

LES MALADIES CHRONIQUES ET LE RÔLE DES MÉTHODES TRADITIONNELLES DANS LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Lynda Earle, BSc, MD, MPH, CCFP

Les maladies chroniques sont les maladies qui se développent et se manifestent sur de longues périodes. Elles sont influencées par des facteurs propres à l'environnement et à l'individu.¹ Les principales maladies chroniques sont le diabète, les maladies cardiovasculaires (maladies cardiaques et AVC), le cancer et les maladies respiratoires chroniques. Elles découlent de facteurs de risques modifiables et non modifiables. Ces facteurs favorisent l'hypertension artérielle, la glycémie élevée, les anomalies du taux de lipides dans le sang et les anomalies pondérales.² Les principales forces qui sous-tendent leur prévalence sont de nature sociale, économique, politique et environnementale, forces également connues sous le nom de déterminants de la santé.³ Le nombre d'Autochtones¹ du Canada atteints de maladies chroniques et de leurs facteurs de risques est disproportionné. Il est essentiel d'intégrer des méthodes traditionnelles et holistiques aux interventions portant sur la prévention.

Cette revue se penche sur les conséquences des maladies chroniques (et plus particulièrement du diabète, des maladies cardiovasculaires, du cancer et des maladies chroniques respiratoires) pour les peuples autochtones du Canada, et examine les facteurs de risques qui sont à l'origine de leur prévalence. Elle conclut par un rapide tour d'horizon des méthodes traditionnelles et holistiques autochtones de prévention dans ce domaine. Ce travail se base sur des articles en anglais extraits de documents révisés par des pairs et de documentation parallèle à l'aide de plusieurs méthodes, notamment l'utilisation de bases de données universitaires, l'examen de listes de références et des recherches sur le Web. L'information recherchée inclut des données sur l'état de santé des populations autochtones d'Amérique du Nord en ce qui concerne les maladies chroniques et leurs facteurs de risque, ainsi que sur l'influence des activités, du mode de vie, de la culture traditionnels

ainsi que de la vision holistique de la santé sur les interventions.

Les maladies chroniques et les facteurs de risque dans les communautés autochtones

L'analyse de l'état de santé des peuples autochtones est rendue difficile par la diversité des nations et la limitation des données, comme la non-exhaustivité des études et la mauvaise qualité des données.⁴ Il apparaît cependant clairement que les taux de maladies chroniques et des facteurs de risque associés sont bien plus élevés chez les Autochtones du Canada que dans la population générale.

Le diabète

En 1991, l'enquête sur les peuples autochtones révélait un taux de diabète de 6,4 % chez les Premières nations, de 5,5 % chez les Métis et de 1,9 % chez les Inuits, contre 3,1 % pour l'ensemble de la population.⁵ Malgré la faible prévalence

NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

¹ Dans cette revue, le substantif « Autochtone » désigne les peuples des Premières nations, inuits et métis. On fait parfois la distinction entre les peuples des Premières nations qui résident dans des réserves et ceux qui résident hors réserve.



tout d'abord constatée chez les Inuits, un taux de 4 % a été découvert en 1999 chez les Inuits du Labrador.⁶ Une tendance préoccupante à la hausse s'est dégagée au fil du temps chez les autres populations autochtones. Sur une période de dix ans, la prévalence du diabète est passée à 45 % dans la région de Sioux Lookout, en Ontario, et a doublé chez les Autochtones de la Saskatchewan.⁷ Chez les Métis du Nord de l'Alberta, elle a augmenté de 66 % sur huit ans.⁸ En 2003-2004, elle était de 19,7 % chez les Premières nations du Canada.⁹ Si l'on tient compte des cas non diagnostiqués, il est probable que ces chiffres soient deux à trois fois inférieurs au véritable taux de prévalence du diabète chez les Autochtones du Canada.¹⁰

Il existe de grands écarts entre les taux de diabète des différentes populations autochtones. La langue, le groupe culturel et la géographie constituent des facteurs décisifs dans la prévalence de la maladie.¹¹ Le taux de diabète des peuples des Premières nations qui vivent dans des réserves est plus important que pour ceux qui vivent hors réserve (8,5 % contre 5,3 % respectivement).¹² Les peuples autochtones qui vivent hors réserve dans le sud du Canada présentent des taux plus élevés que ceux qui vivent hors réserve dans le nord (6,4 % contre 3,8 %).¹³ La prévalence varie également selon la communauté. Par exemple, dans un village de Haida Gwaii, on compte 17 % de diabétiques chez les adultes de plus de 35 ans,¹⁴ tandis que la prévalence globale des peuples

des Premières nations de Sandy Lake, en Ontario, atteint 26,1 %.¹⁵ Le diabète de type II constitue désormais un problème chez les enfants et les jeunes Autochtones. Il se manifeste de plus en plus tôt.¹⁶ Il y a davantage de jeunes diabétiques chez les Premières nations que dans le reste de Canadiens.¹⁷

Les maladies cardiovasculaires

Les données des questionnaires d'auto-évaluation et des admissions à l'hôpital ainsi que les taux de mortalité révèlent une quantité disproportionnée de maladies cardiovasculaires chez les Autochtones du Canada. Ces taux n'ont fait qu'augmenter au cours des quarante dernières années.¹⁸

Les données de l'*Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits* de 1997 suggèrent que les maladies cardiaques sont cinq fois plus présentes dans ces populations que dans l'ensemble de la population canadienne.¹⁹ Des données plus récentes provenant de la réserve Six Nations, dans le sud de l'Ontario, révèlent une prévalence nettement plus élevée des maladies cardiovasculaires chez les Premières nations (17 %) que chez les non-autochtones (7 %).²⁰ En 2006-2007, les taux étaient supérieurs de 70 % pour l'AVC, de 25 % pour la cardiopathie ischémique et de 75 % pour l'insuffisance cardiaque congestive chez les Indiens de plein droit de Colombie-Britannique par rapport aux autres habitants de la province.²¹

En 2000-2001, le taux de décès dus à l'infarctus aigu du myocarde chez les Premières nations vivant dans des réserves était de 72,7 pour 100 000 contre 52,1 100 000 personnes chez les autres Canadiens. Parallèlement, le taux de décès par AVC était de 71,5 pour 100 000 chez les Premières nations vivant en réserve contre 34,2 pour 100 000 personnes dans l'ensemble de la population.²²

Des données sur les Territoires du Nord-Ouest datant des années 1970-1980 suggèrent que les taux de mortalité par maladie cardiovasculaire sont plus bas chez les Inuits. Cependant, les données du Nunavut et du Nunavik pour les années 1990 ne révèlent pas de différences notables avec le reste du Canada.²³ Nul ne sait s'il s'agit d'une variation géographique ou d'une augmentation sur la durée. Il faudrait d'autres données pour comprendre l'importance des maladies cardiovasculaires chez les Inuits, les Métis et les populations autochtones urbaines.²⁴

Le cancer

Il existe différents types de cancers. Associé à la parcimonie des données, ce fait limite la portée des conclusions générales. De manière générale, il semble que la prévalence chez les Autochtones du Canada ait toujours été moindre,²⁵ même si cet avantage aurait tendance à disparaître pour certains types de cancers.

Les taux de décès chez les Premières nations sont inférieurs à ceux des autres



Canadiens en ce qui concerne le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer du sein. En revanche, le taux est plus élevé pour le cancer de la prostate.²⁶ Toutefois, les données de l'Ontario pour la période de 1968 à 2001 suggèrent que l'incidence globale du cancer augmente plus rapidement chez les Premières nations que pour le reste de la population. De plus, leur taux de survie est inférieur à celui des autres Ontariens atteints de cette maladie.²⁷

Du côté des Inuits, il semblerait qu'un changement se soit produit. Les taux des cancers « habituels » (nasopharyngiens, salivaires et œsophagiens) diminuent, tandis que les cancers du poumon, du col de l'utérus, du sein et du colon augmentent.²⁸ Bien que des recherches préliminaires aient été amorcées pour explorer la prévalence du cancer chez les Métis, les données restent limitées et interdisent de tirer des conclusions.²⁹

Les maladies chroniques respiratoires

Bien que les maladies chroniques respiratoires englobent un grand nombre de conditions diverses, ce travail a été circonscrit à l'asthme et à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MOPC) chez l'adulte. Les données suggèrent que les Autochtones du Canada souffrent bien plus souvent de ces deux maladies que les autres Canadiens.

En particulier, le taux ajusté selon l'âge d'asthme et de bronchite chronique

est bien plus élevé chez les adultes des Premières nations vivant dans des réserves.³⁰ Comme pour le diabète et les maladies cardiovasculaires, les facteurs géographiques contribuent à cette situation. Les adultes autochtones de plus de 20 ans qui vivent hors réserve dans le sud du Canada souffrent plus de l'asthme que les autres Canadiens, tandis que la situation est inversée dans le nord.³¹ En Colombie-Britannique, les taux de MOPC ajustés selon l'âge sont de 60 % supérieurs chez les Indiens non inscrits que dans le reste de la population,³² tandis qu'en Alberta, les peuples autochtones sont plus susceptibles de se rendre aux urgences et chez le médecin pour un problème d'asthme ou de MOPC que le reste des Canadiens.³³

Les facteurs de risques des maladies chroniques

Suite à la perte des modes de vie traditionnels, les peuples autochtones ont entrepris une importante transition. Le revenu, l'éducation, les conditions de vie et les déterminants propres aux Autochtones comme la colonisation, la dépossession des terres et la perte des pratiques traditionnelles en matière de santé contribuent à la dégradation de la santé.³⁴ En retour, ces déterminants influencent les facteurs de risque les plus proximaux et modifiables des maladies chroniques, soit le régime alimentaire, l'activité physique et l'usage du tabac.

Les habitudes traditionnelles de consommation d'aliments faibles en gras et très nutritifs, dont l'acquisition nécessitait une grande dépense énergétique, ont été remplacées par des régimes alimentaires riches en gras et en sucre et un mode de vie plus sédentaire.³⁵ Les données sur les Autochtones du Canada vivant hors réserve révèlent les faits suivants : 58,3 % des adultes ne font pas d'activité physique;³⁶ le surpoids et l'obésité sont plus fréquents chez les adultes autochtones du Canada que dans le reste de la population³⁷ et 41,3 % des enfants et des jeunes autochtones vivant dans des réserves au Canada sont en surpoids ou obèses, contre 26,2 % pour l'ensemble de la population.³⁸

En outre, le taux de prévalence chez les Autochtones du Canada est de 60 %, contre 25 % pour les autres Canadiens.³⁹ Les Inuits qui vivent dans le Nord affichent un taux record de 70 % en ce qui concerne l'usage du tabac. Près de la moitié de ces fumeurs ont commencé avant l'âge de 14 ans.⁴⁰ En général, les jeunes Autochtones fument davantage et commencent à fumer plus tôt que les autres jeunes.⁴¹

La tradition et l'holisme pour lutter contre les maladies chroniques

L'importance des méthodes autochtones dans les domaines de la santé et de la guérison est reconnue par les organisations autochtones ainsi que par les secteurs



de la santé et du gouvernement.⁴² Les modèles médicaux occidentaux, qui voient la maladie comme découlant du corps et de ses parties, ne tiennent pas compte des éléments physiques, psychologiques, intellectuels et spirituels des conceptions autochtones de la vie, de la santé et du bien-être.⁴³ Cette vision fait partie intégrante du savoir traditionnel, transmis d'une génération à l'autre par le biais de mécanismes comme le conte, les cérémonies, les valeurs, les médecines et les modes de vie traditionnels.⁴⁴ Les méthodes holistiques de la santé et du bien-être tiennent compte des éléments physiques, psychologiques, intellectuels et spirituels, ainsi que du milieu et des institutions sociales comme la famille et la communauté.⁴⁵

De plus en plus, les méthodes traditionnelles et holistiques sont utilisées dans la prévention des maladies chroniques. Prises ici au sens large, les « méthodes autochtones traditionnelles et holistiques » consistent à intégrer le savoir, les valeurs et les points de vue autochtones dans des programmes existants pour assurer la sécurisation culturelle, à utiliser des méthodologies de décolonisation pour créer des programmes de prévention en collaboration avec des communautés, ou encore à promouvoir les bienfaits pour la santé des activités, des pratiques, de la guérison et des régimes alimentaires traditionnels dans le cadre de programmes d'initiatives stratégiques plus vastes. De par la nature extensive des méthodes holistiques

et traditionnelles, les interventions qui s'en réclament sont diversifiées et opèrent à plusieurs échelons tout en influençant les résultats des maladies chroniques par le biais de mécanismes variés. Par exemple, des méthodes traditionnelles ont été intégrées à la prévention du diabète dans des établissements scolaires ou de la communauté,⁴⁶ à la prévention de l'obésité à la maison⁴⁷ et à la promotion de la santé dans des centres de soins en milieu urbain.⁴⁸

Cibler les facteurs de risque modifiables

Les régimes alimentaires traditionnels des Autochtones étaient élevés en protéines et faibles en gras et en glucides.⁴⁹ Des recherches effectuées sur des Premières nations, des Dene/Métis et des Inuits de l'Arctique ont montré que lorsque ces peuples consommaient davantage d'aliments traditionnels, l'apport de protéines, de riboflavine, de fer, de zinc, de cuivre, de magnésium, de manganèse, de phosphore, de potassium, de sélénium et de vitamines A, D, E et B-6 était bien plus élevé que lorsqu'ils consommaient des aliments courants du commerce. En outre, ils mangeaient beaucoup moins de gras, de glucides et de sucre.⁵⁰

Les activités traditionnelles nécessaires pour se procurer la nourriture étaient très physiques, comme la chasse, la pêche, le piégeage, la cueillette et la culture.⁵¹ De nombreuses interventions visant à améliorer le régime alimentaire et à favoriser l'activité physique chez les Autochtones du Canada ont fait valoir les

avantages d'une alimentation plus saine et d'un mode de vie actif.

En réaction à la transition alimentaire, la communauté inuite de Pangnirtung a utilisé les recherches participatives et le conte pour créer une intervention communautaire de promotion de la santé basée sur les aliments traditionnels.⁵² Cette intervention vise à favoriser les bons choix alimentaires en consignating les connaissances sur les aliments traditionnels de la région, en ayant recours à des histoires éducatives en inuktitut et en organisant des initiatives dans les épicereries.

Menées dans des communautés des Premières nations, plusieurs interventions de longue haleine ont prôné les régimes alimentaires sains et l'activité physique pour prévenir le diabète. Le *Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project* et le *Sandy Lake Health and Diabetes Project* se sont tous deux appuyés sur des recherches participatives et culturellement adaptées pour favoriser la création d'interventions communautaires et scolaires incorporant la culture et le savoir traditionnels.⁵³ L'évaluation du projet de *Kahnawake* laisse entrevoir des résultats positifs en ce qui concerne le pourcentage de gras corporel. Ce résultat n'est cependant pas durable.⁵⁴

L'intervention *Zhiiwapenewin Akinomaagewin: Teaching to Prevent Diabetes* a été réalisée dans quatre communautés du nord-ouest de l'Ontario.⁵⁵ Elle concernait des écoles,



des magasins et d'autres acteurs de la communauté, et se basait en partie sur le projet *Sandy Lake*. Bien qu'elle n'ait révélé aucune différence concernant l'activité physique et l'obésité entre les communautés ayant fait l'objet de l'intervention et les groupes de contrôle, l'étude a entraîné d'importants changements dans les connaissances et la fréquence d'obtention d'aliments sains (que ce soit par l'achat ou par la chasse et la pêche).

Une étude-pilote visant à comparer deux interventions sur le mode de vie chez les Indiens Pima des États-Unis a révélé une augmentation de l'activité physique avec les deux méthodes.⁵⁶ Toutefois, on a constaté une baisse de la consommation de féculents et du tour de taille dans le groupe ayant participé à des activités non structurées mettant en valeur l'histoire et la culture. Les membres du groupe de contrôle faisaient des activités physiques structurées. Ils ont pris plus de poids, leur taux de sucre dans le sang était plus élevé, ainsi que leur tension artérielle.

Pathways est un programme scolaire américain culturellement adapté axé sur la promotion de la santé et la prévention de l'obésité chez les enfants autochtones des États-Unis. Il a influencé de manière positive l'identité culturelle, les connaissances concernant les aliments et l'activité, ainsi que les choix alimentaires et l'attitude face à l'activité physique (choix déclarés par les répondants).⁵⁷

Des méthodes traditionnelles incluant des valeurs, des légendes, des contes et des visions holistiques de la santé ont été intégrées à une intervention basée sur les compétences et visant à prévenir la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Autochtones d'Amérique du Nord. Au bout de trois ans et demi, ceux qui avaient suivi l'intervention consommaient moins de tabac sans fumer (tabac à chiquer et à priser), d'alcool et de marijuana que les autres. En revanche, aucune différence n'a été constatée du côté de la consommation de cigarettes.⁵⁸ En résumé, de plus en plus d'études démontrent que le recours au savoir traditionnel autochtone et aux méthodes holistiques influence de manière positive les facteurs de risque modifiables des maladies chroniques.

Influencer les déterminants sociaux de la santé

La nature holistique de la vision du monde autochtone suggère que l'attention excessive portée aux éléments physiques et aux facteurs de risque de la maladie n'est pas très adaptée aux peuples autochtones et pourrait même constituer un facteur de stress.⁵⁹ En outre, les déterminants de la santé qui sous-tendent les pratiques personnelles employées peuvent s'avérer plus décisifs. Les recherches effectuées sur les activités de loisir de diabétiques des Premières nations et métis à Winnipeg révèlent que pour la plupart d'entre eux, le diabète n'est pas leur principale préoccupation.⁶⁰ En revanche, le racisme, les conséquences des pertes, les abus et les

problèmes pour trouver un logement, un emploi et un revenu figurent en bonne place. Les activités de loisirs se basaient sur la culture, et leur objectif consistait, entre autres, à favoriser la fierté, l'identité et la signification.

Il est généralement admis que la lutte contre les différences entre les Autochtones et les autres Canadiens doit passer par les déterminants de la santé qui les influencent.⁶¹ Outre leur action directe sur les facteurs de risque modifiables, nombre des interventions mentionnées plus haut influencent les déterminants de la santé en prévenant les maladies chroniques. Par exemple, l'intégration explicite des traditions et de la culture autochtones à certains programmes favorise la réappropriation du savoir et de la culture, importante dans le processus de décolonisation.⁶² Pour adopter des comportements favorables à la santé, il est important de vivre selon ses propres valeurs culturelles,⁶³ à partir desquelles les décisions sont prises.⁶⁴

L'intégration de la recherche participative à l'étape de la conception des interventions permet de renforcer l'appropriation et le contrôle, qui sont des aspects essentiels de l'habilitation de la communauté.⁶⁵ Il est également reconnu que la création de capacités et l'habilitation communautaire sont importantes pour lutter contre les inégalités.⁶⁶ Le contrôle par la communauté de l'intervention de *Kabnawake* a orienté la nature des études effectuées.⁶⁷ L'évaluation



faite par la suite a permis de dégager un modèle de travail participatif et de gouvernance partagée en harmonie avec la culture mohawk.⁶⁸

L'intégration de méthodes traditionnelles et holistiques influencera également l'accès aux services de santé ainsi que leur utilisation, en partie en augmentant leur pertinence et leur valeur culturelle. Par exemple, certains des éléments les plus prisés du programme d'intervention auprès des diabétiques de la population Haida concernaient les régimes alimentaires traditionnels et les essais de plantes médicinales.⁶⁹ Il a été suggéré que l'utilisation de services de santé, comme les interventions de sevrage du tabac, pourrait s'avérer plus efficace si elle était mieux adaptée à la culture, ce que les guérisseurs traditionnels sont les mieux placés pour faire.⁷⁰ La nécessité de se doter de moyens de dépistage du cancer et d'informations axés sur la culture, ainsi de milieux culturellement sûrs pour les Premières nations, a également été évoquée.⁷¹

Conclusion

Le nombre d'Autochtones du Canada atteints de maladies chroniques et de leurs facteurs de risques est disproportionné. Le recours à des méthodes traditionnelles et holistiques est important dans le cadre de la prévention des maladies chroniques dans les communautés autochtones. Ces méthodes peuvent être

utilisées pour influencer directement les facteurs de risque modifiables comme le régime alimentaire et l'activité physique. Mais surtout, l'utilisation des méthodes traditionnelles et holistiques autochtones peut également influencer des déterminants de la santé plus généraux, ce qui fait entrevoir la possibilité de lutter contre les inégalités dans le domaine des maladies chroniques.

Références

¹ OMS (2005). Preventing Chronic Diseases : A Vital Investment : Who Global Report. Genève. Organisation mondiale de la santé. 2007.

² Ibidem.

³ Ibidem.

⁴ Smylie, J. et Anderson, M. 2006. Understanding the Health of Indigenous Peoples in Canada: Key Methodological and Conceptual Challenges. Canadian Medical Association Journal. 175(6), pp. 603 à 605.

⁵ Santé Canada (2001). Le diabète dans les populations autochtones (Premières nations, Inuits, Métis) du Canada : les faits. Ottawa, Ontario. Santé Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/diseases-maladies/_diabete/2001_evidence_faits/sec_2-fra.php.

⁶ Ibidem.

⁷ Young, K T., Reading, J., Elias, B. et O'Neil, J. D. 2000. Type 2 Diabetes Mellitus in Canada's First Nations: Status of an Epidemic in Progress. Canadian Medical Association Journal. 163(5), pp. 561 à 566.

⁸ Ralph-Campbell, K., Oster, R., Connor, T., Pick, M., Pohar, S., Thompson, P. et coll. 2009. Increasing Rates of Diabetes and Cardiovascular Risk in Métis Settlements in Northern Alberta. International Journal of Circumpolar Health. 68(5), pp. 433 à 442.

⁹ Assemblée des Premières Nations. 2007. Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS). Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations. Ottawa, Ontario. APN.

¹⁰ Santé Canada (2001).

¹¹ Young et coll. 2000.

¹² Santé Canada (2001).

¹³ Lix, L.M., Bruce, S., Sarkar, J. et Young, T.K. 2009. Risk Factors and Chronic Conditions among Aboriginal and Non-Aboriginal Populations. Health Reports. 20(4), pp. 21 à 29.

¹⁴ Heffernan, C., Herbert, C., Grams, G.D., Grzybowski, S., Wilson, M.A., Calam, B. et coll. 1999. The Haida Gwaii Diabetes Project: Planned Response Activity Outcomes. Health & Social Care in the Community. 7(6), pp. 379 à 386.

¹⁵ Harris, S.B. 1998. What Works? Success Stories in Type 2 Diabetes Mellitus. Diabetic Medicine 15 (suppl. 4), S20 à S23.

¹⁶ Young et coll. 2000.

¹⁷ Santé Canada (2001).

¹⁸ Reading, J. 2009. The Crisis of Chronic Disease among Aboriginal Peoples: A Challenge for Public Health, Population Health and Social Policy. Victoria, Colombie-Britannique. Centre for Aboriginal Health Research.

¹⁹ Centre des Premières nations. 2004. First Nations and Inuit Regional Health Surveys, 1997: A Synthesis of the National and Regional Reports. Ottawa, Ontario. Organisation nationale de la santé autochtone, Centre des Premières nations.

²⁰ Myers, K.A. 2002. Cardiovascular Disease and Risk in the Aboriginal Population. Canadian Medical Association Journal. 166(3), p. 355.

²¹ Administrateur en chef de la santé publique de la Colombie-Britannique. 2009. Pathways to Health and Healing: 2nd Report on the Health and Well-Being of Aboriginal People in British Columbia. Victoria, Colombie-Britannique. Gouvernement de C.-B..

²² Santé Canada. 2005. Indicateurs de santé

- comparables des Premières nations. Ottawa, Ontario. Santé Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/2005-01_health-sante_indicat-fra.php.
- ²³ Young, T.K. 2003. Contributions to Chronic Disease Prevention and Control: Studies among the Kivalliq Inuit since 1990. *International Journal of Circumpolar Health*. 62(4), pp. 323 à 330.
- ²⁴ Reading, 2009.
- ²⁵ Assemblée des Premières Nations. 2009. Access to Cancer Screening and First Nations. Ottawa, Ontario. APN.
- ²⁶ Santé Canada (2005). Indicateurs de santé comparables des Premières nations.
- ²⁷ Assemblée des Premières Nations. 2009.
- ²⁸ Bjerregaard, P., Young, T.K., Dewailly, E. et Ebbesson, S.O.E. 2004. Indigenous Health in the Arctic: An Overview of the Circumpolar Inuit Population, *Scandinavian Journal of Public Health*. 32, pp. 390 à 395.
- ²⁹ Reading, 2009.
- ³⁰ Butler-Jones, D. 2008. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada. 2008. Ottawa, Ontario. Agence de la santé publique du Canada.
- ³¹ Lix et coll. 2009.
- ³² Administrateur en chef de la santé publique de la Colombie-Britannique. 2009.
- ³³ Sin, D.D. et coll. 2002. Asthma and COPD among Aboriginals in Alberta, Canada. *Chest*. 121, pp. 1841 à 1846.
- ³⁴ King, M., Smith, A. et Gracey, M. 2009. Indigenous Health Part 2: The Underlying Causes of the Health Gap. *Lancet*. 374, pp. 76 à 85. Loppie Reading, C. et Wien, F. 2009. Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health. Prince George, Colombie-Britannique. Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone.
- ³⁵ Compher, C. 2006. The Nutrition Transition in American Indians. *Journal of Transcultural Nursing*. 17(3), pp. 217 à 223; Reading, 2009. Willows, N.D. 2005. Determinants of Healthy Eating in Aboriginal Peoples in Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 96 (supplément 3), pp. S32 à S36.
- ³⁶ Katzmarzyk, P.T. 2008. Obesity and Physical Activity among Aboriginal Canadians. *Obesity*. 16, pp. 184 à 190.
- ³⁷ Ibidem.
- ³⁸ Shields, M. 2006. Overweight and Obesity among Children and Youth. *Health Reports*. 17(3).
- ³⁹ Santé Canada (2005). Rapport d'étape 2005 sur la lutte contre le tabagisme. Ottawa, Ontario. Santé Canada.
- ⁴⁰ _____ . Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones : Effets du tabagisme. Ottawa, Ontario. Santé Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/substan/tobac-tabac/effects-effets-fra.php>.
- ⁴¹ Reading, 2009.
- ⁴² Santé Canada (2005). Plan directeur de la santé des Autochtones : un plan de transformation sur 10 ans. Ottawa, Ontario. Santé Canada, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2005-blueprint-plan-abor-auto/index-fra.php>.
- ⁴³ Crowshø, C. 2005. Sacred Ways of Life: Traditional Knowledge. Ottawa, Ontario. Centre des Premières nations, Organisation nationale de la santé autochtone.
- ⁴⁴ Ibidem.
- ⁴⁵ Santé Canada (2005). Plan directeur de la santé des Autochtones.
- ⁴⁶ Harris. 1998, Daniel, M., Green, L.W., Marion, S.A., Gamble, D., Herbert, C.P., Hertzman, C. et Sheps, S.B. 1999. Effectiveness of Community-Directed Diabetes Prevention and Control in a Rural Aboriginal Population in British Columbia, Canada. *Social Science and Medicine*. 48. Heffernan et al. 1999.
- ⁴⁷ Harvey-Berino, J. et Rourke, R. 2003. Obesity Prevention in Preschool Native-American Children: A Pilot Study Using Home Visiting. *Obesity Research*. 11(5), pp. 606 à 611.
- ⁴⁸ Hunter, L.M., Logan, J., Goulet, J. et Barton, S. 2006. Aboriginal Healing: Regaining Balance and Culture. *Journal of Transcultural Nursing*. 17(1), pp. 13 à 22.
- ⁴⁹ Willows. 2005.
- ⁵⁰ Kuhnlein, H.V., Receveur, O., Soueida, R. et Egeland, G. 2004. Arctic Indigenous Peoples Experience the Nutrition Transition with Changing Dietary Patterns and Obesity. *The Journal of Nutrition*. 134, pp. 1447 à 1453.
- ⁵¹ Willows. 2005.
- ⁵² Egeland, G., Charbonneau-Roberts, G., Kuluguqtuq, J., Kilabuk, J., Okalik, L., Soueida, R. et Kuhnlein, H.V. 2009. Back to the Future: Using Traditional Food and Knowledge to Promote a Healthy Future among Inuit. Dans *Indigenous Peoples' Food Systems*, pp. 9 à 22. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment.
- ⁵³ Harris. 1998.
- ⁵⁴ Paradis, G., Lévesque, L., Macaulay, A.C., Cargo, M., McComber, A., Kirby, R., Receveur, O., Kishchuk, N. et Potvin, L. 2005. Impact of a Diabetes Prevention Program on Body Size, Physical Activity, and Diet among Kanien'kehá:Ka (Mohawk) Children 6 to 11 Years Old: 8-Year Results from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project. *Pediatrics*. 115, pp. 333 à 339.
- ⁵⁵ Ho, L.S., Gittelsohn, J., Rimal, R., Treuth, M.S., Sharma, S., Resecrans, A. et Harris, S.B. 2008. An Integrated Multi-Institutional Diabetes Prevention Program Improves Knowledge and Healthy Food Acquisition in Northwestern Ontario First Nations. *Health Education and Behavior*. 35(4), pp. 561 à 573.
- ⁵⁶ Venkat Narayan, K.M., Hoskin, M., Kozak, D., Kriska, A.M., Hanson, R.L., Pettitt, D.J., Nagi, D.K., Bennett, P.H. et Knowler, W.C. 1998. Randomized clinical trial of lifestyle interventions in Pima Indians: A pilot study. *Diabetic Medicine*. 15(1), pp. 66 à 72.
- ⁵⁷ Davis, S.M., Clay, T., Smyth, M., Gittelsohn, J., Arviso, V., Flint-Wagner, H. et coll. 2003. Pathways Curriculum and Family Interventions to Promote Healthful Eating and Physical Activity in American Indian Schoolchildren. *Preventive Medicine*. 37, pp. S24 à 34.
- ⁵⁸ Schinke, S., Tepavac, L. et Cole, K. 2000. Preventing Substance Use among Native American Youth: Three Year Results. *Addictive Behaviors*. 25(3), pp. 387 à 397.
- ⁵⁹ Bartlett, J.G. 2003. Conceptions and Dimensions of Health and Well-Being for Métis Women in Manitoba. *International Journal of Circumpolar Health*. 63 (supplément 2), pp. 107 à 113.
- ⁶⁰ Iwasaki, Y., Bartlett, J., Gottlieb, B. et Hall, D. 2009. Leisure-Like Pursuits as an Expression of Aboriginal Cultural Strengths and Living Actions. *Leisure Sciences*. 31(2), pp. 158 à 173.
- ⁶¹ Santé Canada (2005). Plan directeur de la santé des Autochtones.
- ⁶² Wilson, W.A. 2004. Indigenous Knowledge Recovery Is Indigenous Empowerment. *American Indian Quarterly*. 28(3/4), pp. 359 à 372.
- ⁶³ Wolsko, C., Lardon, C., Hopkins, S. et Ruppert, E. 2006. Conceptions of Wellness among the Yup'ik of the Yukon-Kuskokwim Delta: The Vitality of Social and Natural Connection. *Ethnicity & Health*. 11(4), pp. 345 à 363.
- ⁶⁴ Warne, D. et Lakota, O. 2005. Traditional Perspectives on Child and Family Health. *Paediatrics & Child Health*. 10(9), pp. 542 à 544.
- ⁶⁵ Cargo, M., Lévesque, L., Macaulay, A.C., McComber, A., Desrosiers, S., Delormier, T. et Potwin, L., en association avec le conseil consultatif communautaire du Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project (KSDPP). 2003. Community Governance of the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project, Kahnawake Territory, Mohawk Nation, Canada. *Health Promotion International*. 18(3), pp. 177 à 187.
- ⁶⁶ Chino, M. et DeBruyn, L. 2006. Building True Capacity: Indigenous Models for Indigenous Communities. *American Journal of Public Health*. 96(3), pp. 596 à 599.
- ⁶⁷ Paradis et coll. 2005.
- ⁶⁸ Cargo et coll. 2003.
- ⁶⁹ Heffernan et coll. 1999.
- ⁷⁰ Wardman, D., Quantz, D., Tootoosis, J. et Khan, N. 2007. Tobacco Cessation Drug Therapy among Canada's Aboriginal People. *Nicotine & Tobacco Research*. 9, n° 5, pp. 607 à 611.
- ⁷¹ Assemblée des Premières Nations. 2009.



sharing knowledge · making a difference
partager les connaissances · faire une différence



NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH
CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS :
UNIVERSITÉ DU NORD DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE
3333, UNIVERSITY WAY, PRINCE GEORGE C.-B. V2N 4Z9

1 250 960 5250
CCNSA@UNBC.CA
WWW.CCNSA.CA

© 2011 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone appuie le renouvellement du réseau de santé publique du Canada, afin qu'il soit inclusif et respectueux des diverses populations de Premières nations, Inuits et Métis. Hébergé par l'Université du Nord de la Colombie-Britannique à Prince George (Colombie-Britannique), le CCNSA est financé par l'Agence de la santé publique du Canada. La production de ce rapport a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada ou du CCNSA.