nations qui comprendra un programme d'immunisation adapté. Il travaillera aussi avec ses partenaires pour améliorer la prestation des services de soins de santé dans les réserves. »

Discours du Trône, 30 septembre 2002

la prestation des services. En fait, que l'on se place du point de vue des gouvernements et des facteurs déterminants en matière de santé (de la population), ou que l'on perçoive la situation dans une optique holistique de la santé au même titre que bien des Premières Nations et des Inuits, on reconnaît que, pour que la santé des Autochtones soit meilleure, il faudra améliorer la qualité et la quantité de l'eau, l'éducation, l'emploi et le logement. Il va de soi que l'engagement des Premières Nations et des Inuits à élaborer leurs propres solutions — sur le plan des soins de santé ou d'autres facteurs déterminants en matière de santé — continuera de faire partie intégrante de la stratégie de la Commission royale sur les peuples autochtones, que le gouvernement fédéral s'est engagé à réaliser. 🌐

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>*

communautaire aux collectivités des Premières Nations et des Inuits

1988-1989

Le cabinet et le Conseil du Trésor autorisent le transfert des responsabilités en matière de santé au sud du 60^e parallèle (on met en place le cadre stratégique, les pouvoirs financiers et les ressources pour transférer la responsabilité des programmes de santé communautaire aux collectivités indiennes au sud du 60^e parallèle)

juillet 1989

Le premier conseil tribal signe une entente de transfert des services en matière de santé

1994

Le Conseil du Trésor confère aux autorités compétentes les ressources et les pouvoirs requis pour appuyer une approche de services intégrés en santé communautaire (une solution de rechange pour les bandes qui ne sont pas prêtes à mettre en place un programme de transfert, ou qui ne sont pas intéressées à le faire)

1995

La *Politique sur le droit inhérent à l'autonomie gouvernementale* reconnaît que les Autochtones ont un droit inhérent à l'autonomie gouvernementale en vertu de l'article 35 de la Constitution

1997

Le territoire du Yukon reprend la gestion des programmes universels de santé et à assurer leur prestation sur le territoire du Yukon, en s'assurant que les Premières Nations du Yukon continuent d'avoir accès à tout nouveau programme fédéral visant les Premières Nations et les Inuits

avril 1999

Le territoire du Nunavut voit le jour, et les modalités de l'entente de transfert finale émises en 1988 pour les Territoires du Nord-Ouest s'appliquent au gouvernement du Nunavut

Projet sur les soins primaires à Eskasoni

Nicki Sims-Jones

Programme de la sécurité des milieux, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada; anciennement de la Direction des politiques, de la planification et de l'analyse stratégique, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada

Le projet sur les soins primaires d'Eskasoni a adopté un modèle multisectoriel et multidisciplinaire de soins de santé primaires dans une collectivité des Premières Nations, qui requiert les compétences de médecins de famille salariés ainsi que des services de soins infirmiers, d'éducation en matière de santé, de nutrition et pharmaceutiques. La présente étude de cas est essentiellement élaborée à partir du rapport d'évaluation rédigé en 2001 par Mary-Jane Hampton de Santé Canada¹.

Une occasion de changement

On a laissé entendre que si des améliorations doivent être apportées aux soins de santé primaires, il est peu probable qu'ils émanent d'une réforme de grande envergure. On croit plutôt que les responsables des politiques effectueront des changements à mesure qu'ils relèveront des occasions d'apporter des changements graduels². Ce type d'occasion s'est présenté à Eskasoni, où on a mis en œuvre le projet sur les soins primaires (PSP) en 1999 dans la foulée d'une collaboration multisectorielle.

Eskasoni, collectivité des Premières Nations de 3 200 habitants, est située au Cap-Breton, en Nouvelle-Écosse. On y retrouve une population jeune et peu de personnes âgées; effectivement, presque la moitié (48 pour cent) des résidents ont moins de 20 ans. On encourage les enfants à parler Mi'kmaq et on leur enseigne leur culture à l'école et à la maison.

La collectivité fait face à des taux particulièrement élevés de maladie et de décès liés à la toxicomanie et à des maladies chroniques comme le diabète, les maladies du cœur et les affections respiratoires. On remarque un taux élevé de dépendance à diverses substances, surtout aux médicaments d'ordonnance. Soixante pour cent des adultes fument la cigarette, c'est-à-dire presque deux fois plus que l'ensemble de la province (33 pour cent). En outre, 40 pour cent des résidents d'Eskasoni sont diabétiques¹.

Historique des services de santé

Eskasoni gère ses propres services de santé communautaire depuis 1997. Le centre de référence le plus important pour la collectivité est situé à Sydney, à environ 40 minutes d'Eskasoni.

Soins primaires

Avant 1995, jusqu'à quatre médecins rémunérés à l'acte en vertu d'un système financé par la province offraient des soins primaires à Eskasoni; ensuite, la collectivité a bénéficié des services d'un seul médecin qui travaillait trois jours par semaine. Les résidents allaient consulter un médecin en moyenne 11 fois par année (incluant les visites des médecins pratiquant en dehors de la réserve), en partie à cause d'une exigence du programme fédéral des services de santé non assurés selon laquelle les patients devaient obtenir une ordonnance pour se procurer des médicaments normalement en vente libre. Il semble en outre que les femmes enceintes recevaient peu de soins avant leur accouchement, quand elles en recevaient.



Programmes et services de santé communautaire

Avant la mise en œuvre du PSP, les résidents d'Eskasoni pouvaient se prévaloir d'une gamme de services communautaires par l'entremise des programmes de santé communautaire de Santé Canada : soins infirmiers communautaires, éducation nutritionnelle liée à la grossesse, contrôle des maladies transmissibles et programme d'immunisation. Ces programmes, hébergés dans le bureau du conseil de bande, fonctionnaient de façon distincte, c'est-à-dire qu'il n'y avait aucune coordination ni avec les autres programmes ni avec les médecins de la collectivité. En fait, même si on embauchait des représentants en santé communautaire pour faire le lien entre les membres de la collectivité et les fournisseurs de soins de santé, les deux groupes communiquaient peu.

Agents de changement

Deux facteurs clés sont à l'origine des changements apportés au système de soins de santé primaires d'Eskasoni. D'abord, mentionnons la collaboration entre les trois ordres de gouvernement et l'Université Dalhousie pour améliorer les services de santé communautaire. Du côté du gouvernement, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) a fourni les ressources financières et le soutien technique requis pour le projet. Pour sa part, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse a conclu des ententes assurant des services médicaux à la collectivité. Le conseil de bande d'Eskasoni — qui en était à

perfectionner ses compétences administratives dans la foulée du programme de transfert des responsabilités lancé en 1997 — a appuyé le nouveau modèle de soins primaires et a participé à la planification et à la gestion du projet. La faculté de médecine générale de l'Université Dalhousie a recruté des médecins salariés pour prendre la relève du médecin rémunéré à l'acte qui prenait sa retraite, et a fait d'Eskasoni un lieu d'enseignement pratique qui est aussi le seul site de télémédecine communautaire de la province.

Le projet a été rendu possible grâce à un autre facteur : le financement offert par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) de Santé Canada. Créé en 1997 pour soutenir l'innovation et l'amélioration de secteurs cruciaux du système de santé, le FASS a assumé les frais de transition du projet et a agi comme catalyseur pour amener les partenaires à travailler ensemble³.

Incidences préliminaires

On a entrepris d'évaluer le PSP 18 mois après le début du projet. Même si les résultats sont très préliminaires et qu'il est encore trop tôt pour en évaluer les effets sur le plan de la santé, on remarque néanmoins certains résultats encourageants à court et moyen termes, notamment :

- **Une utilisation plus adéquate des services médicaux et hospitaliers.** Par exemple, le nombre moyen de consultations médicales annuelles par résident est passé de 11 à quatre, tandis que le nombre de visites

Modèle d'Eskasoni

Le modèle de soins primaires d'Eskasoni comporte quatre éléments clés :

- Le processus de transfert des responsabilités administratives des soins de santé primaires au conseil de bande d'Eskasoni s'est poursuivi durant la réalisation du projet (et il est toujours en cours). On a déployé des efforts pour intégrer les principaux éléments des services offerts par l'équipe de soins primaires et les professionnels de santé communautaire — par exemple, les dossiers des patients.
- Les services médicaux ne fonctionnent plus selon le même modèle : on est passé d'un système de rémunération à l'acte à une approche multidisciplinaire globale en vertu de laquelle tous les membres de l'équipe formée sont salariés, y compris les médecins. Dans une collectivité où le taux de prévalence des maladies chroniques est élevé, la prestation efficace des soins primaires dépend

largement des médecins salariés, dans la mesure où ces derniers peuvent consacrer du temps aux soins préventifs, à l'évaluation des patients et à la gestion interdisciplinaire de cas complexes².

- On a construit un nouveau complexe de soins de santé à l'aide du financement offert par les gouvernements fédéral et provincial. Les deux ordres de gouvernement désiraient s'assurer que leur part respective des coûts de construction servirait à mettre des installations à la disposition de leur personnel et serait utilisée aux fins de leur programme : c'est pourquoi on a construit deux immeubles distincts, côte à côte et reliés par une porte attenante.
- On a établi des partenariats avec des centres de santé régionaux afin de faciliter l'aiguillage vers des services médicaux et autres (diagnostiques, etc.) à l'extérieur de la collectivité.

aux urgences de l'hôpital régional a chuté de 40 pour cent. Ces diminutions sont en partie attribuables à l'accès accru de la collectivité à une équipe multidisciplinaire de soins de santé (disponible cinq jours par semaine au lieu de trois).

- **Une satisfaction très élevée à l'échelle de la collectivité.** Quatre-vingt-neuf pour cent des résidents croient que la qualité des services de santé d'Eskasoni s'est améliorée si on la compare au contexte d'il y a cinq ans.
- **Un nombre plus élevé de recommandations interdisciplinaires et un éventail accru de services de première ligne.** Par exemple, les généralistes locaux recommandent aux patients huit fois plus qu'avant de consulter la nutritionniste ou un éducateur sanitaire pour le traitement de leur diabète. En outre, l'accès à des soins spécialisés est facilité par les visites à domicile et la télémédecine.
- **Des habitudes différentes en matière d'ordonnance.** On a prescrit moins d'antibiotiques, d'antihistaminiques et d'antitussifs, ce qui a réduit le coût des ordonnances assumé par la collectivité et le Programme des services de santé non assurés.
- **Une amélioration des soins prénataux.** Presque toutes les femmes enceintes (96 pour cent) ont reçu les soins appropriés de la part des médecins et des autres membres de l'équipe multidisciplinaire au cours de leur grossesse, de leur accouchement et de la période post-partum.
- **Une intégration des soins primaires et du personnel de santé communautaire.** On a d'abord constaté que le personnel financé par les gouvernements fédéral et provincial continuait de travailler en vase clos, bien qu'on ait entrepris de fusionner les dossiers de chacun des patients. Toutefois, des renseignements récents indiquent que les membres du personnel travaillent maintenant en collaboration plus étroite⁴. Par exemple, on recommande aujourd'hui régulièrement aux femmes d'avoir recours aux services communautaires financés par le fédéral pour obtenir des renseignements sur la vie prénatale. Grâce à ces services et aux soins prénataux améliorés décrits plus haut, le personnel hospitalier estime aujourd'hui que la plupart des femmes enceintes de la collectivité sont peu à risque parce qu'elles sont adéquatement préparées au travail et à l'accouchement.

Qu'avons-nous appris?

L'expérience d'Eskasoni nous a fourni beaucoup d'occasions d'apprendre comment on peut améliorer l'efficacité des services de santé dans les collectivités des Premières Nations.

Équipe de soins primaires

Moins de consultations médicales, davantage de patients dirigés vers des nutritionnistes, amélioration des soins prénataux, sont autant d'indicateurs précoces de retombées positives engendrées par la présence de l'équipe multidisciplinaire de soins primaires.

Économies relatives aux soins de santé à l'échelle provinciale

Les coûts liés au système de santé à l'échelle de la province ont considérablement chuté lorsque les dépenses associées à la rémunération des médecins et au fonctionnement des salles d'urgence ont diminué. Toutefois, les pratiques budgétaires en vigueur nous interdisaient d'utiliser les économies réalisées pour soutenir les membres de l'équipe multidisciplinaire autres que les médecins. Les restrictions liées aux transferts de fonds entre le système de rémunération à l'acte et les nouveaux modèles de soins primaires sont susceptibles d'empêcher l'adoption généralisée de ce type de modèle à l'avenir.

Collaboration multisectorielle

Parmi les thèmes associés à la politique fédérale sur la santé et ayant reçu une attention grandissante au cours des 25 dernières années, on retrouve la nécessité d'une collaboration entre les secteurs d'activité au moment d'élaborer des politiques touchant la santé⁵. Pour que le projet réussisse, il était essentiel que les trois ordres de gouvernement et les résidents d'Eskasoni désirent travailler ensemble. En outre, la participation de l'Université Dalhousie nous a permis de recruter, dans le cadre du projet, des médecins ouverts à de nouvelles méthodes de rémunération.

Modèle pour l'avenir?

Bien que le projet sur les soins primaires ne bénéficie plus des fonds du FASS, il continue de fonctionner grâce au financement des provinces et des programmes communautaires de Santé Canada.

Le projet d'Eskasoni est un excellent exemple du type de changement graduel que l'on propose dans le cadre de la réforme du système de soins de santé primaires². Si on se fie à ce que le projet d'Eskasoni laisse entrevoir, la réforme des soins de santé au Canada se produira vraisemblablement une collectivité à la fois, à mesure que surviendront des occasions de changement graduel. 🌱

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>

Évaluation participative

du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones

David Hubka, PhD

Division de l'enfance et de l'adolescence, Centre du développement humain en santé,
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA) dans les collectivités urbaines et nordiques résulte de la collaboration entre la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada et les groupes communautaires autochtones des collectivités urbaines et nordiques. Son objectif premier est de montrer que les stratégies d'intervention précoce conçues et gérées à l'échelle locale peuvent avoir des effets positifs sur les enfants autochtones en leur permettant d'acquérir une bonne image d'eux-mêmes, d'entretenir un désir d'apprentissage continu et de s'épanouir pleinement en tant que jeunes¹. Au moyen de ce programme, Santé Canada cherche également à améliorer l'état de santé des populations autochtones en leur donnant un meilleur accès au système scolaire et à d'autres ressources communautaires.

Les évaluations participatives nationales sont essentielles à la réalisation de tous ces objectifs.



Contexte

Le PAPA est un programme de développement de la petite enfance qui vise les Premières Nations, les Inuits et les Métis âgés de 6 ans et moins ainsi que leur famille. Les bénéficiaires du programme vivent en dehors des réserves. Depuis le lancement du PAPA en 1996, le projet a été mis en œuvre à 114 endroits : plus de 3 500 enfants ont bénéficié du projet dans des collectivités urbaines et nordiques de huit provinces et de trois territoires. Le PAPA accepte autant d'enfants et de familles autochtones, inuites et métisses qu'il est possible d'en accueillir.

Composantes du programme

Le programme permet généralement aux jeunes enfants autochtones d'expérimenter des demi-journées en milieu préscolaire, ce qui les prépare à l'école en favorisant leur épanouissement spirituel, intellectuel, physique et affectif. Chacun des projets reflète la culture et la langue locale et se concentre sur les six composantes suivantes : promotion de la santé, nutrition, préparation à l'école et à l'apprentissage, culture et langue, engagement des parents et soutien social. Ces composantes sont susceptibles d'avoir une incidence positive sur les enfants autochtones à de nombreux égards, notamment en ce qui a trait aux aspects sociaux et éducatifs. En outre, dans la mesure où des facteurs comme la nutrition et l'acquisition d'une formation jouent un rôle déterminant sur le plan de la santé, on espère qu'elles contribueront à améliorer l'état de santé des populations visées. (Voir l'encadré concernant les facteurs déterminants en matière de santé à la page 21.)

Bien des données portent à croire que l'acquisition de comportements sains dans la jeune enfance a une incidence positive sur la santé à des étapes subséquentes de la vie². Ces comportements sains pourraient empêcher l'apparition de maladies comme le diabète de type 2 ou diabète non insulino-dépendant. Depuis quelques années, on remarque une augmentation de l'incidence du diabète de type 2, même chez les enfants autochtones : on a effectivement diagnostiqué ce type de diabète chez des jeunes de 5 à 8 ans (voir l'article de la page 6). Le processus de prévention primaire de la maladie vise l'amélioration du régime alimentaire et l'intensification des activités physiques, qui sont toutes deux des composantes du PAPA. ►

En tant que programme communautaire, le PAPA tient compte des besoins particuliers de chacune des collectivités. Effectivement, dans la mesure où le programme vise entre autres à montrer l'efficacité des stratégies d'intervention précoce conçues et gérées à l'échelle locale, chacun des projets du PAPA est dirigé par des organismes autochtones locaux sans but lucratif. Dans le cadre de la réalisation du projet, on doit tenir compte des six composantes préétablies; cependant, il revient à l'organisme promoteur de préciser le contenu exact du projet. On incite également les parents et les tuteurs à jouer un rôle clé dans l'élaboration du programme.

Évaluation participative

Les évaluations nationales constituent un moyen efficace de vérifier l'efficacité des programmes du PAPA et d'en améliorer la mise en œuvre. Pour des programmes comme le PAPA, en vertu desquels chacune des collectivités assume la responsabilité de l'élaboration d'un programme précis, la participation des collectivités hôtes est essentielle à tous les stades du processus d'évaluation si l'on veut améliorer l'efficacité du programme. Cette démarche produira des résultats positifs, notamment sur le plan de l'état de santé.

Le PAPA fait présentement l'objet de deux types d'évaluation. D'abord, on recueille des informations sur les activités offertes et la participation au programme; en outre, on évalue l'impact du PAPA à l'échelle nationale en essayant de déterminer en quoi le programme modifie le quotidien des enfants, de leurs parents et des collectivités touchées. Santé Canada offre une formation dans les sites locaux afin de permettre aux intervenants concernés de participer aux évaluations et de collaborer avec les collectivités hôtes tout au long du processus d'évaluation.

Bien que les résultats des enquêtes administratives initiales aient déjà été publiés de façon systématique³⁻⁵, l'évaluation se poursuit. La première évaluation nationale de l'impact a été entamée au cours de l'hiver 2002 : on a soumis les outils d'évaluation à un test pilote dans plusieurs sites à l'échelle du Canada. Tous les groupes intéressés au programme — y compris les parents, les promoteurs et les équipes sur le terrain — participent à la conception des outils et des indicateurs nécessaires à l'évaluation, et à la description du processus de réaction à l'évaluation. Le programme est relativement nouveau, et il faudra un certain temps pour en mesurer précisément les retombées. C'est pourquoi l'évaluation exhaustive doit s'effectuer sur plusieurs années.

Il est parfois difficile d'évaluer l'incidence d'un programme comme le PAPA, même si on peut

comprendre, de façon théorique et intuitive, les avantages à long terme de l'éducation préscolaire. La situation est attribuable au fait que, pour mesurer l'efficacité d'un programme comme le PAPA, on doit avoir recours à des outils et à des méthodes élaborées et adaptées à la culture de la population cible, tandis que pour évaluer d'autres programmes comme celui de nutrition prénatale, il suffit d'utiliser les indicateurs réguliers de la santé infantile, tel le poids à la naissance. En outre, les outils d'évaluation doivent refléter la diversité des collectivités du PAPA et des objectifs qu'elles se fixent relativement à leurs programmes.

Malgré les difficultés relevées, les résultats des évaluations du processus et de l'administration effectuées en 1999 et en 2000 donnent à croire que les activités du programme dans les secteurs de la promotion de la santé et de la nutrition ont un effet positif sur les populations cibles (voir l'encadré de la page 19).



Avantages de l'évaluation participative

La participation de la collectivité est une composante importante de tous les stades du PAPA, notamment des évaluations à l'échelle nationale. Les évaluations participatives, scientifiquement valables et culturellement appropriées, tiennent compte de tous les aspects du programme et de la perception holistique du développement de l'enfant. De plus, la formation offerte au personnel du PAPA et aux familles participantes a permis de renforcer la qualité des évaluations, et favorisera aussi, dans l'avenir, une amélioration des programmes et de l'état de santé des collectivités du PAPA. Les évaluations participatives permettront également aux collectivités visées d'accroître leurs moyens d'action dans les champs de compétence pertinents⁶.

Un autre des avantages liés à l'approche participative d'évaluation des programmes du PAPA est l'élaboration d'un mécanisme visant à ce que les indicateurs et les outils de mesure soient établis en fonction des besoins particuliers des collectivités visées. Les participants suggèrent la mise en place d'indicateurs axés sur la culture — p. ex., parents qui défendent la mémoire linguistique autochtone et les collectivités solidaires et coopératives⁷. Maintenant, le défi consiste à mesurer ces concepts avec précision de sorte à fournir des renseignements adéquats aux collectivités.

Le PAPA a également contribué au renforcement des capacités communautaires dans le secteur de l'intégration intersectorielle. Dans le cadre de l'initiative fédérale gérée en fonction des champs de compétence provinciaux et territoriaux de la santé et de l'éducation, les projets du PAPA sont réalisés en collaboration avec d'autres programmes et services offerts dans la collectivité.

Conclusions tirées des évaluations du processus et de l'administration

« Les dossiers familiaux ou le journal de l'enfant ou de sa famille révèlent des changements d'attitude, de comportements et d'apparence physique . . . Les enfants s'habituent à se laver les mains et à se brosser les dents de leur propre chef, ils font plus d'activité physique, prennent de meilleures décisions quant à leur alimentation et évitent d'emprunter les chapeaux ou les vêtements des autres enfants »⁸. [Traduction]

« Le personnel note que les parents semblent mieux connaître les composantes d'un régime alimentaire sain, et que le programme de cuisine collective attire plus de participants . . . De plus, les enfants nous renseignent de leur propre chef sur ce qu'ils mangent à la maison et parlent de façon positive des nouveaux aliments qu'ils découvrent »⁹. [Traduction]

La très grande majorité des sites (90 pour cent) signalent qu'on parle une langue autochtone en classe tous les jours¹¹.

« Les responsables de 23 sites signalent qu'ils portent maintenant une attention particulière à la planification des menus ou qu'ils ont apporté des améliorations importantes à leurs menus. Onze autres sites indiquent qu'ils ont mis en place des repas-partage et des cuisines collectives, et certains arrivent à organiser des ateliers ou à accroître l'engagement des parents relativement à la composante de la nutrition. Deux sites précisent que des changements sont survenus sur le plan de la nutrition grâce au renforcement des partenariats, à l'accroissement des ressources et du personnel et aux changements apportés au programme pour inclure la nutrition. En outre, un site indique qu'il a mis en place un bingo alimentaire »¹⁰. [Traduction]

Ainsi, les participants connaissent mieux l'éventail de services dont ils peuvent se prévaloir — par exemple, quelques sites du PAPA partagent leurs locaux avec des services de garderie autorisés. Cette conjugaison de services devrait également nous permettre de réaliser l'objectif du PAPA qui consiste à jeter les bases du soutien social, facteur déterminant de la santé.

Conclusion

Dans l'ensemble, le processus d'évaluation a reçu un appui enthousiaste de la part des sites participants ainsi que du personnel et des membres des collectivités visées. Par exemple, à l'automne 2002, on n'a pas pu répondre à la demande de tous les sites qui désiraient participer aux évaluations pilotes. De plus, après avoir constaté le succès du PAPA et l'enthousiasme suscité par le programme, on a mis en place une initiative similaire visant les enfants des Premières Nations âgés de 6 ans et moins qui vivent dans les réserves. Lancée en 1998, l'initiative du PAPA dans les réserves est gérée par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, et favorise l'élaboration de projets locaux gérés par les collectivités des Premières Nations. L'initiative compte environ 305 projets conçus et gérés par les collectivités des Premières Nations : environ 7 700 enfants des Premières Nations bénéficient de ce programme¹². À première vue, il semble que la participation de la collectivité constitue aussi un élément

essentiel de l'initiative du PAPA dans les réserves; en outre, l'initiative a mené à l'élaboration d'un nombre accru de programmes complets et intégrés visant les enfants des réserves.

Les évaluateurs du PAPA dans les collectivités urbaines et nordiques conseillent la mise en œuvre généralisée de ce type d'évaluation participative, puisqu'on a prouvé qu'elle peut répondre aux besoins des participants, des bailleurs de fonds fédéraux, des universitaires et des chercheurs, tout en respectant le mode de vie autochtone⁶. Bien qu'on n'ait pas encore réussi à prouver les retombées positives à long terme du PAPA sur la santé de la population, certains détails comme ceux relevés ci-dessus sont autant d'indicateurs précoces qui laissent entrevoir des avantages à moyen terme pour les enfants autochtones. On prévoit que les améliorations qui seront apportées à moyen terme aux comportements sanitaires et alimentaires mèneront à des résultats plus concluants à long terme sur le plan de la santé. D'ici là, il est clair que les membres de la collectivité ont un rôle important à jouer dans l'établissement de leurs propres besoins, l'évaluation de l'efficacité du programme au regard de ces besoins et la mise en œuvre des modifications appropriées. 🍌

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>

Tracey Spack, PhD

Direction des produits de santé naturels, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada, ex-membre de la Direction des politiques, de la planification et de l'analyse stratégiques, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada

Bon nombre de peuples des Premières Nations envisagent la santé du point de vue holistique; dans certaines collectivités, le cercle d'influences médicales revêt d'ailleurs ce caractère. Ce concept est fondé sur la croyance selon laquelle l'harmonie entre les aspects physique, mental, affectif et spirituel d'une personne est gage de bonne santé. Tous ces éléments sont interreliés : s'il existe un déséquilibre ou un problème pour l'un, tous les autres risquent d'être touchés. La philosophie inuite de la santé est également fondée sur l'équilibre des aspects mental, physique et spirituel de l'être. Lorsque l'un de ces éléments est touché, cette approche propose d'orienter les interventions surtout en ce sens¹. On constate de plus en plus que les programmes de soins de santé axés sur la culture peuvent avoir des effets bénéfiques sur la santé des Autochtones.

La culture, un déterminant de la santé

Le rapport Lalonde de 1974² a reconnu officiellement pour la première fois que la santé des Canadiens est déterminée non seulement par les services de santé qu'ils reçoivent, mais aussi par des facteurs génétiques, environnementaux et autres que biologiques. Comme l'importance de facteurs considérés jusque-là comme ne faisant pas partie du programme de santé s'est fait de plus en plus sentir, Santé Canada a adopté un nouveau modèle de santé de la population au milieu des années 1990. Celui-ci est fondé sur 12 déterminants de la santé, dont la culture; d'après les chercheurs, tous ont une influence sur l'état de santé. (Voir la liste de ces déterminants dans l'encadré de la page 21.)

Selon le concept de santé de la population, les 12 déterminants de la santé n'agissent pas isolément. Au contraire, leur interaction complexe influe sur la santé. La culture, par exemple, modifie sensiblement la façon dont les gens interagissent avec le système de soins de santé; elle détermine leur participation aux programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé, l'accès qu'ils pourront avoir aux renseignements sur la santé, les choix qu'ils poseront pour s'assurer un mode de vie sain, leur compréhension de la santé et de la maladie, et ce qui constituera pour eux des priorités dans les domaines de la santé et de la bonne condition physique³.

Quelle importance revêt la culture?

Depuis 20 ans, plusieurs études ont révélé l'importance de la culture pour la santé et les soins de santé des Autochtones. Morse et coll.⁴ sont arrivés à la conclusion selon laquelle les Autochtones du Canada sont souvent insatisfaits du système biomédical moderne; ils lui reprochent d'accorder une importance superficielle à l'approche holistique et de s'attendre à ce que les gens considèrent leurs soins de santé de façon passive, au lieu d'y prendre une part active.

Comme certains professionnels de la santé du domaine biomédical possèdent une connaissance plutôt restreinte des cultures autochtones, il peut toujours leur arriver de ne pas discerner certains problèmes de santé, de poser un mauvais diagnostic et de proposer un traitement inadéquat⁵. Selon une étude, les psychiatres décrivent souvent les enfants autochtones comme étant « passifs, difficiles à évaluer et peu ouverts »; dans cette même étude, on rapporte



aussi que des psychiatres diagnostiquent parfois une psychopathologie, au lieu d'envisager la possibilité que ce comportement soit tout simplement le reflet d'une appartenance à une culture autochtone⁷.

Une autre étude, fondée sur l'analyse comparative de dossiers d'admission, pour des problèmes psychiatriques, d'Autochtones et de non-Autochtones dans un hôpital du Nord-ouest de l'Ontario, révèle que certains Autochtones admis pour toxicomanie auraient été diagnostiqués par erreur comme étant dépressifs⁸.

La médecine autochtone traditionnelle s'est révélée efficace pour traiter de nombreux troubles de santé psychiques et physiques. Par exemple, l'utilisation de la médecine traditionnelle dans le cadre des programmes de désintoxication a permis d'accroître la sobriété, l'emploi, l'éducation et le revenu⁹. De même, les sueries traditionnelles ont donné des résultats notoires dans le traitement de la dépression et la prévention du suicide¹⁰. Une étude effectuée à l'Université de l'Alberta a révélé que les méthodes autochtones traditionnelles étaient aussi efficaces, sinon plus, que celles du domaine biomédical pour soigner le psoriasis¹¹.

Les Autochtones s'expriment

Comme l'illustrent les exemples suivants, les services de santé axés sur la culture sont fortement soutenus par les collectivités et les organisations autochtones :

- Les deux tiers des répondants de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits effectuée en 1997 estiment que la spiritualité, les cérémonies et les pratiques de santé traditionnelles revêtent de plus en plus d'importance au sein des collectivités des Premières Nations et des Inuits¹²;
- Au cours de l'audience de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) de 1996, des témoins ont demandé de faire des recommandations « visant à protéger et à élargir le rôle de la guérison ainsi que les valeurs et les pratiques traditionnelles dans les soins de santé et les services sociaux contemporains »; en outre, ils ont déclaré que « l'intégration des pratiques de guérison et de la spiritualité traditionnelles à même les services sociaux et médicaux, constituait le chaînon manquant grâce auquel les Autochtones accepteraient de se prévaloir de ces services »¹³;

Qu'est-ce qui détermine la santé⁶?

- le revenu et la situation sociale
- les réseaux de soutien social
- l'éducation
- les conditions d'emploi/de travail
- les milieux sociaux
- les milieux physiques
- les pratiques de santé personnelles et les capacités d'adaptation
- le bon développement des enfants
- le bagage biologique et génétique
- les services de santé
- le sexe
- la culture

- Les participants à la tribune autochtone de 2002, qui était coprésidée par la Commission Romanow et l'Organisation nationale de la santé des Autochtones, ont recommandé que les politiques en matière de santé soient adaptées à chaque groupe culturel, et que les pratiques traditionnelles soient reconnues et utilisées à plus grande échelle¹⁴.

Intégration des approches traditionnelles et biomédicales

Selon la CRPA, les guérisseurs autochtones se considèrent comme des spécialistes de la santé; ils travaillent en collaboration avec le système biomédical en aiguillant leurs clients dans ce domaine et en les aidant à bien suivre leur traitement. Les ouvrages portant sur la question montrent que ce modèle est le plus susceptible de produire un système de santé qui donne de bons résultats¹⁵⁻¹⁷.

Jusqu'à ce jour, l'intégration des approches traditionnelles et biomédicales utilisées pour offrir des programmes et services de santé s'est effectuée dans quelques régions à l'intérieur des systèmes de soins de santé fédéral, provinciaux et territoriaux. Le programme des services de santé non assurés de Santé Canada fournit le transport, les repas et l'hébergement aux clients admissibles qui doivent se déplacer pour consulter un guérisseur traditionnel. De plus, l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones encourage les collectivités à offrir des programmes et des services qui tiennent compte des croyances et pratiques traditionnelles; elle permet aussi de garantir que les Autochtones participent à toutes les étapes de l'élaboration, de l'application et de l'exécution des programmes.

En 1991, le ministère de la Santé de l'Ontario a approuvé des lignes directrices stratégiques portant sur la diversité culturelle dont doivent être prises en compte dans l'élaboration des programmes et services de santé¹⁸. Les sages-femmes et les guérisseurs autochtones des réserves de l'Ontario ne sont pas liés par les règlements établis relativement aux professions du domaine de la santé. De même, l'accord de transfert conclu avec le Yukon comporte un programme de médecine traditionnelle et de diététique dispensé à l'Hôpital général de Whitehorse.

Outre ces politiques gouvernementales destinées à favoriser l'intégration, les collectivités ont aussi pris des mesures pour intégrer les approches traditionnelles et biomédicales. Deux bons exemples de réussite dans ce domaine sont le programme destiné aux sages-femmes inuites offert à Puvirnituk et le projet de prévention du diabète conduit dans les écoles de Kahnawake.

Programme destiné aux sages-femmes inuites

Dans les années 1970, le gouvernement fédéral estimait que toutes les parturientes des Premières Nations et des Inuits devaient accoucher à l'hôpital. Cette approche laissait peu de place aux pratiques des sages-femmes inuites traditionnelles et à leur transmission ce qui obligeait les femmes enceintes à passer beaucoup de temps loin de chez elles. Pour régler ce problème, les Inuits de Puvirnituk, dans le Nord du Québec, ont aidé les fournisseurs de soins de santé à établir, en 1986, l'Inuulitsivik Maternity Centre. Ce centre de maternité montre bien que les approches inuites traditionnelles dans le domaine de la santé peuvent être intégrées sans problème à l'ensemble du système médical. En raison du succès qu'a connu ce projet, d'autres collectivités inuites ont ouvert leur propre centre de maternité ou prévoient le faire bientôt.

Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake

En 1994, l'augmentation inquiétante de l'obésité chez les enfants ainsi que la tradition mohawk qui consiste à penser au bien-être des générations futures sont autant de facteurs qui ont incité les promoteurs gouvernementaux, les chercheurs et les membres de la collectivité de Kahnawake à élaborer ensemble un programme de prévention du diabète de type 2. Ce projet, qui vise à accroître l'activité physique et à favoriser des habitudes alimentaires plus saines, allie efficacement un style d'apprentissage axé sur la culture à un modèle de planification de la promotion de la santé¹⁹.

La phase préliminaire du programme, qui était financée par l'ancien Programme national de recherche et de développement en matière de santé de Santé Canada (PNRDS), n'a pas duré assez longtemps pour permettre de voir si l'incidence du diabète de type 2 avait diminué. Les responsables de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones de Santé Canada travaillent actuellement de concert avec un certain nombre de fondations privées afin d'obtenir une aide financière pour cette

initiative et mener une évaluation plus approfondie du programme et de ses résultats sur la santé.

Relever les défis

Bon nombre de guérisseurs traditionnels ne veulent pas que leurs pratiques et services soient régis de façon officielle¹³, car ils croient que le caractère légitime de leur système et de leur rôle de praticien traditionnel en souffrirait. En outre, cela reviendrait à dire que la valeur médicale d'un système traditionnel peut en quelque sorte être séparé de sa valeur culturelle.

Certains chercheurs en sont venus à la conclusion que les guérisseurs traditionnels devraient vérifier dans quelle mesure leurs interventions sont efficaces en fonction de normes biomédicales²⁰. Cette opinion n'est toutefois pas partagée par certains praticiens traditionnels, pour qui l'efficacité des interventions est une évidence qui découle de centaines voire de milliers d'années d'expérience transmises de génération en génération.

Que fait Santé Canada?

L'une des activités du ministère porte sur les produits de santé naturels. En avril 2002, la Direction générale des produits de santé naturels (DPSN) parrainait une table ronde autochtone

pour discuter de la réglementation des produits de santé naturels, y compris les médecines autochtones traditionnelles. Conformément aux recommandations du Comité permanent du Parlement sur la santé²¹, les professionnels de la santé (par exemple, les guérisseurs autochtones, les pharmaciens, les experts en médecine chinoise traditionnelle, etc.) qui mélangent des produits à la demande d'un patient ne sont pas visés par les règlements envisagés puisqu'ils sont exclus de la définition de « manufacturier » adoptée par la DPSN. La Direction s'affaire également à rédiger des lignes directrices quant aux normes relatives aux éléments probants sur la sécurité et l'efficacité des produits qui s'appliqueront davantage aux produits de santé naturels. Le niveau de données nécessaires variera selon l'allusion à la santé et d'autres facteurs mais tiendra compte des références traditionnelles et de l'historique d'usage, des opinions de comités et d'experts, ainsi que des études sur les échantillons aléatoires et contrôlés, au besoin²². 🍀

« Au début, nos femmes posaient des questions aux *galunaats* (les blancs), pas à nous. Maintenant, elles se fient sur nos conseils. Notre estime de soi, à titre non seulement personnel mais aussi collectif, s'en trouve ainsi restauré. Nous faisons de nouveau confiance à notre peuple. Nous prenons bien soin de nos femmes et de leur famille, dans le respect de nos valeurs culturelles et dans le cadre du système de soins de santé provincial . . . »

Sages-femmes inuites



Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>

Les femmes autochtones et les collectivités saines

Bureau pour la santé des femmes, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada*

Tantôt mères ou pourvoyeuses de soins, tantôt professionnelles de la santé ou chercheuses dans ce domaine, les femmes autochtones jouent une myriade de rôles au sein de leurs collectivités. Quelque soit leur secteur d'engagement, elles exercent par leur participation et leur collaboration une influence certaine dans la prestation des soins de santé et l'élaboration de priorités dans le domaine de la recherche, des politiques et des programmes inhérents. Certes, l'évaluation des répercussions à long terme des initiatives déployées prendra plusieurs années. Mais il est clair que la contribution des femmes autochtones à la santé de leurs collectivités est de plus en plus considérée comme vitale.



Une diversité de rôles

Par l'entremise de leur travail visant la prestation et l'administration de soins de santé, la promotion de la santé et l'éducation dans ce domaine, les femmes autochtones jouent divers rôles essentiels au sein de leur collectivité. Elles occupent des postes d'infirmières, de guérisseuses traditionnelles, de sages-femmes, de nutritionnistes, de médecins, de conseillères et de praticiennes de médecine douce; ces rôles revêtent une importance particulière vu la pénurie importante de fournisseurs de soins de santé qui prévaut dans la plupart des collectivités autochtones¹. Par exemple, les femmes des Premières Nations et des Inuites comptent pour 95 pour cent du nombre total de représentants en santé communautaire (RSC) au Canada, évalué à 1 600².

En outre, les femmes autochtones exercent une influence sur la santé de leur collectivité en raison du rôle social qu'elles y jouent à titre, par exemple, de mères et d'ainées communautaires, entre autres. Elles prennent soin des besoins alimentaires et vestimentaires de leurs enfants et d'autres membres de la collectivité — souvent avec des moyens limités — et doivent composer avec des taux élevés de blessures, de maladies chroniques et de toxicomanie qui touchent de nombreuses collectivités. Les femmes autochtones peuvent assumer ce rôle de protectrice pendant presque toute leur vie, puisque ces mères ont souvent commencé très jeunes à avoir des enfants, qu'elles en ont deux fois plus que les non Autochtones et qu'elles ont une meilleure espérance de vie que leurs compatriotes de l'autre sexe^{3,4}.

Des femmes, des familles et des collectivités en santé

Même si les femmes autochtones jouent un rôle essentiel sur le plan de la santé de leur collectivité, et ce souvent en dépit de mauvaises conditions sociales et économiques, leur propre état de santé est moindre que celui des femmes de la population canadienne en général^{5,6} (voir l'article de la page 6). De plus, au moins les trois quarts des femmes autochtones du Canada ont déjà été victimes de violence familiale, ce qui les a profondément marquées, ainsi que leurs enfants par ailleurs, sur les plans physique et affectif^{7,8}.

En vue de régler ces problèmes, les femmes autochtones ont commencé à élaborer une approche holistique de santé. Elles estiment que leur santé propre est intimement liée à celle de leur famille et de leur collectivité; et que des familles fortes, des structures de soutien,

des foyers et des collectivités sécurisées ainsi que le développement sain de l'enfant sont autant de facteurs qui contribuent à une meilleure santé⁹.

Catalyseurs de changement

Depuis les années 1970, des organismes comme l'Association des femmes autochtones du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, la Pauktuutit Inuit Women's Organization (Association des femmes inuites du Canada) et Femmes autochtones du Québec jouent un rôle important de catalyseurs du changement. Malgré des ressources limitées et leur exclusion fréquente, à tous les niveaux, du processus décisionnel, ces organismes ont dirigé ou entrepris des recherches sur les besoins des femmes et des enfants autochtones en matière de santé; ils ont aussi déterminé dans quelle mesure les politiques, les programmes et les services comportent des lacunes dans

ce domaine et élaboré des stratégies et des modèles visant à les combler¹⁰.

Ces stratégies sont fondées sur les connaissances traditionnelles et les pratiques de guérison selon lesquelles la bonne santé résulte d'un juste équilibre entre les composantes physique, affective, spirituelle et mentale d'une personne. Elles favorisent le respect de soi et des autres, l'harmonie entre les individus et leur milieu ainsi que la participation et la prise en mains par les collectivités de leurs champs de responsabilités propres. Ces stratégies reconnaissent de surcroît que les femmes et les hommes envisagent la guérison et le bien-être différemment sur le plan des besoins et des approches^{11,12}. Ces approches sont appliquées actuellement à une vaste gamme de questions liées à la santé, y compris celles touchant le traitement et la prévention du diabète, la santé de la mère et de son enfant, les toxicomanies, ainsi que le sida et le VIH^{13,14}.

Sheway — Sensibilisation des femmes enceintes et des mères à risque élevé

Sheway est un organisme qui fournit aux femmes et à leur famille des soins médicaux et des services infirmiers prénatals et postnatals, un soutien nutritionnel, du counselling sur la toxicomanie, un processus d'intervention d'urgence ainsi que des services juridiques inhérents à la garde des enfants et à d'autres questions (voir la figure 1), et ce, dans une optique qui respecte la culture, l'histoire et les traditions autochtones. Situé dans l'est du centre-ville de Vancouver, un des secteurs les plus pauvres du Canada où le taux de criminalité est élevé et l'industrie de la drogue et du sexe très active, cet organisme est administré par un conseil composé de représentants d'organismes autochtones et autres et de divers ordres de gouvernement.

Grâce au financement du Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada, le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique a évalué les résultats obtenus par Sheway sur une période de trois ans¹⁵. Au nombre des conclusions tirées, mentionnons les suivantes :



- au total, 30 pour cent des femmes n'étaient pas suivies sur les plans médical ou prénatal au moment de leur adhésion au programme; au moment de leur accouchement, 91 pour cent d'entre elles étaient suivies par un médecin ou une sage-femme;
- au moment d'adhérer au programme, 79 pour cent des femmes s'inquiétaient de leur nutrition¹⁶; seulement 4 pour cent d'entre elles s'en souciaient toujours six mois après avoir accouché; et
- la plupart (86 pour cent) des femmes qui ont accouché après avoir utilisé les services de Sheway ont eu un bébé qui pesait plus de 2 500 grammes, ce poids étant comparable à celui de bébés des autres régions de la ville où le taux de pauvreté est moins élevé.

Il est encore trop tôt pour déterminer dans quelle mesure ce projet permettra de réduire à long terme la toxicomanie chez les femmes.

Toutefois, Sheway a réussi à fournir des soins spécialisés tout en appliquant une philosophie de services qui tient compte de la culture des femmes, est adaptée à leurs besoins et leur permet de s'épanouir.

Pour atteindre leurs objectifs, les femmes autochtones ont ouvert le dialogue et trouvé de nouveaux moyens de collaborer avec de nombreux secteurs, dont le gouvernement, les associations professionnelles, les organismes de services, les chercheurs universitaires et diverses organisations non gouvernementales. Parmi ces partenariats, on compte ceux qui suivent :

Collaboration à propos de la formation et des pratiques exemplaires

- L'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC) a collaboré avec la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada et les représentants des Premières Nations pour palier la pénurie actuelle et future d'infirmières dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits. Dans le cadre d'une étude financée par Santé Canada et effectuée en 2000,

l'AIIAC a mené une enquête auprès des infirmières affectées à des collectivités éloignées des Premières Nations[†]; on a pu ainsi obtenir des renseignements pouvant permettre de déterminer dans quelle mesure les liens que les infirmières entretiennent avec leur collectivité sont essentiels pour leur permettre de conserver leur emploi¹⁷. Ces recherches représentaient l'assise des initiatives déployées pour permettre l'élaboration de stratégies visant à accroître l'inscription d'étudiants autochtones à des programmes de sciences infirmières, par exemple; ces stratégies devaient aussi donner lieu à l'analyse des modèles de pratiques

† Dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations et des Inuits du Nord, les infirmières sont embauchées par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, par Santé Canada ou par les représentants des Premières Nations. Celles-ci constituent le groupe le plus important de fournisseurs de soins de santé professionnels de ces collectivités. Les infirmières non autochtones représentent la majorité au sein de ces collectivités.

Figure 1 : Sheway – Approches et services

Les approches et services de Sheway souscrivent au principe selon lequel la santé des femmes et de leurs enfants est liée à leurs conditions de vie et à leur capacité de les modifier.



Information utilisée avec la permission de Sheway, Vancouver (Colombie-Britannique), 2000.

exemplaires utilisés par les collectivités des Premières Nations et des Inuits pour recruter des infirmières et les maintenir en poste.

- Les femmes autochtones médecins, infirmières ou sages-femmes, ou qui fournissent d'autres soins de santé jouent un rôle clé dans l'élaboration de lignes directrices s'appliquant aux pratiques des professionnels de la santé œuvrant auprès des peuples autochtones¹⁸. Les femmes autochtones travaillent également de concert avec des associations professionnelles et des gouvernements en vue d'offrir des services de maternité accrus, incluant la formation des sages-femmes. Cette initiative vise à mettre un terme à une vieille pratique voulant que les femmes des Premières Nations et les Inuites des collectivités éloignées aillent accoucher dans les grands centres urbains^{19,20}. Des recherches entreprises à l'échelle internationale et l'expérience communautaire acquise au Canada, comme à l'Inuulitsivik Maternity Centre par exemple, ont révélé que les initiatives sanitaires et sociales fondées sur la participation des femmes autochtones de la localité entraînent une plus grande participation aux programmes de santé, ce qui contribue à améliorer la santé des mères et des nouveau-nés et augmente la viabilité des services offerts²¹⁻²⁴.

Collaboration aux recherches sur la santé des femmes autochtones

Les femmes autochtones participent de plus en plus à des projets conjoints de recherche communautaires ou universitaires, qui prennent largement en compte la sensibilité culturelle et la responsabilisation des collectivités autochtones. C'est d'ailleurs ce qui ressort d'une synthèse de plus de 30 initiatives de recherche déployées relativement à des questions et à des politiques touchant la santé des femmes autochtones, financées par le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada par l'entremise des Centres d'excellence pour la santé des femmes²⁵. Cet examen a montré à quel point il importe d'effectuer de nouvelles recherches qui tiennent compte des différences entre les femmes des Premières Nations, les Métisses et les Inuites; en effet, c'est ainsi qu'on pourra établir des indicateurs précis de la santé des femmes autochtones et déterminer alors quelle importance il



Certaines femmes autochtones ont désigné l'attitude positive, le pragmatisme et la résilience comme les principaux points forts des initiatives de santé communautaire. D'autres femmes reconnaissent la portée et l'importance des contributions féminines à la santé de leur collectivité.

faudra accorder aux recherches, aux politiques et aux programmes sur la santé à l'avenir. En outre, l'examen a permis de constater que les recherches visent de plus en plus à documenter et à comprendre les comportements axés sur la santé, qui varient très souvent en fonction du sexe d'une personne²⁶.

Pour des collectivités en meilleure santé

Comme bon nombre de ces initiatives conjointes sont relativement récentes, nous ne pouvons pas encore évaluer leurs répercussions à long terme sur la santé. Néanmoins, les femmes autochtones aident à renforcer les capacités des collectivités à se maintenir en bonne santé. À titre de clientes, de membres des conseils communautaires, de bénévoles et de fournisseurs de soins de santé, elles s'assurent que les établissements de soins de santé sont adaptés à leur culture; en outre, elles formulent et appliquent des politiques, des programmes et d'autres services en matière de santé qui répondent bien aux besoins locaux. Ces femmes acquièrent de nouvelles compétences en leadership, en

développement communautaire et en recherche.

Certaines femmes autochtones ont désigné l'attitude positive, le pragmatisme et la résilience comme les principaux points forts des initiatives de santé communautaire. D'autres femmes reconnaissent la portée et l'importance des contributions féminines à la santé de leur collectivité. On ne pourra améliorer la santé de tous les Autochtones sans reconnaître ou soutenir largement l'apport des femmes autochtones dans ce domaine. 🌟

**Sari Tudiver a coordonné la rédaction du présent article, en collaboration avec Virginia Adamson et Cathy Winters du Bureau pour la santé des femmes, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada. Un merci particulier à Madeleine Dion Stout, chercheuse et experte-conseil, pour sa gracieuse participation et ses avis éclairés qui ont facilité l'élaboration de l'article.*

Il importe également de remercier les personnes suivantes pour leur expertise et pour la précieuse information qu'elles ont accepté de transmettre : Kerry Bebee et Carole Couchie, Sages-femmes autochtones du Canada; Judi Jacobs, National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization; Monica Stokl, gestionnaire de programme, Sheway; Nancy Poole; Dawn Smith; Marsha Forrest et Kathleen MacMillan, Sharon Stanton et Ray Amiro, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada.

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>



Qui fait quoi?

Qui fait quoi? est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé, qui porte sur les principaux intervenants engagés dans la mise en œuvre de recherches stratégiques liées au secteur étudié. Dans le présent numéro, on décrit quelques initiatives déployées par une panoplie d'organisations et de gouvernements en vue d'améliorer l'état de santé des Autochtones.

Tiffany Thornton, Direction de la recherche et de l'analyse appliquée, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada, auparavant avec la Direction des politiques, de la planification et de l'analyse stratégiques, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada

Fondation autochtone de guérison (FAG)

La FAG finance des recherches stratégiques visant à permettre l'élaboration, la mise en œuvre ou l'évaluation de projets communautaires portant sur les services de guérison. Rédigé en 2001, le premier rapport provisoire d'évaluation de la Fondation repose sur l'analyse de 344 projets financés en 1999, ainsi que sur l'examen approfondi d'un échantillon de 36 dossiers de projet. Les conclusions tirées montrent que 59 224 personnes ont participé à des activités de guérison et que 1 686 collectivités ont bénéficié de projets financés par cette fondation. Les résultats présentés dans le deuxième rapport provisoire, qui a été rédigé en 2002, révèlent que ces projets donnent d'assez bons résultats. Toutefois, nous devons encore élaborer des services familiaux supplémentaires et de nouvelles stratégies de guérison à l'intention des hommes et des jeunes. On publiera en 2005 un rapport final d'évaluation des répercussions de ce projet (voir le site suivant : <http://www.ahf.ca>).



L'avenir des enfants et des jeunes de l'Arctique (AEJA)

Déployée par le Conseil de l'Arctique, cette initiative vise à permettre une meilleure compréhension du développement durable, à améliorer la santé et le bien-être des enfants et des jeunes de l'Arctique, ainsi qu'à favoriser l'établissement d'un bon processus décisionnel. Les activités actuelles portent sur trois composantes de cette initiative — la santé, les stages et l'établissement de réseaux — et comportent la collecte et l'analyse de

données relatives à 16 indicateurs clés de huit pays circompolaires; parmi les autres activités effectuées, mentionnons l'identification de modèles de pratiques exemplaires dans les domaines de la santé de la mère et de son nouveau-né, de la santé psychosociale et du suicide, des maladies respiratoires et d'autres maladies transmissibles, ainsi que de l'alcoolisme et de la toxicomanie (voir le site suivant : <http://www.arctic-council.org> ou communiquer par courriel avec judith_stanway@hc-sc.gc.ca).

Dialogue parrainé par l'ISPC

La santé des peuples autochtones est une priorité en vertu de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC). De novembre 2002 à 2003, l'organisation réunira les dirigeants touchés par les questions relatives à la santé de la population des Premières Nations, des Métis et des Inuits, au cours d'une série de séances de remue-méninges visant à explorer les déterminants sociaux de la santé, notamment à l'échelle communautaire, ainsi qu'à cerner les approches stratégiques pouvant permettre de réduire les écarts sur le plan de la santé. L'objectif de cette initiative est d'encourager le dialogue et de promouvoir une approche interactive visant à déterminer dans quels domaines il faudra effectuer à l'avenir des recherches et formuler des politiques (voir le site suivant : <http://www.cihi.ca>).

La télésanté pour les membres des Premières Nations et les Inuits

La télésanté consiste à faire usage des données et des technologies de communication pour améliorer l'accès aux soins de santé, assurer le soutien, l'efficacité et l'efficacé en la matière ainsi que favoriser l'éducation et la diffusion de renseignements inhérents. Ce service permet aux collectivités des Premières Nations et des Inuits d'obtenir plus facilement des conseils d'experts dans le domaine médical, de nouer des liens avec des professionnels de la santé et d'échanger davantage de renseignements sur la santé. Les résultats d'un projet national de recherche sur la télésanté à l'intention des Premières Nations récemment terminé (2001), serviront à cerner les facteurs susceptibles de garantir le succès des initiatives qui seront déployées à l'avenir dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits (voir le site suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/spsp/telesante/publications/rapport_final.htm). ▶

Développement de la petite enfance chez les Inuits

En 2001, l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) a entrepris de participer à un groupe de travail sur l'IECD, le développement de la petite enfance chez les Inuits, qui était chargé d'évaluer les programmes et enjeux touchant ce domaine. Fruit de ces efforts, le rapport intitulé *Inuit Early Childhood Development Issues: A Discussion Paper* utilise les données recueillies auprès d'enseignants, de parents et de travailleurs sociaux et communautaires de six régions inuites du Nord pour déterminer les avantages des programmes de l'IECD, par exemple, les services de garde de jour et le programme d'aide préscolaire aux Autochtones; ces renseignements ont également permis de souligner l'importance des questions relatives au développement des jeunes inuits (accessibles sur le site suivant : <http://www.itk.ca>).



Planification des services infirmiers

En 2002, le Bureau des services infirmiers (BSI) de Santé Canada a commandé une enquête nationale qui visait toutes les infirmières autorisées de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada. Les résultats de cette enquête aideront le BSI à répondre aux besoins en ressources humaines dans ce secteur au Canada pour les cinq prochaines années, notamment en ce qui concerne : les données de base nationales et régionales sur la main-d'œuvre infirmière actuelle, y compris des renseignements sur les populations, l'emploi et l'éducation; les changements de personnel prévus pour les cinq prochaines années; et la mesure dans laquelle les employées sont satisfaites de leur milieu de travail et arrivent à bien concilier travail et vie personnelle. Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez consulter le site suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/bsi.htm> ou communiquer par courriel avec Sharon_Stanton@hc-sc.gc.ca

Études d'AINC sur les tendances démographiques et les tendances des services

Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) achève actuellement une étude, intitulée « Conséquences possibles de l'évolution démographique des Premières Nations », qui vise à établir des projections démographiques et les tendances d'utilisation en ce qui a trait

aux services offerts par les programmes et aux coûts qui s'y rattachent. Cette étude présentera également des modèles de dépenses liées aux soins dentaires, aux services de santé non assurés, à l'éducation, au logement, à l'emploi et aux services correctionnels (voir le site suivant : http://www.ainc-inac-gc.ca/pr/ra/index_f.html ou communiquer par courriel avec beavond@inac.gc.ca).

Recherches sur la santé sexuelle et génésique

Depuis 1998, le projet de Santé Canada qui traite de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada nous a permis de recueillir des données sur l'incidence et les comportements à risque de ces jeunes dans diverses villes canadiennes (environ 30 pour cent de ceux-ci se sont déclarés Autochtones en 1999). Le Ministère recueille également des données sur la prévalence des maladies transmissibles sexuellement (MTS) dans un certain nombre de collectivités autochtones. Les autres données tirées de ces projets serviront à la planification et à l'exécution de nouveaux programmes, ainsi qu'à justifier l'utilisation de ressources et à favoriser l'amélioration et le soutien d'initiatives communautaires sur la santé sexuelle et génésique. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec Susanne Shields (Surveillance accrue) au (613) 946-8637 et Maureen Perrin (Surveillance des MTS) au (613) 946-4827.

Projet de cohésion sociale

Les chercheurs de l'Université de Western Ontario ont récemment entrepris de collaborer avec Affaires indiennes et du Nord Canada à un projet quinquennal portant sur la cohésion sociale des collectivités des Premières Nations. Financé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, ce projet portera sur le capital social, la cohésion sociale et la situation démographique des collectivités des Premières Nations. On pourra aussi établir de la sorte une très bonne base de données de recherche sur ces collectivités et former une nouvelle génération de chercheurs parmi les membres des Premières Nations et des non-Autochtones (voir le site suivant : <http://www.ssc.uwo.ca/sociology/firstnations/research.html>).

Des statistiques sur la santé des Premières Nations

La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada publiera sous peu un *Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada*. Ce rapport trace un tableau général de l'état et des conditions de santé ayant une incidence sur la qualité



L'utilisation des DONNÉES relatives à la santé au Canada

L'utilisation des données relatives à la santé au Canada est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé, dans laquelle on décrit les méthodes utilisées pour analyser et colliger les données sur la santé. Dans le présent numéro, nous examinons la technique qui consiste à regrouper des dossiers.

Le couplage des dossiers

Adam Probert, Direction des politiques, de la planification et de l'analyse stratégiques, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada

Les provinces et territoires possèdent un certain nombre de bases de données administratives sur les naissances, les décès et les hospitalisations. Utilisées en général pour la surveillance des maladies, l'évaluation des risques ainsi que la planification des services de santé et l'établissement des priorités, ces données peuvent également être couplées avec celles d'enquêtes sur la santé de la population, les chercheurs pouvant ainsi en évaluer l'état de santé d'un point de vue longitudinal. Ce couplage des dossiers est particulièrement utile dans le cas des membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves, car il est souvent difficile d'obtenir des renseignements précis sur leur santé.

Problèmes d'accès à l'information sur la santé des membres des Premières Nations

Pour diverses raisons, il est plus difficile d'obtenir des renseignements sur la santé des membres des Premières Nations que sur celle des autres Canadiens :

- La plupart des dossiers de santé n'identifient pas les patients selon leur origine ethnique; les données globales peuvent comprendre des renseignements sur les membres des Premières Nations, mais il peut être difficile de les séparer.
- Les services et les données qui concernent la santé des peuples des Premières Nations sont répartis entre le gouvernement fédéral (Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), Santé Canada), les gouvernements provinciaux et territoriaux, et les collectivités auxquelles le gouvernement fédéral a transféré la responsabilité des programmes et services de santé.
- Chaque administration a recours à différentes méthodes pour identifier les membres des Premières Nations, même lorsque l'identification est possible. Par conséquent, on peut difficilement établir des comparaisons entre les provinces et les territoires.

- Même dans les bases de données où l'origine ethnique des patients est précisée, ceux-ci ne fournissent pas toujours de l'information à ce sujet. Par exemple, seulement 84 pour cent des rapports des cas de sida et 25 pour cent des dossiers d'examen du VIH précisent l'origine ethnique des patients¹.

Comment fonctionne le couplage des dossiers?

Grâce au **couplage des dossiers**, les chercheurs peuvent surmonter ces problèmes. Ce processus permet de combiner deux ou plusieurs dossiers tirés d'une diversité de bases de données ou de fichiers pour produire un nouveau dossier. Pour y arriver, on s'efforce d'effectuer la concordance entre certains renseignements personnels comme le nom, la date de naissance et/ou le numéro d'assurance sociale. Ce processus consiste à comparer par ordinateur des fichiers qui contiennent de l'information au sujet de milliers, voire de millions de gens. On obtient ainsi une liste de « concordances exactes », où les variables sont toutes identiques, et de « concordances probables », où la correspondance est moins certaine.

Dans l'exemple présenté plus loin (voir la figure 1), le fichier A représente le Registre des Indiens, dans lequel Affaires indiennes et du Nord Canada tient à jour la liste des Indiens inscrits qui jouissent de certains avantages. Le fichier B représente la base de données canadienne sur la mortalité, répertoire de tous les décès survenus au Canada depuis 1950. Ces deux fichiers contiennent plus de variables que celles présentées ici. Toutefois, seules quelques variables communes aux deux, par exemple le nom, la date de naissance (DDN) et le sexe, sont requises pour coupler les dossiers.

Dans la figure 1, on a utilisé des noms et des renseignements personnels fictifs pour illustrer le fonctionnement du couplage des dossiers. Par exemple, la concordance la plus probable pour « Raymond Whiteduck » du fichier A est « R. Whiteduck » du fichier B. Il existe d'autres concordances possibles, mais la date de naissance ou la façon d'épeler le nom est différente. Même si on peut utiliser d'autres moyens pour tenir compte de ces différences, « Raymond White Duck » du fichier B est environ 50 ans plus jeune que « Raymond Whiteduck » du fichier A; par conséquent, il n'y a probablement pas de concordance.

Il n'existe aucune concordance dans le fichier B pour le deuxième exemple, « John Fox ». Même si on a trouvé un homme ayant la même DDN, son nom est tout à fait différent. Dans le troisième exemple, « William Bearhead » est probablement le même que « Bill Bearhead », « Bill »

étant un surnom de William. Le manque de concordance dans la DDN pourrait s'expliquer par une erreur de transcription, les champs du mois et du jour ayant été inversés dans l'une ou l'autre des bases de données.

Le couplage des dossiers en pratique

Au Manitoba, un comité multisectoriel a récemment mené une étude fondée sur le couplage des dossiers, afin d'examiner les données sur l'état de santé et l'utilisation de services liés aux soins préventifs, à l'hospitalisation et aux consultations médicales². Ce projet a permis de relier le Système de vérification de statut (fichier généré par la DGSPNI à partir du Registre des Indiens) aux fichiers, entre autres, de morbidité, de mortalité et d'actes chirurgicaux du Manitoba Hospital. Grâce au couplage des dossiers, les chercheurs ont pu obtenir le même genre de données sur l'état de santé et l'utilisation des soins de santé pour les membres des Premières Nations que pour les autres résidents de la province. Les chercheurs et les décideurs espèrent que de plus en plus de renseignements de ce genre seront accessibles et que ce modèle de couplage des dossiers servira dans d'autres provinces, voire à l'échelle

nationale. Il n'existe actuellement aucune liste détaillée des populations métis ou inuites. Toutefois, dès qu'elle sera dressée, nous pourrions procéder de la même façon pour coupler leur dossier médical.

Quelles sont les préoccupations?

Comme il faut obtenir des informations détaillées pour coupler des dossiers, on doit se préoccuper de la protection de la vie privée et du caractère confidentiel des renseignements personnels. Il faut aussi se pencher sur l'accès et la propriété des données, ainsi que le contrôle et la possession des données; on doit en outre obtenir le consentement requis pour coupler des dossiers et préserver la sécurité des données couplées. Le couplage effectué au Manitoba s'est bien déroulé, en partie parce que les membres de l'Assemblée des chefs du Manitoba faisaient partie de l'équipe qui a procédé à cette enquête. Les répondants de l'Enquête nationale sur la santé de la population et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pouvaient préciser s'ils acceptent ou non que leurs dossiers soient éventuellement regroupés par Statistique Canada. Fait intéressant : ils étaient très souvent d'accord.

Suite à la page 35 ►

Figure 1 : Exemple simplifié du couplage des dossiers

Fichier A Registre des Indiens			Fichier B Base de données canadienne sur la mortalité		
Nom*	DDN*	Sexe*	Nom*	DDN*	Sexe*
Raymond Whiteduck	09-15-42	M	R. Whiteduck	09-15-42	M
			Ray Whiteduck	12-03-71	M
			Raymond White Duck	03-14-92	M
John Fox	05-28-68	M	Bob Okimaw	05-28-68	M
			Jennifer Fox	11-11-24	F
Bill Bearhead	02-06-54	M	Peter Bearhead	10-05-62	M
			William Bearhead	06-02-54	M

*Remarque : Tous les noms et renseignements personnels sont fictifs.



Le saviez-vous? est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé, dans laquelle on décrit divers aspects des recherches et données sur la santé susceptibles d'engendrer des idées fausses. Dans le présent numéro, nous examinons les diverses manières par lesquelles le biais peut influencer sur les résultats de recherche

Comment et pourquoi doit-on déterminer l'existence d'un biais en recherche?

Bernard Choi, PhD, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada; professeur agrégé, Sciences de la santé publique, Université de Toronto, professeur associé, Épidémiologie et médecine communautaire, Université d'Ottawa

En épidémiologie, on définit le biais comme une déviation des résultats par rapport à la réalité¹. Par exemple, si 30 personnes assistent à une réunion mais que vous en comptez seulement 20, vous devez sans aucun doute vous tromper dans votre compte. Votre biais (déviation) se calcule comme suit : $20 - 30 = -10$. En pratique, le biais en recherches sur les politiques en matière de santé peut compromettre la validité des données probantes utilisées pour l'élaboration des politiques.

L'erreur aléatoire et l'erreur systématique

L'erreur aléatoire (ou « le bruit ») n'est pas considérée comme un biais. Dans l'exemple ci-dessus, si vous comptez 20 personnes la première fois, 40 la deuxième, 35 la troisième, et 25 la quatrième, il s'agit d'erreurs aléatoires. Si vous faites la moyenne des quatre résultats, vous obtenez 30 participants, ce qui est exact. Par contre, le biais est une **erreur systématique**. Si vous sous-estimez ou surestimez constamment le nombre (p. ex., si vous comptez 20, 19, 21 ou 20 participants), vos résultats sont biaisés. On accroît la taille de l'échantillon pour réduire les erreurs aléatoires, mais cela ne change rien au biais. Par conséquent, même si vous comptez cent fois, vous obtiendrez toujours une estimation biaisée si vous faites des erreurs systématiques. Il existe de nombreuses sources de biais possibles, par exemple le biais de sélection, le biais d'information et le biais confusionnel². Chacun est décrit brièvement ci-dessous.

Biais de sélection

Le biais de sélection se présente pendant l'étape d'élaboration d'une étude, par exemple, lorsque des sujets qui devraient faire partie de l'étude n'y sont pas inclus². Dans l'exemple ci-dessus, il est possible qu'on compte constamment moins de participants parce que 10 d'entre eux sont assis dans un coin caché de la salle.

Le **biais de Berkson**, ou **biais des admissions à l'hôpital**, touche les études épidémiologiques où les sujets sont tous des patients hospitalisés. Par exemple, on ne pourrait pas appliquer les résultats obtenus auprès de patients hospitalisés diabétiques à toutes les personnes atteintes du diabète, car les patients hospitalisés sont probablement davantage atteints que les diabétiques qui n'ont pas été hospitalisés. Le **biais de Neyman**, ou **biais de survie sélectif**, provient du fait qu'on exclut les personnes décédées avant le début de l'étude, parce que l'exposition à la maladie étudiée accroît le risque de décès. Si on utilise différentes stratégies pour envoyer un questionnaire, on peut engendrer un **biais dans le taux**

de réponse. Par exemple, on a constaté que si on appose de gros timbres commémoratifs sur les enveloppes de retour au lieu des affranchissements d'affaire conventionnels, le taux de réponse des infirmières est plus élevé³.

L'état de santé lui-même peut provoquer un biais de sélection, comme dans l'**effet du travailleur en bonne santé**⁴⁻⁶. Comme les travailleurs sont en meilleure santé que la population en général (qui comprend aussi les malades, les personnes handicapées et les aînés), ils présentent souvent des taux de maladie et de mortalité plus faibles. Lorsque la santé d'un groupe professionnel est comparée à celle de la population en général, ce biais empêche les chercheurs de bien

détecter les petits risques pour la santé liés au travail.

Le **biais du bilan diagnostique** se produit lorsqu'un fournisseur de soins de santé recommande un examen diagnostique poussé pour les patients qui ont obtenu des résultats positifs à un examen diagnostique ou de dépistage, alors que ceux dont les résultats sont négatifs n'ont pas à suivre la même procédure⁷. Par conséquent, les malades qui obtiennent des résultats négatifs à l'examen de dépistage ont automatiquement moins de chances d'être identifiés que ceux dont les résultats sont positifs, par exemple, par un système de surveillance qui

Si vous comptez 20 personnes la première fois, 40 la deuxième, 35 la troisième, et 25 la quatrième, il s'agit d'erreurs aléatoires. Si vous faites la moyenne des quatre résultats, vous obtenez 30 participants, ce qui est exact. Par contre, le biais est une erreur systématique. Si vous sous-estimez ou surestimez constamment le nombre (p. ex., si vous comptez 20, 19, 21 ou 20 participants), vos résultats sont biaisés.

utilise le dépistage de masse pour repérer des nouveaux cas de maladie. L'information recueillie au moyen du système de surveillance serait alors biaisée.

Le **biais lié au sexe** d'une personne peut avoir des conséquences aussi bien sur les recherches cliniques que sur l'élaboration de programmes et de politiques publiques. La surgénéralisation, qui entre dans cette catégorie de biais, peut se produire lorsque la perspective de l'un des sexes est appliquée aux deux⁸. Par exemple, on a toujours eu tendance à effectuer les essais cliniques pour de nouveaux médicaments sur des hommes, afin d'éviter aux femmes toute exposition pouvant nuire à leur système reproducteur. Toutefois, ce genre de biais de sélection a fini tout de même par poser un risque pour les femmes, les conclusions étant appliquées à leur cas parfois de façon tout à fait inappropriée⁹.

Biais d'information

Ce genre de biais se présente pendant l'**étape de collecte des données**, par exemple, lorsque les résultats sont déformés par des erreurs de mesure ou un mauvais classement du sujet, en fonction d'une variable d'exposition (p. ex., fumeur ou non-fumeur) ou d'une variable de résultats (p. ex., la présence ou l'absence de cancer)².

Le **biais de l'interviewer** est causé par la collecte inconsciente ou même consciente de données sélectives par l'interviewer. Par exemple, celui-ci pourrait poser plusieurs fois des questions sur l'exposition aux personnes spécialement visées par l'étude (les sujets atteints de la maladie visée par l'étude), mais une seule fois aux sujets du groupe-témoin. Le **biais touchant les questionnaires** concerne des questions et des problèmes de formulation qui peuvent influencer les réponses des sujets. Le **biais culturel** peut, par exemple, modifier les résultats des tests du quotient intellectuel en empêchant systématiquement les enfants de familles immigrantes ou à faible revenu de bien le réussir. Le **biais lié à la mémoire** est causé par le fait que les répondants à une entrevue ou à un questionnaire se rappellent mal certains événements. Les questionnaires portant sur la nutrition sont souvent touchés par ce biais, parce que les gens peuvent éprouver des difficultés à se rappeler ce qu'ils ont mangé quelques jours, semaines ou mois plus tôt. Le **biais lié à l'attrait social** survient lorsque les répondants qui se sont auto-déclarés sur des sujets comme l'usage de la cigarette, l'exercice, le poids ou le revenu donnent des réponses qu'ils considèrent socialement attrayantes plutôt que révélatrices de leurs activités, de leur comportement ou de leur exposition.



Vous n'auriez pas à regrouper physiquement les participants; vous pourriez simplement leur demander de porter un chapeau de couleur différente selon leur appartenance à l'un des deux groupes, par exemple, noir pour l'un et blanc pour l'autre.

Biais confusionnel

Ce genre de biais se produit lorsque les techniques de contrôle des facteurs confusionnels (c.-à-d. les facteurs liés aussi bien à l'exposition qu'aux résultats qui nous intéressent) ne sont pas utilisées au cours de l'**étape d'analyse des données**. Par exemple, dans une étude visant à déterminer s'il existe un lien entre la consommation d'alcool et les maladies respiratoires, le tabagisme doit être considéré comme pouvant être un facteur confusionnel, la cigarette et l'alcool allant souvent de pair, et la cigarette étant bien connue pour ses effets néfastes sur les poumons. Une association factice, ou artéfactuelle, entre l'exposition qui nous intéresse (l'alcool) et le résultat qui nous intéresse (une maladie respiratoire) peut se produire si le chercheur ne procède à aucun contrôle par rapport au tabagisme.

La stratification, par exemple, au moyen de taux normalisés en fonction de l'âge (voir la page 10), est utilisée depuis longtemps pour maîtriser les facteurs confusionnels¹⁰. Dans notre exemple, on peut éprouver des difficultés à compter les participants à deux réunions qui se tiennent en même temps dans une même salle.

L'une des réunions représente l'exposition qui nous intéresse, et l'autre, le facteur confusionnel. Pour effectuer la stratification, vous n'auriez qu'à demander aux participants de l'une des réunions de se regrouper à un bout de la salle, et au reste du groupe, de se placer à l'autre bout. Le rajustement de covariance, par exemple, la régression logistique multiple, est une méthode plus moderne fondée sur les modèles mathématiques pour maîtriser les facteurs confusionnels¹¹. Prenons encore une fois notre exemple : dans ce cas, vous n'auriez pas à

regrouper physiquement les participants; vous pourriez simplement leur demander de porter un chapeau de couleur différente selon leur appartenance à l'un des deux groupes, par exemple, noir pour l'un et blanc pour l'autre. Toutefois, le rajustement de covariance est complexe; par conséquent, on doit bien formuler les variables des modèles et interpréter correctement les résultats. L'établissement d'un modèle est un processus complexe qui peut produire lui-même d'autres biais¹².

Conclusion

Tous doivent être bien conscients des biais possibles : non seulement ceux qui conçoivent, entreprennent et analysent les recherches, mais aussi ceux qui lisent les rapports de recherche et prennent des décisions en ce qui concerne entre autres la formulation de politiques en fonction de ces résultats. 🧠

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>



Nouvelles notables est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé, dans laquelle on décrit les « plus récentes » recherches stratégiques effectuées dans le domaine de la santé.

Comparaisons à l'échelle internationale des politiques relatives aux maladies chroniques

Le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques est un centre de collaboration sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ce centre a préparé une analyse comparative des politiques relatives aux maladies chroniques, qui ont été formulées et appliquées dans 30 pays participant au « Programme national intégré de prévention des maladies non transmissibles » de l'OMS. Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet ou des exemplaires du rapport, veuillez communiquer par courriel avec Deborah_Baldwin@hc-sc.gc.ca

Surveillance du dépistage du cancer du col utérin

Le document intitulé *Dépistage du cancer du col utérin au Canada : Rapport de surveillance 1998* fournit des renseignements de base émanant des ministères provinciaux de la Santé, et des programmes établis de dépistage du cancer. Parmi les résultats clés de cette étude, mentionnons les suivants :

- La plupart des femmes atteintes du cancer du col utérin n'avaient pas subi de test de Papanicolaou avant le diagnostic.
- Il faut absolument déterminer et éliminer les obstacles au dépistage si l'on veut réduire le nombre de cas de cancer du col et les décès qui s'y rattachent.
- La surveillance des femmes qui passent régulièrement des examens de dépistage et de celles qui ne le font pas a permis de déterminer quels groupes de femmes bénéficieraient le plus de campagnes d'éducation visant à promouvoir le dépistage régulier.
- L'un des objectifs de toutes les provinces est d'adopter un système normalisé de classification et de rapport des résultats du dépistage du cancer du col. (Voir : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccsic-dccuac/index_f.html).

Un diagnostic sur la santé des enfants de l'Ontario

Ce rapport combine des données de recherche et des tendances statistiques pour présenter un aperçu de l'état de santé actuel et futur des enfants, des jeunes et des familles qui vivent en Ontario. Il a été rédigé au moyen d'une approche axée sur la santé de la population — plus précisément, on a évalué les répercussions des grands déterminants de la santé sur l'état de santé des enfants et des familles. Chaque chapitre porte sur un déterminant de la santé et décrit les tendances statistiques et leur impact possible sur la santé et le bien-être des enfants et des familles, ainsi que les répercussions de ces tendances sur les recherches, les programmes et les politiques qui seront élaborées à l'avenir.

Projet d'architecture de bout en bout pour la surveillance de la santé

Initiative de collaboration entre le Centre de coordination de la surveillance de Santé Canada et plusieurs gouvernements provinciaux, le « Projet d'architecture de bout en bout pour la surveillance de la santé » permet de déterminer les genres de données, de fonctions, de méthodes administratives et de réseaux requis pour tirer le meilleur parti possible du processus de surveillance des maladies. Ce projet comporte des recherches sur la situation actuelle des systèmes d'information sur la santé publique et une analyse des renseignements supplémentaires que doivent fournir les médecins et les infirmières en santé publique pour mieux protéger la santé des Canadiens. Il décrit un système d'information optimum destiné à la surveillance de la santé publique, qui comporte des données de surveillance découlant directement de cette information et des technologies de communication que les professionnels de la santé utilisent quotidiennement pour effectuer leur travail. Ce projet détermine également quelles ressources sont requises pour élaborer et utiliser davantage d'outils pratiques, adopter des normes et définitions actuellement élaborées dans le domaine de l'information, et s'assurer que les responsables de la surveillance de la santé au Canada ont accès aux dossiers électroniques de santé des Canadiens (voir : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/csc-ccs/index_f.html).

Santé des femmes sans-abri

Une récente étude a adopté une approche fondée sur la participation de la collectivité pour connaître les expériences de 126 femmes torontoises qui sont sans-abri ou l'ont déjà été, et pour déterminer l'impact de cette situation sur leur santé affective, mentale, spirituelle et physique. L'étude, intitulée « *Common Occurrence: The Impact of Homelessness on Women's Health* (juin 2002) », conclut que l'ampleur du problème des femmes sans-abri — et particulièrement la face cachée de ce problème à Toronto — est sous-estimée et mal comprise. Selon une perspective axée sur les déterminants de la santé, cette étude désigne la pauvreté comme l'un des principaux facteurs pouvant engendrer cette situation et présente des recommandations liées à plus de 100 stratégies destinées à régler ce problème. La publication du rapport de cette étude a été parrainée par Sistering: A Women's Place, de concert avec le Centre d'accès aux soins communautaires de Toronto. Le financement a été offert conjointement par le Fonds pour la santé de la population et Situation de la femme Canada, Région de l'Ontario/du Nunavut. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet du rapport, veuillez consulter l'adresse suivante : <http://www.Sistering.org>. Une vidéo sur les femmes interviewées a été réalisée qui servira d'outil d'éducation et de formation à l'intention des fournisseurs de services et des décideurs.

Rapports de Statistique Canada sur la santé

Statistique Canada a publié un certain nombre de rapports importants sur la santé des Canadiens, entre autres :

Le couplage des dossiers, *suite de la page 31* ►

On se demande aussi s'il convient d'utiliser des données à d'autres fins que celles qui nous ont amenés à les recueillir. Par exemple, les chercheurs pourraient vouloir coupler des dossiers fiscaux à une base de données sur les congés d'hôpitaux pour déterminer si la situation socio-économique est un déterminant de l'état de santé. Dans de telles circonstances, on doit tenir compte non seulement des préoccupations liées au couplage des dossiers, mais aussi aux avantages que le public pourra retirer des nouvelles connaissances acquises de cette façon.

Au Canada, la plupart des couplages de dossiers provenant de bases de données nationales sont effectués par Statistique Canada. Toutes les propositions présentées à ce sujet (dans lesquelles on doit présenter, entre autres, des renseignements détaillés sur les bases de données qui seront couplées, le genre de renseignement qu'on cherche à obtenir et les organisations qui soutiennent le

- *Enquête nationale sur la santé de la population, aperçu de celle effectuée en 2000* (septembre 2002);
- *Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA), rapport de 2001* (décembre 2002);
- *Enquête auprès des peuples autochtones (EPA), rapport de 2001* (mars 2003); et
- *La santé des Autochtones vivant hors réserve*. (Ce rapport compare les Autochtones vivant hors réserve au reste de la population canadienne sur le plan de l'état de santé, des comportements adoptés dans ce domaine et de l'utilisation des soins de santé. Il est inclus dans le troisième *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes* publié en décembre 2002 sous le titre *La santé de la population canadienne. Rapport annuel 2002*.)

Pour obtenir de plus amples renseignements sur ces rapports et d'autres publications de Statistique Canada, veuillez consulter le site Web du Ministère à l'adresse suivante : <http://www.statcan.ca/>

Information sur les dépenses de santé fournies par l'ICIS

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) vient de publier le *Rapport sur les tendances des dépenses nationales de santé (DNS)*. L'ICIS a pour mandat de fournir en temps opportun des renseignements exacts qui permettent de formuler une politique de santé fiable, de gérer le système de santé canadien de façon efficace et de sensibiliser le public aux facteurs qui nuisent à la santé. Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet et connaître d'autres publications publiées par cet institut, veuillez vous rendre à l'adresse suivante : <http://www.cihi.ca/> 🌐

projet) sont approuvées par un comité d'examen chargé de les passer en revue. Si celui-ci considère que les résultats du couplage pourraient nuire à une personne ou à un groupe, la proposition est rejetée³.

Couplage de données et données longitudinales

Les répercussions sur la santé à la suite d'expositions ou d'interventions peuvent prendre des années à se manifester. Il faut souvent recueillir des données au sujet d'une personne sur une longue période — c'est ce qu'on appelle des données longitudinales. Le couplage des dossiers est l'un des moyens les plus pratiques pour obtenir des renseignements longitudinaux et croisés sur la santé. Cette méthode est particulièrement utile lorsque les dossiers sont conservés à divers endroits, comme dans le cas des Premières Nations. 🌐

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>*

Faites une croix sur votre calendrier



Quoi	Où	Thème
21st Annual "Protecting Our Children" National American Indian Conference on Child Abuse and Neglect	13 au 16 avril 2003 Portland (Oregon) http://www.nicwa.org/services/conferences/protecting/index.asp	Récupérer nos jeunes autochtones : examen des principaux défis auxquels la jeunesse autochtone est confrontée; mise en valeur des programmes performants qui prouvent que la solution passe par la collectivité
Safety in Numbers: Working Together from Research into Practice	28 et 29 avril 2003 Atlanta (Georgia) http://www.cdc.gov/ncipc/conference	Pratiques visant à prévenir et à maîtriser les blessures et à réduire les handicaps; les dernières recherches effectuées dans le domaine des blessures; les compétences, les habiletés et l'efficacité dans le domaine des programmes et de la recherche; les partenariats établis en vue de réduire les blessures et les handicaps
94 ^e Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique	10 au 13 mai 2003 Calgary (Alberta) http://www.cpha.ca/english/conf/94thAnl/94conf.htm	Les perspectives, les défis et les stratégies modernes; les partenariats en santé publique : les connexions internationales garantes de succès; la technologie : le portail du futur
Child Health 2003 — 3rd World Congress and Exposition	12 au 16 mai 2003 Vancouver (Colombie-Britannique) http://www.venuewest.com/childhealth2003/welcome.htm	Examen de questions clés et présentation de mesures préventives et d'approches novatrices visant à réduire les taux de maladie et de décès et à accroître le niveau de bien-être des enfants
E-Health 2003 International Conference: A Catalyst for Change	24 au 27 mai 2003 Toronto (Ontario) http://www.e-healthconference.com	Les dossiers électroniques de santé, la protection des renseignements sur la santé, les pratiques exemplaires, la télésanté, la sécurité des patients, les dernières tendances
4th Nordic Health Promotion Research Conference	10 au 13 juin 2003 Vasteras (Suède) http://www.mdh.se/ivf/nhprc2003/	Le changement de paradigme dans les recherches liées à la promotion de la santé; mise en œuvre de la pratique fondée sur le changement de philosophie conceptuelle et de méthodologie de recherche
14th International Congress on Women's Health Issues	15 au 18 juin 2003 Victoria (Colombie-Britannique) http://www.uvcs.uvic.ca/conf/ICOWHI/welcome.cfm	Bâtissons des alliances pour vivre, travailler, effectuer des recherches et pratiquer : la santé des femmes dans le contexte postcolonial
iHEA 2003 4th World Conference	15 au 18 juin 2003 San Francisco (Californie) http://www.healthconomics.org	L'économie mondiale de la santé : le pont entre les recherches et les réformes
Conference on Health and Economic Policy	27 et 28 juin 2003 Munich (Allemagne) http://www.cesifo.de/	Divers thèmes comme les répercussions des politiques publiques sur la santé; les prévisions en matière d'offre et de demande dans le domaine de la santé; et le vieillissement
The Health Work Force: Managing the Crisis	25 au 27 juin 2003 Calcanissetta (Sicile, Italie) http://www.ehma.org/conf2003/index.html	Adapter la santé du travail au système de santé

Références

Références pour l'article « Travailler de concert pour remédier aux problèmes de santé de la population autochtone » (page 3)

1. Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. *Dix ans de transfert du contrôle des programmes de santé aux Premières Nations et aux Inuits, 1989-1999*, Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999 (disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/msb/pptsp/report/report_f.htm).
2. Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Statistiques ministérielles tirées du Système de gestion et de planification des communautés, 2002-2003.

Références pour l'article « Point sur l'état de santé des membres des Premières Nations au Canada » (page 6)

1. Affaires indiennes et du Nord Canada. Données ministérielles de base, 2002.
2. Young, T.K., J. O'Neil, B. Elias *et al.* « Chronic Diseases », *Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits*, Ottawa : Comité directeur de l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999.
3. Harris, S., B. Perkins et E. Whalen-Brough. « Non-insulin dependent diabetes mellitus among First Nations children », *Médecin de famille canadien*, 1996, 42 : 869-76.
4. Mundy, D.R. et M. Moffat. « Non-insulin dependent diabetes mellitus in Indian children in Manitoba », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992, 147 : 52-7.
5. British Columbia Vital Statistics Agency, à la demande de la Direction générale des services médicaux de Santé Canada. *Status Indian Trend Analysis by Four Areas: Over the Period 1987 to 1997*, Vancouver : Santé Canada, 1999.
6. Santé Canada. *La tuberculose dans les communautés des Premières nations*, 1999, Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, 2001.
7. En ce qui a trait aux maladies infectieuses, 47 collectivités ontariennes sur 144 et 29 collectivités québécoises sur 41 n'ont pas été en mesure de fournir des données. Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, *Un profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada*, Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003.

8. Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. *Un profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada*, Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003.
9. Tjepkema, M. La santé des autochtones hors-réserve, *Supplément — Rapports sur la santé*, 2002, 13 : 1-17.
10. Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Programmes de santé communautaire, 2001.
11. Bobet, E. *Le diabète chez les peuples des Premières Nations : Information tirée de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991*, menée par Statistique Canada, Ottawa : Direction générale des services médicaux, le 23 juillet 1997.
12. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie. *Le diabète au Canada : statistiques nationales et possibilités d'accroître la surveillance, la prévention et la lutte*, Ottawa : Santé Canada, 1999.
13. Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. *Un profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada*, Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003.
14. Wall, R. et R. Foster. Au-delà de l'espérance de vie, *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 2002, 3 : 32-3, Ottawa : Santé Canada.
15. Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. *Un profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada*, Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003.
16. Martens P. *et al.* *The health and health care use of registered First Nations people living in Manitoba: A population-based study*, Manitoba Centre for Health Policy, mars 2002.
17. Last, J.M. (éditeur). *A Dictionary of Epidemiology*, 4^e édition, Toronto : Oxford University Press, 2001.

Références pour l'article « Évolution du contrôle des programmes de santé communautaire » (page 11)

1. Santé Canada. *Évaluation à long terme de l'initiative de transfert des programmes de santé*, juin 1994.
2. Chandler, M. « Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada First Nations », *Transcultural Psychiatry*, 1998, 35(2) : 191-219.

Références pour l'article « Projet sur les soins primaires à Eskasoni » (page 14)

1. Hampton, M.J. *The Eskasoni Story. Final Report of the Eskasoni Primary Care Project*, Fonds pour l'adaptation des services de santé, 2001.
2. Hutchison, B., J. Abelson et J. Lavis. Primary care in Canada: So much innovation, so little change, *Health Affairs*, 2001, 20(3) : 116-31.
3. Fonds pour l'adaptation des services de santé. Santé Canada, 2002 (consulter le site suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/francais/>).
4. Communication personnelle provenant de Sharon Rudderman, administratrice des soins de santé, juin 2002.
5. Legowski, B. et L. McKay. « Health beyond health care: Twenty-five years of federal health policy development ». *Document de discussion du RCRPP numéro H104*, Ottawa : Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 2000.

Références pour l'article « Évaluation participative du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones » (page 17)

1. Santé Canada, Bureau des enfants, Direction générale de la promotion et des services de santé. *Rapport de consultation sur le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones*, Ottawa : Santé Canada, 1994.
2. Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population (CCSP). *Investir dans le développement du jeune enfant : la contribution du secteur de la santé*, 1999.
3. Santé Canada, Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, Division de l'enfance et de l'adolescence. *Les enfants, source de santé et d'unité pour la collectivité : Vue d'ensemble du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques*, Ottawa : Santé Canada, 2000.
4. Santé Canada, Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, Division de l'enfance et de l'adolescence. *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones — Enquête nationale annuelle sur l'administration et le processus 2000*, Ottawa, 2000.
5. Kishk Anaquot Health Research. *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones — Collectivités urbaines et nordiques — Rapport sur les résultats du processus d'évaluation*, 1999.
6. Budgell R. et L. Robertson. Evaluating Miracles: Process and Impact Evaluation of the Aboriginal Head Start Program in Urban and Northern Communities, *Canada's Children*, automne 2002 : 24-9.

7. Budgell, R. et L. Robertson. Evaluating Miracles: Process and Impact Evaluation of the Aboriginal Head Start Program in Urban and Northern Communities, *Canada's Children*, automne 2002 : 28.
8. Kishk Anaquot Health Research. *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones — Collectivités urbaines et nordiques — Rapport sur les résultats du processus d'évaluation*, 1999, p. 52.
9. Kishk Anaquot Health Research. *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones — Collectivités urbaines et nordiques — Rapport sur les résultats du processus d'évaluation*, 1999, p. 59.
10. Santé Canada, Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, Division de l'enfance et de l'adolescence. *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones — Enquête nationale annuelle sur l'administration et le processus 2000*, Ottawa, 2000, p. 44.
11. Kishk Anaquot Health Research. *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones — Collectivités urbaines et nordiques — Rapport sur les résultats du processus d'évaluation*, 1999, p. 35.
12. Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (consulter le site Web suivant mis à jour en septembre 2002 : http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/cp/publications/ecd_ahs.htm).

Références pour l'article « Importance de la culture pour la santé et les soins de santé des Autochtones » (page 20)

1. Shestowsky, B. *Traditional Medicine and Primary Health Care Among Canadian Aboriginal People*, Ottawa : Aboriginal Nurses Association of Canada, 1993.
2. Lalonde, M.A. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa : Approvisionnements et Services Canada, 1974.
3. Santé Canada. *Pour une compréhension commune : une clarification des concepts clés de la santé de la population*, Ottawa : Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001.
4. Morse, J.M., D.E. Young et L. Swartz. Cree Indian Healing Practices and Western Health Care: A Comparative Analysis, *Social Science and Medicine*, 1991, 32(12) : 1361-6.
5. Frideres, J. *Native People in Canada: Contemporary Conflicts*, 3^e édition, Scarborough : Prentice-Hall, 1988.
6. Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. *Qu'est-ce qui détermine la santé?*, 2002 (consulter le site suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/determinants/index.html>).

7. Brant, C.C. Native Ethics and Rules of Behaviour, *Revue canadienne de psychiatrie*, 1990, 35(6) : 534-9.
8. Dalrymple, A.J., J.J. O'Doherty et K.M. Nietschei. Comparative Analysis of Native Admissions and Registrations to Northwestern Ontario Treatment Facilities: Hospital and Community Sectors. *Revue canadienne de psychiatrie*, 1995, 40(8) : 467-73.
9. Shestowsky, B. *Traditional Medicine and Primary Health Care Among Canadian Aboriginal People*, Ottawa : Aboriginal Nurses Association of Canada, 1993.
10. Réseau canadien de la santé (consulter le site suivant : <http://www.canadian-health-network.ca>).
11. Young, D. et S.H.K. Aung. An Experimental Test of Psychic Diagnosis of Disease, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 1997, 3(1) : 39-53.
12. Santé Canada. *Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits*, 1997 (consulter le site suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/aboriginalhealth/reports_summaries/regional_survey.htm).
13. *Commission royale sur les peuples autochtones — Rapport final*, 1999, Ottawa : Commission royale sur les peuples autochtones.
14. *Dialogue sur le rapport sur la santé des Autochtones*. Présenté à la Commission Romanow, transcription effectuée par Media Q Inc pour Santé Canada, le 26 juin 2002, à l'hôtel Château Cartier de Gatineau (Québec). (L'ONSA regroupe des représentants des Inuits, des Métis, des Premières Nations et des autochtones de milieux urbains).
15. Bodekar, G.C. Traditional Health Care and Public Policy: Recent Trends, dans A. Islam et R. Wiltshire (éditeurs), *Traditional Health Systems and Public Policy: Proceedings From an International Workshop*, Ottawa : Centre de recherches pour le développement international, 1994, p. 96-109.
16. Forgac, Z. *Methods of Combining Biomedicine With Traditional Medicine: The Chinese Example*, Edmonton, Alberta : Centre for the Cross-Cultural Study of Health and Healing, Université de l'Alberta, 1994.
17. Young, D., G. Ingram, M. Liu et C. MacIntosh. The Dilemma Posed by Minority Medical Traditions in Pluralistic Societies: The Case of China and Canada, *Ethnic and Racial Studies*, 1995, 18(3) : 494-513.
18. Province de l'Ontario, Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé. *Loi de 1999 sur les professions de la santé réglementées* (consulter le site suivant : <http://www.hprac.org/french/pageDisplay.asp?webDocID=542>).
19. Macaulay, A.C., G. Paradis, L. Potvin, E.J. Cross, C. Saad-Haddad, A. McComber, S. Desrosiers, R. Kirby, L.T. Montour, D.L. Lamping, N. Leduc et M. Rivard. The Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project: Intervention, Evaluation, and Baseline Results of a Diabetes Primary Prevention Program with a Native Community in Canada, *Preventative Medicine*, 1997, 26(6) : 779-90.
20. Said, H.M. Traditional Health Systems: National Policy Issues and Directions, dans A. Islam et R. Wiltshire (éditeurs), *Traditional Health Systems and Public Policy: Proceedings of an International Workshop*, Ottawa : Centre de recherches pour le développement international, 1994.
21. Volpe, J. *Les produits de santé naturels : une nouvelle vision — Rapport du Comité permanent de la santé*, Ottawa : Santé Canada, 1998. (Pour obtenir la liste des recommandations, veuillez consulter le site suivant : <http://www.parl.gc.ca/InfoComDoc/36/1/HEAL/Studies/Reports/healrp02/17-rec-f.htm>)
22. Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter le site Web de la Direction des produits de santé naturels à : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/nhpd-dpsn/index_f.html

Références pour l'article « Les femmes autochtones et les collectivités saines » (page 23)

1. Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada. *Sondage auprès des infirmiers des collectivités isolées des Premières nations : recrutement et maintien de poste*, Ottawa, 2000.
2. Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire (ONRIISC), 2002 (consulter le site suivant : <http://www.niichro.com/Contents.html>).
3. En 2000, l'espérance de vie des femmes autochtones était de 76,6 ans, par rapport à 68,9 pour leurs compatriotes de l'autre sexe. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 2003, 5 : 6, Ottawa : Santé Canada.
4. En moyenne, les femmes autochtones de 20 à 64 ans ont beaucoup plus de personnes à charge que les autres femmes et la plupart de ces personnes à charge sont âgées de 19 ans ou moins. Affaires indiennes et du Nord Canada, *Les femmes autochtones : un portrait démographique, social et économique*, 1996 (consulter le site suivant : http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/sts/awp_f.html).
5. Stewart, D.E., A.M. Cheung et al. *Rapport sur la santé des femmes en Ontario*, Toronto : Conseil ontarien des services de santé pour les femmes, 2002 (consulter le site suivant : http://www.womenshealthcouncil.on.ca/userfiles/page_attachments/tocfr.html).
6. Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000.

7. Centre national d'information sur la violence dans la famille. *La violence familiale au sein des collectivités autochtones : une perspective autochtone*, numéro H7221/150-1997F au catalogue, Ottawa : Santé Canada, 1997 (consulter le site suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/laborfr.htm>).
8. Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada et Gendarmerie royale du Canada. *Family Violence in Aboriginal Communities: A Review*, Ottawa, 2001.
9. Dieter, C. et L. Otway. *Sharing Our Stories on Promoting Health and Community Healing: An Aboriginal Women's Health Project*, Winnipeg : Prairie Women's Health Centre of Excellence, projet numéro 31, 2001 (consulter le site suivant : <http://www.pwhce.ca/sharing.htm>).
10. Pour obtenir un historique organisationnel et de plus amples renseignements sur des programmes, des politiques et d'autres initiatives, consulter, entre autres, les sites suivants : <http://www.pauktuutit.on.ca>; <http://www.anac.on.ca>; <http://www.nwac-hq.org>; <http://www.qnwafaq.com/>
11. Pour obtenir un aperçu des approches autochtones en matière de santé, voir Dieter, C. et L. Otway, *Sharing Our Stories on Promoting Health and Community Healing: An Aboriginal Women's Health Project*, Winnipeg : Prairie Women's Health Centre of Excellence, projet numéro 31, 2001 (consulter le site suivant : <http://www.pwhce.ca/sharing.htm>).
12. Réseau canadien pour la santé des femmes. *Le réseau*, vol. 4/5, numéro 4/1 (consulter le site suivant : <http://www.cwhn.ca/network-reseau/5-1f/index.html>).
13. Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire (ONRIISC). *Le Lien*, été 2002, 24 (consulter le site suivant : <http://www.niichro.com/>).
14. Dion Stout, M. et G. Kipling. *De la connaissance à la pratique : le Fonds pour l'adaptation des services de santé. Série de rapports de synthèse — La santé des Autochtones*, Ottawa : Santé Canada, Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002 (consulter le site suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/francais/aboriginal_fr.pdf).
15. Poole, N. *Evaluation Report of the Sheway Project for High-Risk Pregnant and Parenting Women*, Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2000. Parmi les intervenants engagés dans ce projet, mentionnons la Vancouver Native Health Society, le YWCA du Grand Vancouver, Children's and Women's Health Centre of B.C., le B.C. Ministry of Children and Families, le Vancouver/Richmond Health Board, la Downtown Eastside Residents Association et l'Université de la Colombie-Britannique.
16. On définissait ainsi les préoccupations d'ordre alimentaire : moins de trois repas par jour, manque de ressources financières pour acheter des aliments adéquats, manque de connaissances quant aux sources alimentaires et nutritives et manque d'accès à une cuisine. Poole, N., *Evaluation Report of the Sheway Project for High-Risk Pregnant and Parenting Women*, Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2000.
17. Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada. *Sondage auprès des infirmiers des collectivités isolées des Premières nations : recrutement et maintien en poste*, Ottawa, 2000.
18. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). *Déclaration de principe de la SOGC : Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones*, Ottawa, décembre 2000 (consulter le site suivant : http://206.191.29.144/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/ps100f.pdf).
19. Carroll, D. et C. Benoit. La sage-femmerie autochtone au Canada : l'union des approches traditionnelles et modernes, *Le Réseau*, été 2001, 4(3).
20. Beebee, K. et C. Couchie. Entrevues personnelles avec des sages-femmes autochtones, octobre 2002.
21. Smith, D. *Comprehensive Maternal Child Health Care in First Nations and Inuit Communities: A Discussion Paper*, Bureau des services infirmiers, Ottawa : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, 2002.
22. Affonso, D., L. Mayberry, A. Inaba, E. Robinson et R. Matsuna. Neighborhood women's health watch: Partners in community care *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 1995, 1(3): 34-40.
23. Blythe J. *Maternal child health care programs for Aboriginal people: A review of the literature*, Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1995.
24. Iewirokwas. *Mission: The ecology of birth, women and the environment*, 2002 (consulter le site suivant : <http://www.nativemidwifery.com>).
25. Dion Stout, M., G.D. Kipling et R. Stout. *Santé des femmes autochtones : projet de synthèse des recherches*, Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes, Ottawa : Santé Canada, 2001 (consulter le site suivant : <http://www.cewh-cesf.ca/fr/resources/synthesis/index.html>).
26. Elias, B., A. Leader, D. Sanderson, J. O'Neil et B. Tate. *Living in Balance: Gender, structural inequalities, and health promoting behaviours in Manitoba First Nation Communities*, Winnipeg : Prairie Women's Health Centre of Excellence, 2000 (consulter le site suivant : <http://www.pwhce.ca/living-balance.htm>).

Références pour l'article « Utilisation des données relatives à la santé au Canada (Le couplage des dossiers) » (page 30)

1. Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, *Le sida et l'appartenance ethnique au Canada*, 2002 (consulter le site suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aeipi/hiv-vih/hiveth_f.html).
2. Martens, P. et al. *The Health and Health Care Use of Registered First Nations People Living in Manitoba: A Population-Based Study*, Manitoba Centre for Health Policy, 2002 (consulter le site suivant : http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports/pdfs/rfn_pdfs/rfn_report.pdf). Ce rapport a été rédigé par le Manitoba Centre for Health Policy, avec l'aide d'un groupe de collaborateurs composé du Health Information and Research Committee de l'Assemblée of Manitoba Chiefs, Manitoba Health et des représentants fédéraux de Santé Canada et d'Affaires indiennes et du Nord Canada. Cette collaboration a permis de garantir la validité scientifique du projet ainsi que le respect des politiques des membres des Premières Nations sur l'utilisation de l'information.
3. Statistique Canada. *Couplage d'enregistrements à Statistique Canada, 2003* (consulter le site suivant : <http://www.statcan.ca/francais/recrdlink/>).
7. Choi, B.C.K. Sensitivity and specificity of a single diagnostic test in the presence of work-up bias, *Journal of Clinical Epidemiology*, 1992, 45 : 581-6.
8. Santé Canada. *Politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes*, 2000.
9. Santé Canada. *Directives de Santé Canada : inclusion des femmes dans les essais cliniques*, 1997.
10. Choi, B.C.K., N. de Guia et P. Walsh. Look before you leap: Stratify before you standardize, *American Journal of Epidemiology*, 1999, 149 : 1087-96.
11. Choi, B.C.K. et G.R. Howe. Methodological issues in case-control studies: IV. Validity and efficiency of various analysis strategies for continuous variables using the unconditional logistic regression model, *International Journal of Epidemiology*, 1984, 13 : 526-32.
12. Choi, B.C.K. et A.W.P. Pak. Bias, overview, tiré de P. Armitage et T. Colton (éditeurs) dans *Encyclopaedia of Biostatistics*, volume 1, Chichester : John Wiley & Sons, 1998, p. 331-8.

Références pour l'article « Le saviez-vous? (Comment et pourquoi doit-on déterminer l'existence d'un biais en recherche?) » (page 32)

1. Last, J.M. (éditeur). *A Dictionary of Epidemiology*, 3^e édition, Toronto : Oxford University Press, 1995.
2. Choi, B.C.K. et A.L. Noseworthy. Classification, direction and prevention of bias in epidemiologic research, *Journal of Occupational Medicine*, 1992, 34 : 265-71.
3. Choi, B.C.K., A.W.P. Pak et J.T. Purdham. Effects of mailing strategies on response rate, response time and cost among nurses in a questionnaire study, *Epidemiology*, 1990, 1 : 72-4.
4. Choi, B.C.K. Definition, sources, magnitude, effect modifiers and strategies of reduction of the healthy worker effect, *Journal of Occupational Medicine*, 1992, 34 : 979-88.
5. Choi, B.C.K. A technique to re-assess epidemiologic evidence in light of the healthy worker effect: The case of fire fighting and heart disease, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2000, 42 : 1021-34.
6. Choi, B.C.K. Mathematical procedure to adjust for the healthy worker effect: The case of fire fighting, diabetes and heart disease, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2001, 43 : 1057-63.