



ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC - 2008

Chapitre 15 Soins de santé préventifs



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

Rédacteurs de la CSSSPNQL (Chapitres rédigés)

Hélène Bagirishya (Services à la petite enfance / Accès aux soins de santé et satisfaction des services)

Marie-Noëlle Caron (Alcool, drogues et jeux de hasard)

Mathieu-Olivier Côté (Logement / Migration)

Cheick Bamba Dieye Gueye (Blessures non-intentionnelles / Soins de santé préventifs)

Émilie Grantham (Caractéristiques sociodémographiques / Alimentation et activité physique)

Zineb Laghdir (Tabagisme / Santé sexuelle)

Patricia Montambault (Bien-être personnel / Bien-être communautaire)

Marie-Claude Raymond (Soins dentaires / Soins et services à domicile)

Rédacteurs externes (Chapitres rédigés)

Yvonne Boyer, Kurtis Boyer, Erin Fletcher (Pensionnats indiens)

Bernard Roy (État de santé / Diabète)

Comité de révision des chapitres de l'ERS

Mathieu-Olivier Côté, CSSSPNQL

Nancy Gros-Louis McHugh, CSSSPNQL

André Simpson, INSPQ

Comité consultatif

Alex Sonny Diabo, Communauté de Kahnawake

Mathieu Joffre Lainé, RCAAQ

Peggy Mayo, Communauté de Kahnawake

Arden McBride, Communauté de Timiskaming

Jowan Philippe, Communauté de Mashteuiatsh

Serge Rock, Réseau Jeunesse des Premières Nations - APNQL

Sonia Young, Communauté de Wolf Lake

Graphisme et mise en page

Chantal Cleary et Patricia Mathias

Remerciements

Nous remercions les personnes qui ont permis de dresser ce portrait de l'état de santé des Premières Nations du Québec, particulièrement tous les répondants des communautés Premières Nations participantes. Nous remercions également toutes les personnes qui ont participé à chacune des étapes de l'enquête et à leur réalisation.

Document également disponible en anglais sous le titre : *Quebec First Nations Regional Health Survey – 2008 - Preventive health care.*

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes.

ISBN : 978-1-926553-79-5

© CSSSPNQL (Février 2013)

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

Historique

L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) est l'enquête pionnière en matière de recherche par et pour les Premières Nations. Réalisée intégralement par les Premières Nations, elle est un modèle d'innovation en ce qui a trait à l'implication des communautés dans le processus, l'éthique et l'adaptation culturelle de la recherche.

L'ERS est la première recherche entièrement réalisée dans le respect des principes de propriété, contrôle, accès et possession (PCAP). Ces principes visent à assurer une implication intégrale des communautés des Premières Nations dans toutes les étapes de la recherche.

La gouvernance et la coordination de l'ERS sont assurées par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) au plan national, et par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) au Québec.

Cette deuxième vague de l'ERS a été précédée par celle de 2002 (première vague), ainsi que par un projet pilote (1997). Depuis maintenant 15 ans, les données de l'ERS contribuent à supporter les décideurs et les intervenants tout en contribuant à étoffer les connaissances sur la situation socio sanitaire des Premières Nations. Nous prévoyons réaliser encore deux phases subséquentes à celle-ci, soit la phase 3 en 2013 et la phase 4 en 2016.

1997	2002	2008	2013	2016
Projet pilote de l'ERS	Phase 1 de l'ERS	Phase 2 de l'ERS	Phase 3 de l'ERS	Phase 4 de l'ERS
Complété	Complétée	Complétée		

Questionnaire

Trois questionnaires distincts ont été créés pour trois groupes d'âge différents (enfants, adolescents, adultes). Ces questionnaires étaient administrés en personne par 63 intervieweurs des Premières Nations formés à cette fin. Afin de prévenir les risques d'erreur, la saisie des informations était réalisée par les intervieweurs lors de l'entrevue à l'aide d'ordinateurs portables. Dans le cas des enfants de moins de 12 ans, le questionnaire était administré au parent ou au tuteur. Le tableau suivant résume les thématiques abordées selon le groupe d'âge.

Thématiques abordées dans les questionnaires de l'ERS 2008

Thématiques	Enfants	Adolescents	Adultes
	0 – 11 ans	12 – 17 ans	18 ans et plus
Vaccination	✓		
Garderie	✓		✓
Caractéristiques démographiques	✓	✓	✓
Caractéristiques du ménage	✓	✓	✓
Éducation	✓	✓	✓
Langue et culture	✓	✓	✓
Maladies chroniques	✓	✓	✓
Blessures	✓	✓	✓
Soins dentaires	✓	✓	✓
Diabète	✓	✓	✓
Activité physique	✓	✓	✓
Nutrition et aliments traditionnels	✓	✓	✓
Pensionnats	✓	✓	✓
Santé mentale		✓	✓
Bien-être communautaire		✓	✓
Tabagisme		✓	✓
Alcool et drogues		✓	✓
Santé sexuelle		✓	✓
Accès aux soins de santé		✓	✓
Médecine traditionnelle		✓	✓
Soins de santé préventifs			✓
Logement			✓
Aidants naturels			✓
Dépression			✓
Migration			✓
Emploi et revenu			✓
Jeux de hasard			✓
Sécurité alimentaire			✓
Soins à domicile et limitations			✓
Violence			✓
Indice de l'état de santé			✓

Un total de 2691 entrevues individuelles ont été réalisées (87,3 % de l'échantillon prévu initialement).

0-11 ans : 727 répondants (94,4 % de l'échantillon prévu initialement).

12-17 ans : 600 répondants (77,9 % de l'échantillon prévu initialement).

18 ans et plus : 1364 répondants (88,6 % de l'échantillon prévu initialement).

Période de collecte de données

La collecte de données s'est déroulée de septembre 2008 à février 2010 dans les 21 communautés sélectionnées dans la région du Québec.

Échantillonnage

L'ERS a été réalisée à l'aide d'un échantillon stratifié à deux degrés.

Premier degré : Classification des communautés de chaque nation selon leur taille dans l'une des trois strates suivantes : petite (entre 75 et 299 habitants); moyenne (entre 300 et 1499 habitants); grande (1500 habitants et plus). Les communautés devaient compter plus de 75 habitants pour être retenues. Une sélection aléatoire des communautés a ensuite été réalisée dans chacune des strates. Dans le but d'augmenter la puissance statistique, les communautés de grandes tailles ont toutes été invitées à participer à l'ERS. Dans l'éventualité où pour une nation, une strate ne comptait qu'une seule communauté, cette dernière était automatiquement invitée à participer à l'enquête.

Deuxième degré : Répartition de la population des communautés sélectionnées selon huit strates établies en fonction de l'âge et du sexe :

Strate 1 : 0-11 ans/masculin.

Strate 2 : 0-11 ans/féminin.

Strate 3 : 12-17 ans/masculin.

Strate 4 : 12-17 ans/féminin.

Strate 5 : 18-54 ans/masculin.

Strate 6 : 18-54 ans/féminin.

Strate 7 : 55 ans+/masculin.

Strate 8 : 55 ans+/féminin.

Sélection aléatoire des individus dans chacune des strates. Cette sélection est réalisée à l'aide de la liste de bande de chacune des communautés participantes.

Le nombre de répondants dans l'échantillon était suffisant pour permettre de vérifier la signification statistique des résultats

observés. Comme on peut le lire dans les chapitres de l'enquête, pour la plus grande part des résultats observés, on peut généraliser le résultat observé dans l'échantillon à l'ensemble de la population avec un risque d'erreur inférieur à 5 %, ou selon le cas, inférieur à 1%.

Communautés participantes à l'ERS 2008

Nation (8)	Taille	Communauté (21)	Échantillon	Population	% de la pop. interrogée
Abénakis	Moyenne	Odanak	50	309	16,2 %
Algonquins	Grande	Kitigan Zibi	122	1535	7,9 %
		Lac Simon	174	1403	12,4 %
	Moyenne	Pikogan	95	567	16,8 %
		Timiskaming	86	604	14,2 %
		Eagle Village	55	261	21,1 %
Atikamekw	Grande	Manawan	167	2122	7,9 %
		Opitciwan	183	2117	8,6 %
	Moyenne	Wemotaci	118	1307	9,0 %
Hurons-Wendat	Moyenne	Wendake	111	1332	8,3 %
Innus	Grande	Betsiamites	252	2848	8,8 %
		Mashteuiatsh	183	2022	9,1 %
		Uashat Mak Mani-Utenam	246	3080	8,0 %
	Moyenne	Matimekush-Lac John	87	729	11,9 %
		Natashquan	128	916	14,0 %
		Pakua Shipi	50	314	15,9 %
	Petite	Unamen Shipu	96	1016	9,4 %
		Essipit	38	177	21,5 %
Mi'gmaq	Grande	Listuguj	220	2000	11,0 %
	Moyenne	Gesgapegiag	72	608	11,8 %
Mohawks	Moyenne	Kanesatake	94	1328	7,1 %
Naskapis	Moyenne	Kawawachikamach	64	614	10,4 %
Total			2691	27209	9,9 %

Pondération

Toutes les données exposées dans l'ERS ont été pondérées afin d'illustrer une estimation de la population totale des Premières Nations du Québec vivant dans les communautés.

Limite de représentativité de la nation Mohawk

Bien que la nation Mohawk au Québec soit composée de Kahnawake, Kanesatake et une portion d'Akwesasne, la seule communauté à avoir participé à l'ERS est Kanesatake. D'une part, la communauté d'Akwesasne a été exclue du plan d'échantillonnage de la région du Québec car la majorité de ses habitants vivent du côté ontarien de la frontière provinciale. D'autre part, la communauté de Kahnawake, où habite la majorité des Mohawks du Québec, a préféré ne pas participer à l'ERS. Pour ces raisons, il est impossible de produire des estimations qui puissent être appliqués à l'ensemble de la nation Mohawk au Québec.

Zone géographique

Certaines des données de l'ERS sont présentées selon la zone géographique. Cette dernière fait référence au degré d'isolement des communautés des répondants. Cette mesure de l'isolement géographique est basée sur un système de zones élaboré par Affaire autochtones et développement du Nord Canada (AADNC).

Zone 1 : La communauté est située à moins de 50 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 2 : La communauté est située entre 50 et 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 3 : La communauté est située à plus de 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 4 : La communauté n'a pas de route d'accès ouverte reliée à l'année longue à un centre de service

Centre de services : La localité la plus proche où les membres de la communauté doivent se rendre pour avoir accès aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.

FAITS SAILLANTS

- Selon les résultats de l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2008* (ERS 2008), 42,3 % de la population adolescente et adulte ont déclaré avoir effectué un test de cholestérol, au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 41,8 % un examen de la vue, 54,4 % une mesure de la tension artérielle, 45,8 % un test de glycémie et 45,1 % un examen physique complet. La comparaison avec l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002* (ERS 2002) montre que les proportions d'individus qui ont passé certains de ces examens de routine ont augmenté entre les deux périodes. C'est le cas du test de cholestérol qui a subi une hausse proportionnelle de 3,7 % ($p = 0,08$), de l'examen physique complet avec une hausse proportionnelle de 15,9 % ($p < 0,0001$). Par contre, chez les personnes ayant effectué un examen de la vue et le test de glycémie, des baisses proportionnelles de 29,9 % ($p < 0,0001$) et de 1,7 % ($p = 0,7$) ont été respectivement notées.
- Chez les adolescents, les proportions des 12 à 14 ans ayant passé un examen de la vue (32,0 %), un examen physique complet (23,1 %), un test de glycémie (13,5 %) sont plus élevées que chez les 15 à 17 ans. En revanche, pour les tests de cholestérol et la mesure de la tension artérielle, les jeunes de 15 à 17 ans enregistrent les plus fortes proportions avec respectivement 8,0 % et 26,3 %. Cette différence des proportions n'est pas statistiquement significative chez les adolescents.
- Chez les adultes, les proportions d'individus ayant passé des tests et examens augmentent avec l'âge. Les aînés enregistrent les plus fortes proportions pour chaque examen de routine soit : 77,1 % pour le test du cholestérol, l'examen de la vue 61,2 %, la mesure de la tension artérielle 88,6 %, le test de glycémie 81,4 % et l'examen physique complet 74,0 %. Les proportions d'individus ayant effectué des tests ou examens médicaux, chez les adultes, augmentent significativement avec l'âge ($p < 0,0001$ pour chaque test ou examen médical).
- Selon le sexe, les proportions de femmes qui ont déclaré avoir effectué des tests ou examens médicaux au cours des 12 mois précédant l'enquête sont respectivement de 55,7 % pour la mesure de la tension artérielle, le test de glycémie 48,0 %, l'examen physique complet 46,8 %, le test du cholestérol 42,4 % et l'examen de la vue 41,4 %. Chez les hommes, 53,1 % ont effectué une mesure de la tension artérielle, 43,5 % un test de glycémie, 43,4 % un examen physique complet, 42,3 % un test de cholestérol et 42,2 % un examen de la vue. L'écart entre les sexes, en ce qui concerne les proportions de personnes ayant passé l'examen de la vue, l'examen physique complet et le test du cholestérol, n'est pas significatif pour l'ensemble de la population adolescente et adulte. Par contre, la mesure de la tension artérielle et le test de glycémie augmentent significativement chez les adolescentes seulement ($p = 0,006$).
- Les proportions d'individus ayant déclaré avoir passé des examens de routine au cours des 12 mois précédant l'enquête augmentent significativement avec le niveau de scolarité pour l'ensemble la population adolescente et adulte ($p < 0,0001$ pour chaque test ou examen médical).

- Chez les adultes, les proportions de personnes qui ont effectué des examens de routine au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête augmentent significativement avec le revenu annuel du ménage (test de cholestérol $p < 0,0001$; examen de la vue $p = 0,03$; mesure de la tension artérielle $p = 0,002$; test de glycémie $p < 0,0005$; examen physique complet $p = 0,04$).
- Chez les hommes âgés de 40 ans et plus, les proportions d'individus qui ont déclaré avoir subi le test de l'antigène prostatique spécifique (ou test APS) au cours des 12 mois précédant l'enquête augmentent significativement avec l'âge ($p < 0,0001$). Le groupe des aînés, âgés de 65 ans et plus, enregistre les plus grandes proportions avec 72,4 %.
- Plus d'un tiers (32,8 %) des femmes âgées de 40 ans et plus ont affirmé avoir effectué l'auto-examen des seins (AES) au moins une fois par mois. Les proportions de femmes ayant effectué un auto-examen des seins selon une certaine fréquence ne varient pas de façon statistiquement significative selon l'âge.
- Plus de la moitié (56,9 %) des femmes âgées de 40 ans et plus ont passé une mammographie au cours des 24 derniers mois précédant l'enquête. Les proportions de femmes ayant passé une mammographie augmentent significativement avec l'âge ($p < 0,0001$).
- Chez les femmes âgées de 12 ans et plus, 56,6 % ont déclaré avoir subi le test de Papanicolaou (test Pap) au cours des trois dernières années précédant l'enquête. Les plus fortes proportions sont observées chez les adultes (67,1 % des 18 à 34 ans et 68,3 % des 35 à 54 ans) plutôt que chez les adolescentes (8,1 % chez les 12 à 14 ans et 35,6 % chez les 15 à 17 ans). Les proportions de femmes ayant effectué le test de Pap sont statistiquement différentes selon le groupe d'âge ($p < 0,0001$).
- Parmi les adolescentes, 61,0 % affirment avoir reçu le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les jeunes de 15 à 17 ans enregistrent les plus grandes proportions (64,6 %). Le fait de recevoir le vaccin du VPH n'est pas statistiquement lié au groupe d'âge.
- Environ 63,5 % des adolescents ont consulté un médecin ou fréquenté un centre de santé communautaire au cours de la dernière année, tandis que 8,4 % ont eu recours à un psychologue ou à un service de santé mentale. Dans la population des adolescents, le recours aux services d'un médecin augmente significativement chez les filles ($p = 0,02$).
- Chez les enfants, 98,0 % des répondants affirment que leurs enfants ont reçu leurs vaccins de routine. Le fait de recevoir les vaccins de routine augmente significativement avec l'âge ($p = 0,0006$)¹.

¹ 25 % des cellules ont un effectif théorique inférieur à 5. Le test du khi-2 peut ne pas convenir

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AES : Auto-examen des seins

APS : Antigène prostatique spécifique (test)

CSSSPNQL : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

ECE-SSP : Enquête canadienne sur l'expérience en soins de santé primaires

ERS : Enquête régionale sur la santé des Premières Nations

GECSSP : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

INCC : Institut national du cancer du Canada

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

LCS : Loi canadienne sur la santé

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

Pap : Papanicolaou (test)

PECH : Programme éducatif canadien sur l'hypertension

SCC : Société canadienne du cancer

VPH : Virus du papillome humain

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
1. Mesures de prévention, de dépistage et médecine traditionnelle utilisées chez les adolescents et adultes des Premières Nations	18
1.1 Tests et examens médicaux chez les adolescents et adultes	18
1.2 Consultation d'un guérisseur traditionnel chez les adolescents et adultes	21
1.3 Mesures de prévention et de dépistage utilisées selon certaines caractéristiques de la population des Premières Nations	21
1.4 Mesures de prévention et de dépistage spécifiques à l'âge et au sexe	24
1.5 Vaccins contre le Virus du Papillome Humain (VPH)	27
2. Autres mesures de prévention, et de dépistage utilisées chez les adolescents des Premières Nations	28
3. Mesures préventives utilisées chez les enfants des Premières Nations	30
DISCUSSION	35
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	43

Liste des tableaux

- Tableau 1 : Nombre et pourcentage de personnes ayant subi des tests ou des examens médicaux au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge, population adolescente et adulte des Premières Nations du Québec.....19
- Tableau 2 : Proportion d'adultes âgés de 18 ans et plus ayant subi des tests ou des examens médicaux au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le revenu annuel du ménage, population adulte des Premières Nations du Québec21
- Tableau 3 : Proportion de personnes ayant subi des tests ou des examens médicaux au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le niveau de scolarité, population adolescente et adulte des Premières Nations du Québec.....22
- Tableau 4 : Proportion d'adultes âgés de 18 ans et plus ayant subi des tests ou des examens médicaux au cours des 12 mois précédant l'enquête selon l'isolement géographique, population adulte des Premières Nations du Québec.....23

Liste des figures

Figure 1 : Proportion de personnes ayant subi des tests ou des examens médicaux au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe, population adolescente et adulte des Premières Nations du Québec.....	20
Figure 2 : Proportion d'hommes âgés de 40 ans et plus ayant subi un test de l'APS au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge, population des Premières Nations du Québec	24
Figure 3 : Proportion de femmes âgées de 40 ans et plus ayant effectué l'auto-examen des seins(AES) ou subi une mammographie selon le groupe d'âge, population des Premières Nations du Québec.....	25
Figure 4 : Proportion de femmes âgées de 12 ans et plus ayant subi un test Pap au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge, population adolescente et adulte des Premières Nations du Québec	26
Figure 5 : Proportion d'adolescentes ayant été vaccinées contre le VPH au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge, population adolescente des Premières Nations du Québec.....	27
Figure 6 : Pourcentage d'adolescents ayant eu recours à certains services de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge.....	28
Figure 7 : Proportion d'adolescents âgés de 12 à 17 ans ayant eu recours à certains services de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe	29
Figure 8 : Proportion d'enfants, âgés de 0 à 11 ans, ayant reçu leurs vaccins de routine selon la nation, population enfant des Premières Nations du Québec.....	30
Figure 9 : Proportion d'enfants, âgés de 0 à 11 ans, ayant reçu leurs vaccins de routine selon le sexe, population enfant des Premières Nations du Québec	31
Figure 10 : Proportions d'enfants, âgés de 0 à 11 ans, ayant reçu leurs vaccins de routine selon le groupe d'âge, population des Premières Nations du Québec.....	32
Figure 11 : Proportions d'enfants, âgés de 0 à 11 ans, ayant reçu leurs vaccins de routine selon l'isolement géographique, population des Premières Nations du Québec	33
Figure 12 : Les différentes raisons évoquées expliquant l'absence de vaccination de routine chez certains enfants, âgés de 0 à 11 ans, population des Premières Nations du Québec.....	34

...La prévention va de pair avec un mode de vie traditionnel et sain. Lorsque nous vivons en équilibre avec la terre et la nature, une bonne condition de santé s'ensuit. Tout ce dont nous avons besoin nous est donné par notre mère, la terre : des aliments sains, de l'eau fraîche et de l'air pur, des remèdes et les principes et les connaissances qui nous permettent de nous en servir sagement. Joint à une vie active, une attitude positive et des relations paisibles et harmonieuses avec les autres et avec le monde spirituel, ses bienfaits feront en sorte que la santé sera la nôtre...

Malloch, 1989

*...Personne ne doit être empêché d'avoir accès aux interventions de sauvetage ou de promotion de la santé pour des raisons injustes, y compris les facteurs économiques et sociaux...
Ce sont ici quelques questions soulevées par la Commission des Déterminants sociaux de la Santé...
Lorsqu'il s'agit de santé, l'équité est vraiment une question de vie ou de mort...*

Chan, 2007

INTRODUCTION

La prévention, selon le Programme national de santé publique du Québec, 2003-2012 (MSSS, 2003), « englobe des activités qui visent avant tout à réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes ainsi qu'à détecter les signes hâtifs des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux ».

Le dictionnaire d'épidémiologie (Last, 2004) propose une autre définition de la prévention basée sur les notions de :

- *prévention primordiale* : comporte des actions et des mesures qui visent à éviter l'apparition de modes de vie sociaux, économiques et culturels, et de comportements dont on sait qu'ils contribuent à l'augmentation du risque de maladie. Elle relève de la politique de la *santé publique* et de la *promotion de la santé*.
- *prévention primaire* : protection de la santé par des efforts personnels et communautaires, comme l'amélioration de l'état nutritionnel, la vaccination contre les maladies transmissibles et l'élimination des risques liés à l'environnement. Cette tâche relève des services de *santé publique*.
- *prévention secondaire* : consiste en une série de services offerts aux individus et aux communautés pour la détection précoce et l'intervention rapide afin de lutter contre les maladies et de réduire au minimum l'incapacité, par le recours aux programmes de dépistage, par exemple. Elle relève de la *médecine préventive*.

- *prévention tertiaire* : consiste en des mesures destinées à atténuer les conséquences des maladies et des incapacités de longue durée en éliminant ou en réduisant les déficiences, incapacités et désavantages, en diminuant la souffrance et en maximisant les années potentielles de vie active. Cette tâche relève de la *réadaptation*.

Dans le cadre des soins de santé au Canada, la Loi canadienne sur la santé (LCS) qui est une loi fédérale, régit l'assurance-santé. Elle présente « l'objectif principal de la politique canadienne des soins de santé qui consiste à protéger, à promouvoir et à rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada, et à leur donner, dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé, sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent ».

Les mesures préventives de santé sont constituées de gammes de services de santé offertes à la population et dont le but est de prévenir l'apparition et l'installation des maladies. Ces services sont entre autres l'examen physique complet, les examens du taux de cholestérol, de la tension artérielle et du sucre (diabète) dans le sang, l'examen de la vue, les tests de dépistage des cancers du sein (mammographie), de la prostate (dosage du PSA), du col de l'utérus (test Pap), les vaccins (contre le VPH, la grippe, etc.).

Problématique

Prévalence des maladies chroniques chez les Premières Nations

Pour certaines maladies, les Autochtones s'exposent à des risques qui sont parfois supérieurs à ceux du reste de la population canadienne. Cet état de fait approfondit davantage les disparités déjà existantes en matière de santé (Reading, 2009).

En ce qui concerne le diabète, en 1997, le taux de diabète autodéclaré chez les hommes et les femmes des Premières Nations du Canada était respectivement 3,6 et 5,3 fois plus élevé que chez les non-Autochtones des mêmes sexes et groupes d'âge (Centre des Premières nations, 2004). Selon l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, la prévalence normalisée du diabète selon l'âge est d'environ 19,7 % (First Nations Centre at the National Aboriginal Health Organisation, 2005.).

Dans la rubrique des maladies cardiovasculaires, les résultats de l'Enquête régionale sur la santé de 1997 suggéraient que les maladies du cœur et l'hypertension artérielle étaient respectivement de 3 et 2,5 fois plus fréquentes chez les Premières Nations et les Inuits que dans la population canadienne en général (First Nations Centre, 2004). L'enquête régionale sur la santé de 2002-2003, qui a recueilli les déclarations volontaires de troubles cardiaques chez les Premières Nations, a mis en lumière une prévalence légèrement supérieure à celle de la population canadienne (7,6 % contre 5,6 %) (First Nations Centre at the National Aboriginal Health Organisation, 2005.). La prévalence de l'hypertension ajustée selon l'âge, est de 22,0 % pour les hommes et 25,0 % pour les femmes tandis que le reste de la population canadienne a une prévalence de 8,0 % chez les hommes et de 10,0 % chez les femmes (Santé Canada, 1999).

En ce qui concerne les cancers, les taux de mortalité et d'incidence sont moindres chez les Autochtones que parmi la population canadienne en général (Waldrum et coll., 2006). Selon le Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, il est extrêmement difficile de déterminer la prévalence exacte de certaines formes de cancer

parmi les populations autochtones, car la fiabilité et l'exactitude des données statistiques actuelles sont limitées. Selon ce même comité, la plupart des registres provinciaux ne présentent pas les données sur les cancers selon l'ethnicité (Comité directeur national, Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1999). En plus de ces problèmes, les quelques études canadiennes qui ont été publiées jusqu'ici sont restreintes quant à leur généralisabilité et validité par-delà la source même de l'information. Bien que ces taux plus faibles soient encourageants, la littérature examinée indique que les taux de cancer augmentent chez les Premières Nations et se rapprochent rapidement de ceux de la population canadienne en général (Marrett et coll., 2003).

Utilisation des mesures préventives chez les Premières Nations

Les Premières Nations se particularisent généralement, en ce qui concerne l'utilisation des soins de santé préventifs, par des fréquences d'utilisation plus faibles que la moyenne canadienne. Selon l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002* (ERS 2002), 40,8 % de la population adulte estime avoir le même accès aux services de santé conventionnels que les autres canadiens. Un certain nombre de barrières seraient liées à cet état de fait notamment, l'éloignement, la culture et la langue, ainsi que les conditions sociales et économiques spécifiques aux Premières Nations.

La prévention et le dépistage, par l'utilisation des services de soins préventifs constituent un défi majeur au sein des Premières Nations. C'est pourquoi, dans le *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations 2007-2017, Remédier aux disparités... Accélérer le changement* (CSSSPNQL, 2008), la promotion de ces mesures et leur accessibilité auprès de la population et des communautés figurent en bonne place.

Ce chapitre présente l'information recueillie par l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2008* (ERS 2008) portant sur les mesures préventives. L'objectif est de dresser un portrait des mesures préventives les plus fréquemment utilisées par les membres des Premières Nations du Québec en établissant les proportions de personnes qui ont effectué les tests et examens de routine. En même temps, nous allons effectuer si possible des comparaisons avec d'autres populations (Canadienne, Québécoise ou Premières Nations du Canada), et comparer les proportions de personnes ayant recouru aux services préventifs pour les deux enquêtes de 2002 et 2008. Ceci nous permettra de voir l'évolution dans le temps des proportions d'individus des Premières Nations qui ont passé des tests et examens médicaux. Aussi, nous allons effectuer des tests statistiques afin de déterminer les différences significatives entre les proportions de personnes qui ont effectué des examens de routine en fonction de certaines caractéristiques socioéconomiques et sociodémographiques (comme le niveau de scolarité, le revenu du ménage, l'isolement géographique). Le but est de mesurer des liens éventuels entre ces facteurs et le recours aux soins préventifs. Finalement, nous allons formuler des recommandations dans le but d'explorer les voies et moyens qui permettraient d'accroître l'utilisation des mesures préventives par les Premières Nations du Québec.

1. MESURES DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET MÉDECINE TRADITIONNELLE UTILISÉES CHEZ LES ADOLESCENTS ET ADULTES DES PREMIÈRES NATIONS

1.1 Tests et examens médicaux chez les adolescents et adultes

Selon les résultats de l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2008* (ERS 2008), les proportions des 12 ans et plus ayant effectué un test ou un examen médical à visée préventive au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête varient entre 41,8 % et 54,4 % selon le test. En effet, au sein de cette population, 42,3 % ont déclaré avoir effectué un test de cholestérol, 41,8 % un examen de la vue, 54,4 % une mesure de la tension artérielle, 45,8 % un test de glycémie et 45,1 % un examen physique (Tableau 1).

Comparés aux résultats de l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002* (ERS 2002), la proportion de personnes ayant effectué un test de cholestérol a subi une augmentation proportionnelle de 3,7 % durant la période de 2002 à 2008 (40,8 % contre 42,3 %). Pour l'examen physique complet, la proportion d'individus qui l'ont subi est passée de 38,9 % en 2002 à 45,1 % en 2008, soit une augmentation proportionnelle de 15,9 %. Par contre, pour la même période, la proportion de personnes ayant passé un examen de la vue a diminué proportionnellement de 29,9 % (59,6 % contre 41,8 %), tandis que celle des personnes ayant effectué le test de la glycémie a proportionnellement baissé de 1,7 % (46,6 % contre 45,8 %). Les tests de différence des proportions d'individus ayant passé des examens de routine, entre les enquêtes de 2002 et de 2008, sont statistiquement significatifs pour l'examen de la vue ($p < 0,0001$) et l'examen physique complet ($p < 0,0001$).

Dans la population adolescente de 2008, les jeunes âgés de 12 à 14 ans présentent les plus grandes proportions d'individus qui ont subi un examen de la vue, un examen physique complet ou un test de glycémie, soit respectivement 32,0 %, 23,1 % et 13,5 % contre 24,3 %, 17,5 % et 12,0 % pour ceux âgés de 15 à 17 ans. Pour les tests de cholestérol et de la tension artérielle, les adolescents âgés de 15 à 17 ans enregistrent les plus fortes proportions avec 8,0 % et 26,3 % contre 5,8 % et 24,4 % chez les 12 à 14 ans. Toutefois, l'âge n'est pas lié au fait d'effectuer des tests ou examens médicaux chez les adolescents (Tableau 1).

En 2002, la tendance observée au sein de cette population adolescente diffère selon le groupe d'âge. En effet, les résultats de cette enquête montrent que les proportions d'adolescents ayant subi ces tests et examens médicaux sont plus grandes chez les 15 à 17 ans que chez les 12 à 14 ans. Le fait de subir un test ou examen médical n'est pas statistiquement significatif selon l'âge chez les adolescents dans l'enquête de 2002.

Chez les adultes en 2008, les proportions de personnes qui ont subi les différents types de tests et examens médicaux au cours des 12 mois précédant l'enquête augmentent avec l'âge, passant de 24,1 % (chez les 18 à 34 ans) à 77,1 % (chez les 65 ans et plus) pour le test de cholestérol, 34,4 % à 61,2 % pour l'examen de la vue, 38,5 % à 88,6 % pour le test de la tension artérielle, 31,1 % à 81,4 % pour le test de glycémie et 34,6 % à 74,0 % pour l'examen physique complet. Les proportions

d'individus qui passent des tests ou examens médicaux de routine augmentent significativement avec l'âge dans la population adulte ($p < 0,0001$ pour chaque test ou examen médical) (Tableau 1).

Les résultats de l'ERS 2002 montrent la même tendance à la hausse des proportions d'individus qui ont subi des examens et tests au fur et à mesure que leur âge augmente, avec la même signification statistique des différences de proportions ($p < 0,0001$ pour chaque test ou examen médical). Ainsi, ces proportions sont passées de 26,4 % (chez les 18 à 34 ans) à 77,1 % (chez les 65 ans et plus) pour le test du cholestérol, l'examen de la vue de 51,7 % à 79,4 %, le test de glycémie de 33,5 % à 82,2 % et l'examen physique complet de 29,3 % à 69,4 %.

Tableau 1 : Nombre et pourcentage de personnes ayant subi des tests ou des examens médicaux au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge, population adolescente et adulte des Premières Nations du Québec (N = 22 729)*

Tests et examens médicaux	Groupe d'âge													
	Total		12-14 ans		15-17 ans		18-34 ans†		35-54 ans†		55-64 ans†		65 ans et plus†	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cholestérol	9 620	42,3	82	5,8	178	8,0	1 668	24,1	4 709	57,6	1 711	73,1	1 272	77,1
Examen de la vue	9 493	41,8	456	32,1	546	24,4	2 379	34,4	3 726	45,6	1 377	58,8	1 009	61,2
Mesure de la tension artérielle	12 361	54,4	346	24,4	589	26,3	2 657	38,5	5 468	66,9	1 839	78,6	1 462	88,6
Test de glycémie	10 399	45,7	191	13,5	269	12,0	2 147	31,1	4 748	58,1	1 701	72,7	1 343	81,4
Examen physique complet	10 247	45,1	328	23,1	391	17,5	2 388	34,6	4 338	53,1	1 581	67,5	1 221	74,0

* Les effectifs ont été arrondis à l'entier pour les besoins de calcul.

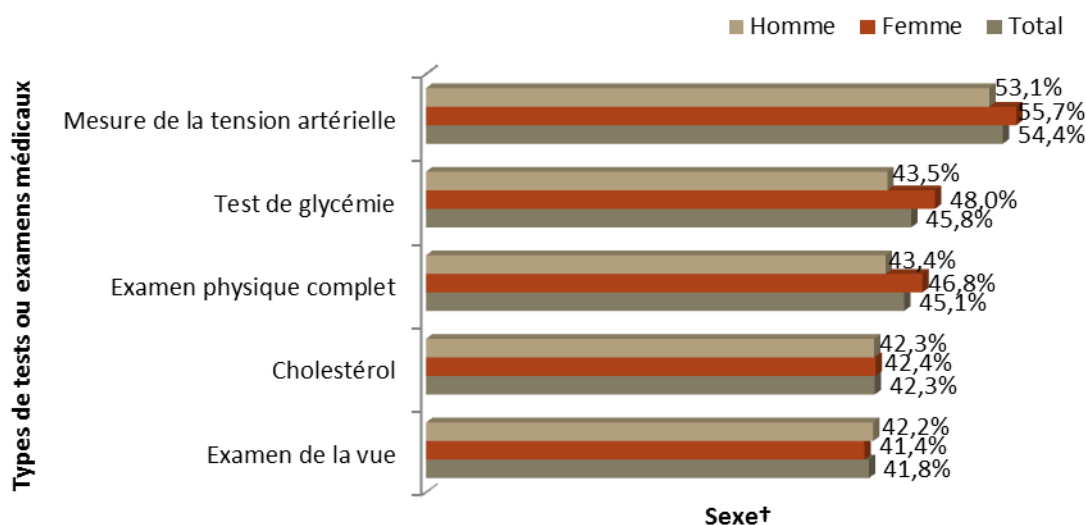
† Différence statistiquement significative des proportions d'individus ayant subi des tests et examens médicaux selon le groupe d'âge dans la population adulte (test du cholestérol; examen de la vue; mesure de la tension artérielle; test de glycémie et examen physique complet ($p < 0,0001$)).

Globalement, les proportions de femmes ayant passé un test ou un examen médical au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête sont légèrement supérieures à celles des hommes. Plus de la moitié des femmes (55,7 %) et des hommes (53,1 %) ont eu une mesure de la tension artérielle. Pour le test de glycémie et l'examen physique complet, les femmes (48,0 % et 46,8 %) enregistrent des proportions supérieures à celles des hommes (43,5 % et 43,4 %), tandis que pour le test de cholestérol et l'examen de la vue, les proportions sont similaires chez les hommes (42,3 % et 42,2 %) et chez les femmes (42,4 % et 41,4 %). Les différences entre les proportions d'hommes et de femmes ayant passé un test ou un examen médical ne sont pas statistiquement significatives chez les adultes. Par contre, dans la population adolescente, les proportions d'individus qui ont eu une mesure de la tension artérielle et un test de glycémie augmentent significativement chez les filles ($p < 0,006$ pour chaque test) (Figure 1).

La comparaison des enquêtes de 2002 et de 2008, en ce qui concerne les proportions de personnes ayant passé les différents tests ou examens médicaux, montre les mêmes tendances. Dans l'enquête de 2002, 54,4 % des femmes ont passé un test de

glycémie contre 38,8 % des hommes. Pour l'examen physique complet, 42,3 % des femmes l'ont subi contre 35,5 % des hommes, 46,7 % des femmes ont subi le test de cholestérol contre 35,0 % des hommes, concernant l'examen de la vue 62,0 % des femmes l'ont eu contre 57,0 % des hommes. Les proportions de femmes (42,3 % versus 46,8 %) et d'hommes (35,5 % versus 43,4 %), qui ont eu un examen physique complet, ont respectivement augmenté entre 2002 et 2008. Les proportions de personnes ayant subi un test ou examen médical en 2002 et en 2008 montrent globalement une tendance à la hausse chez les hommes et le contraire chez les femmes.

Figure 1 : Proportion de personnes ayant subi des tests ou des examens médicaux au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe, population adolescente et adulte des Premières Nations du Québec (N = 22 729)*



* Les effectifs ont été arrondis à l'entier pour les besoins de calcul.

† Différence statistiquement significative des proportions d'individus ayant eu une mesure de la tension artérielle et de glycémie selon le sexe dans la population des adolescents ($p = 0,006$).

1.2 Consultation d'un guérisseur traditionnel chez les adolescents et adultes

L'existence de guérisseurs traditionnels est une particularité de la culture des Premières Nations. Au cours de l'année précédant l'enquête, 9,7 % de la population adolescente et adulte des Premières Nations du Québec ont consulté un guérisseur traditionnel. En revanche, 9,5 % des répondants affirment que la date de leur dernière consultation chez un guérisseur traditionnel remonte à plus d'un an. Un peu plus des trois quart (76, %) affirment n'avoir jamais consulté un guérisseur traditionnel.

1.3 Mesures de prévention et de dépistage utilisées selon certaines caractéristiques de la population des Premières Nations

Tests et examens médicaux selon le revenu annuel du ménage, chez les adultes

Les proportions d'adultes qui ont subi, au cours des 12 mois précédant l'enquête, des tests de cholestérol, de glycémie et l'examen de la vue augmentent avec la tranche de revenu du ménage. Pour la mesure de la tension artérielle et l'examen physique complet, ces proportions suivent la même tendance sauf chez les personnes ayant une tranche de revenu du ménage égal ou supérieur à 70 000 \$ par année. L'augmentation des proportions d'individus ayant subi des tests ou des examens est statistiquement significative ($p < 0,05$) selon la tranche de revenu du ménage (Tableau 2).

Tableau 2 : Proportion d'adultes âgés de 18 ans et plus ayant subi des tests ou des examens médicaux au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le revenu annuel du ménage, population adulte des Premières Nations du Québec (N = 14 948)*

Tests et examens médicaux	Revenu ménage									
	Total†		< 20 000 \$		20 000 \$ - 39 999 \$		40 000 \$ - 69 999 \$		> 70 000 \$	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cholestérol	7 954	53,20%	2 200	43,10%	2 841	53,60%	1 828	63,70%	1 085	64,80%
Examen de la vue	6 947	46,50%	2 034	39,80%	2 600	49,10%	1 437	50,10%	876	52,30%
Mesure de la tension artérielle	9 634	64,50%	2 908	56,90%	3 421	64,60%	2 097	73,10%	1 208	72,20%
Test de glycémie	8 296	55,50%	2 402	47,00%	3 027	57,20%	1 797	62,60%	1 070	63,90%
Examen physique complet	7 873	53,70%	2 399	47,00%	2 822	53,30%	1 744	60,80%	908	54,20%

* Les effectifs ont été arrondis à l'entier pour les besoins de calcul. Les variations dans l'effectif total sont dues aux valeurs manquantes. L'effectif total contient une catégorie « autre » (personnes ayant répondu « ne sais pas » ou « refus »). Cette catégorie n'est pas représentée dans ce tableau.

† Différence statistiquement significative des proportions d'individus ayant subi des tests et des examens médicaux selon la tranche de revenu annuel du ménage chez les adultes (test de cholestérol ($p < 0,0001$); examen de la vue ($p = 0,03$); mesure de la tension artérielle ($p = 0,002$); test de glycémie ($p < 0,0005$); examen physique complet ($p = 0,04$)).

Tests et examens médicaux selon le niveau de scolarité, population adolescente et adulte

Dans la population adolescente et adulte, les proportions de personnes qui ont subi des tests ou des examens médicaux au cours des 12 mois précédant l'enquête augmentent avec le niveau de scolarité. Cette tendance est observée chez les individus ayant les niveaux de scolarité primaire, secondaire et collégiale. Chez ceux qui ont un niveau de scolarité universitaire, les

proportions de tests et d'examens médicaux sont moindres que celles observées chez les personnes avec un niveau de scolarité collégial. L'augmentation des proportions d'individus ayant passé des tests ou examens médicaux est statistiquement significative ($p < 0,0001$) selon niveau de scolarité chez les adultes (Tableau 3).

Tableau 3 : Proportion de personnes ayant subi des tests ou des examens médicaux au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le niveau de scolarité, population adolescente et adulte des Premières Nations du Québec (N = 21 603)*

Tests et examens médicaux	Scolarité									
	Total		Primaire		Secondaire		Collège		Université	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cholestérol	9 561	44,3	200	7,9	4 389	42,3	3 756	57,4	1 216	56,5
Examen de la vue	9 158	42,4	667	26,3	4 196	40,4	3 333	51,0	962	44,7
Mesure de la tension artérielle	11 426	59,9	0	0,0	5 609	54,1	4 441	67,9	1 376	63,9
Test de glycémie	10 288	47,6	348	13,7	4 854	46,8	4 058	62,0	1 028	47,7
Examen physique complet	10 070	46,6	543	21,4	4 709	45,4	3 525	53,9	1 293	60,0

* Les effectifs ont été arrondis à l'entier pour les besoins de calcul. Les variations dans l'effectif total sont dues aux valeurs manquantes. L'effectif total contient une catégorie « autre » (personnes ayant répondu « ne sais pas » ou « refus »). Cette catégorie n'est pas représentée dans ce tableau.

† Différence statistiquement significative des proportions d'individus ayant subi des tests et examens médicaux selon le niveau de scolarité chez les adultes (test de cholestérol, examen de la vue, test de glycémie, examen physique complet ($p < 0,0001$); mesure de la tension artérielle ($p < 0,0001$) avec 16,0 % de données qui sont manquantes)).

Tests et examens médicaux selon la zone géographique, population adulte

Le tableau 4 montre que les proportions d'adultes qui ont déclaré avoir passé des tests ou examens médicaux au cours des 12 mois précédant l'enquête varient selon l'isolement géographique. Pour chaque test ou examen médical, les zones 1 et 4 enregistrent les plus fortes proportions; les zones 2 et 3 présentent les plus faibles proportions.

Les zones 1, 2, et 4 présentent le même tableau relatif aux variations des proportions de chaque type de test ou examen médical. La zone 3, en plus de ces faibles proportions, présente un tableau différent.

Les proportions de personnes qui ont passé des tests ou examens de routines diminuent significativement de la zone 1 à la zone 3 ($p < 0,0001$ pour chaque test) (Tableau 4).

Tableau 4: Proportion d'adultes âgés de 18 ans et plus ayant subi des tests ou des examens médicaux au cours des 12 mois précédant l'enquête selon l'isolement géographique, population adulte des Premières Nations du Québec*

Tests et examens médicaux	Zone géographique									
	Total		Zone 1		Zone 2		Zone 3		Zone 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cholestérol	684	51,2	492	56,9	98	43,8	29	22,8	65	54,2
Examen de la vue	601	45,1	432	49,8	82	37,6	34	26,8	53	44,2
Mesure de la tension artérielle	823	61,4	588	67,2	117	53,2	36	28,6	82	67,8
Test de glycémie	721	54,2	520	60,2	96	43,4	32	25,2	73	61,9
Examen physique complet	687	51,7	503	57,9	86	39,8	40	31,5	58	49,2

* Les effectifs ont été arrondis à l'entier pour les besoins de calcul. Les variations dans l'effectif total de la taille réelle de l'échantillon sont dues aux valeurs manquantes.

La population totale pour chaque test ou examen est répartie comme suit: N (cholestérol) = 1 335; N (examen de la vue) = 1 332; N (Mesure de la tension artérielle) = 1 341; N (test de glycémie et examen physique complet) = 1 330. Les données concernant l'isolement géographique sont manquantes dans la population adolescente.

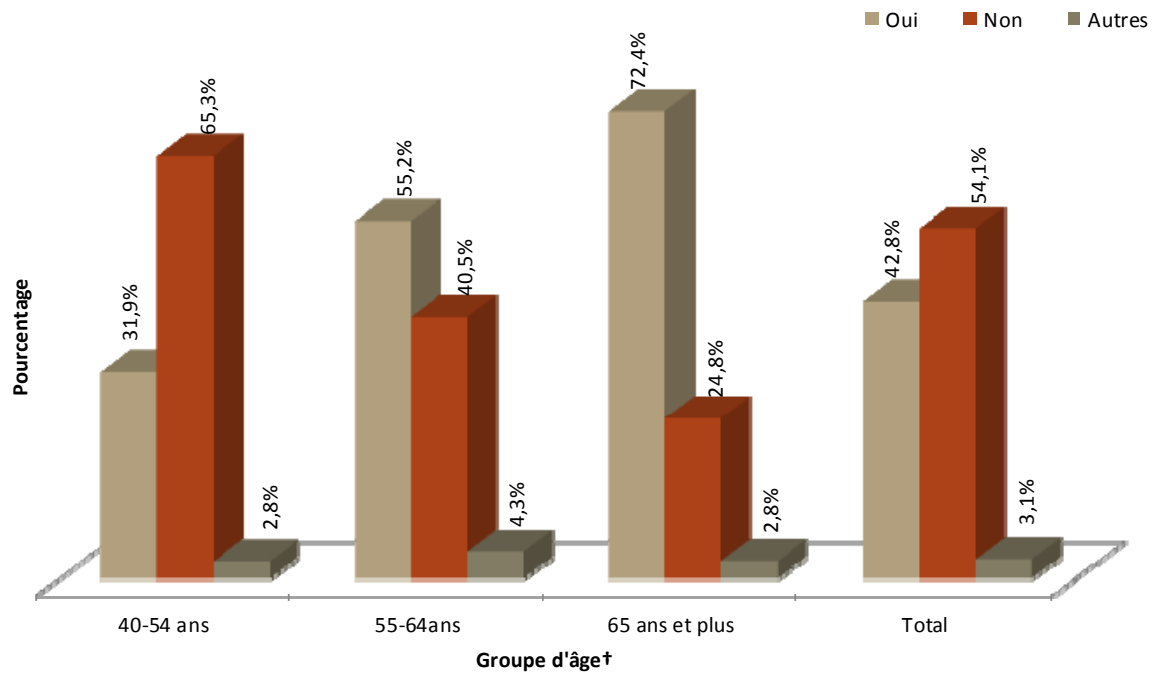
† Différence statistiquement significative des proportions d'individus ayant subi des tests et examens médicaux selon l'isolement géographique (test de cholestérol; examen de la vue; mesure de la tension artérielle; test de glycémie; et examen physique complet ($p < 0,0001$)).

1.4 Mesures de prévention et de dépistage spécifiques à l'âge et au sexe

Test de l'Antigène prostatique spécifique (APS)

Chez les hommes âgés de 40 ans et plus, les proportions d'individus ayant effectué un test de l'antigène prostatique spécifique (APS) augmentent significativement avec l'âge ($p < 0,0001$). Le groupe d'âge des 65 ans et plus (72,4 %)² enregistre la plus forte proportion d'individus qui ont passé ce test au cours des 12 mois précédant l'enquête (Figure 2).

Figure 2 : Proportion d'hommes âgés de 40 ans et plus ayant subi un test de l'APS au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge, population des Premières Nations du Québec (N = 5 239)



† Différence statistiquement significative des proportions d'hommes ayant effectué un test PSA selon le groupe d'âge ($p < 0,0001$).

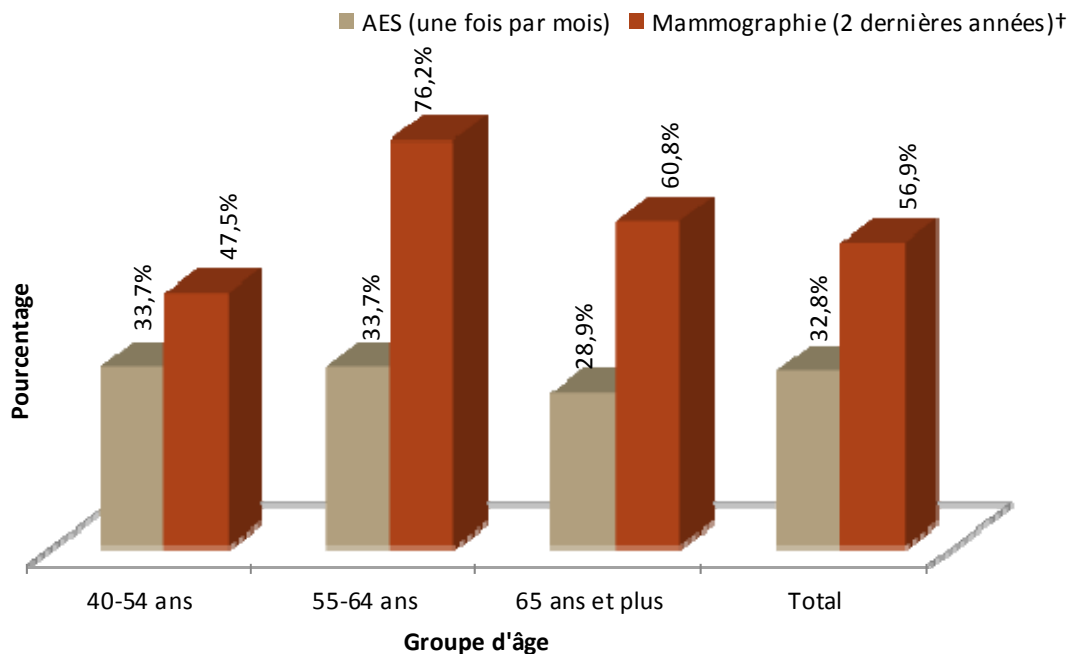
Auto-examen des seins (AES) et mammographie

Environ un tiers (32,8 %) des femmes âgées de 40 ans et plus ont déclaré avoir effectué un auto-examen des seins au moins une fois par mois. Chez les femmes âgées de 40 à 54 ans et chez celles âgées de 55 à 64 ans, 33,7 % affirment avoir effectué un auto-examen des seins au moins une fois par mois. Chez les femmes âgées de 65 ans et plus, 28,9 % déclarent avoir fait ce test au moins une fois par mois. Le fait d'effectuer un auto-examen des seins au moins une fois par mois n'est pas statistiquement lié à l'âge (Figure 3).

Plus de la moitié (56,9 %) des femmes âgées de 40 ans et plus ont déclaré avoir passé un examen mammographique au cours des 24 mois précédant l'enquête. Une plus grande proportion de femmes âgées de 55 à 64 ans ont passé une mammographie au cours de cette période (76,2 %)²; tandis que chez les femmes âgées de 40 à 54 ans, 47,5 % ont déclaré avoir passé une mammographie au cours des 24 derniers mois précédant l'enquête. La différence des proportions de femmes âgées de 40 ans et plus, ayant passé une mammographie est statistiquement significative selon le groupe d'âge ($p < 0,0001$) (Figure 3).

² Selon les objectifs du Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein (PQDCS) et la littérature scientifique, une participation supérieure à 70,0 % des femmes âgées de 50 à 69 ans au dépistage par la mammographie permet de réduire la mortalité attribuable à ce type de cancer. PQDCS, Cadre de référence, 1996. [En ligne], adresse URL : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_005.pdf

Figure 3 : Proportion de femmes âgées de 40 ans et plus ayant effectué l'auto-examen des seins (AES) ou subi une mammographie selon le groupe d'âge, population des Premières Nations du Québec, (N = 5 081)*



* L'effectif total contient une catégorie « autre » (personnes ayant répondu « ne sais pas » ou « refus »). Cette catégorie n'est pas représentée dans ce tableau.

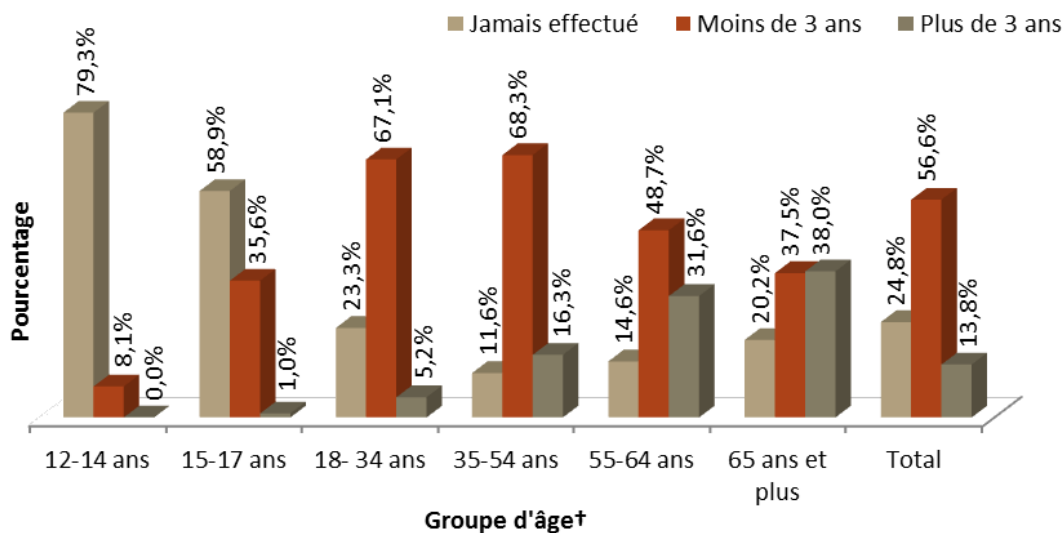
† Différence statistiquement significative des proportions de femmes ayant subi une mammographie au cours des 24 mois précédant l'enquête et le groupe d'âge ($p < 0,0001$).

Test de Papanicolaou (Pap)

La figure 4 montre que 56,6 % des femmes des Premières Nations âgées de 12 ans et plus ont déclaré avoir passé le test de Papanicolaou (Pap) dans les trois années précédant l'enquête, 24,8 % ont déclaré ne l'avoir jamais subi tandis que 13,8 % ont subi ce test il y a plus de 3 ans. Les plus grandes proportions de femmes qui ont passé le test Pap sont observées au sein de la population adulte notamment, chez les 18 à 34 ans (67,1 %) et chez les 35 à 54 ans (68,3 %) (Figure 4).

Chez les femmes, âgées de 35 ans et plus, les proportions de celles qui ont passé le test Pap dans les trois dernières années sont inversement proportionnelles à l'âge. Chez les adolescentes, ces proportions augmentent avec l'âge (8,1 % chez les 12 à 14 ans contre 35,6 % chez les 15 à 17 ans). Les proportions de femmes ayant effectué un test Pap sont statistiquement différentes selon le groupe d'âge ($p < 0,0001$) dans la population adolescente et adulte (Figure 4).

Figure 4 : Proportion de femmes âgées de 12 ans et plus ayant subi un test Pap au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge, population adolescente et adulte des Premières Nations du Québec (N = 11 367)*



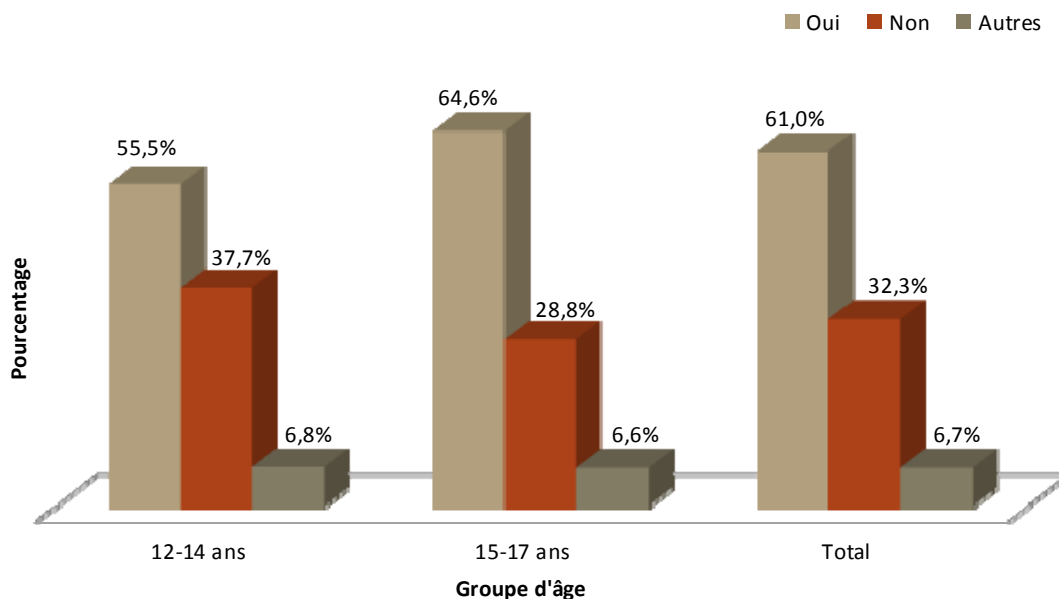
* L'effectif total contient une catégorie « autre » (personnes ayant répondu « ne sais pas » ou « refus »). Cette catégorie n'est pas représentée dans ce tableau.

† Différence statistiquement significative des proportions de femmes ayant effectué un test Pap selon le groupe d'âge ($p < 0,0001$).

1.5 Vaccins contre le Virus du Papillome Humain (VPH)

Parmi les adolescentes des Premières Nations du Québec, 61,0 % ont déclaré avoir reçu le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. La proportion d'adolescentes ayant reçu ce vaccin augmente avec l'âge. En effet, 64,6 % des adolescentes âgées de 15 à 17 ans ont affirmé avoir reçu ce vaccin contre 55,5 % des 12 à 14 ans. Toutefois, les données ne permettent pas de différencier le nombre de doses reçues. Le fait d'avoir reçu le vaccin VPH n'est pas statistiquement lié à l'âge chez les adolescents ($p > 0,05$) (Figure 5).

Figure 5 : Proportion d'adolescentes ayant été vaccinées contre le VPH au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge, population adolescente des Premières Nations du Québec (N = 1 766)



* L'effectif total contient une catégorie « autre » (personnes ayant répondu « ne sais pas » ou « refus »). Cette catégorie n'est pas représentée dans ce tableau.

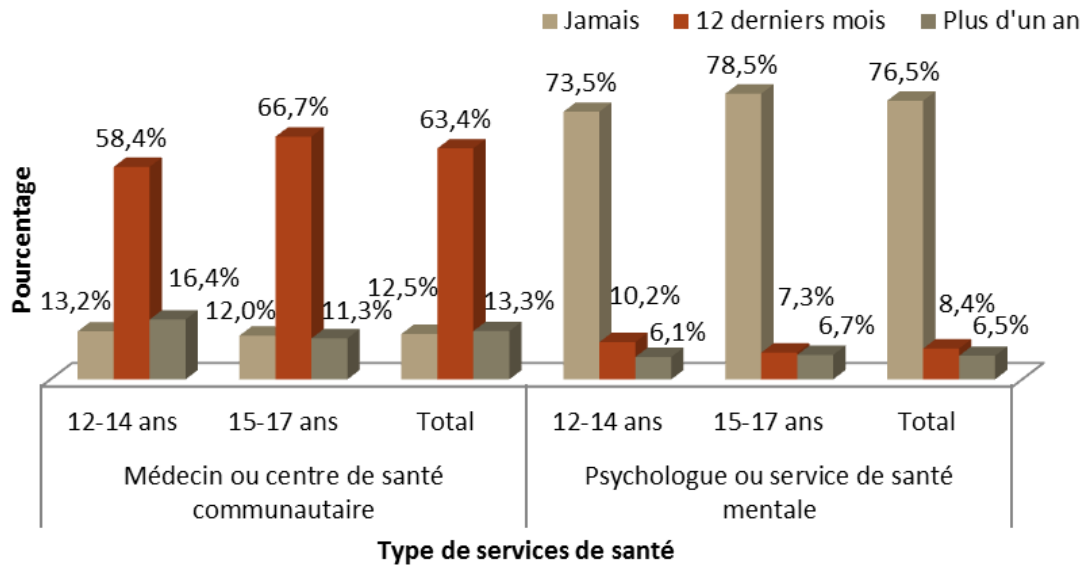
2. AUTRES MESURES DE PRÉVENTION, ET DE DÉPISTAGE UTILISÉES CHEZ LES ADOLESCENTS DES PREMIÈRES NATIONS

Consultation d'un médecin ou d'un psychologue

La population adolescente des Premières Nations du Québec, âgée de 12 à 17 ans, a également eu recours à un certain nombre de services de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ces services sont entre autres, la consultation d'un médecin ou la fréquentation d'un centre de santé communautaire (63,5 %) et le recours à un psychologue ou à un service de santé mentale (8,4 %) (Figure 6 et Figure 7).

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, les adolescents âgés de 15 à 17 ans ont eu davantage recours aux services d'un médecin que ceux âgés de 12 à 14 ans (66,7 % contre 58,4 %). Par contre, 10,2 % des jeunes âgés de 12 à 14 ans et 7,3 % de ceux âgés de 15 à 17 ans ont fréquenté un service de santé mentale. Le fait de consulter un médecin ou un psychologue ne varie pas de façon statistiquement significative selon l'âge chez les adolescents (Figure 6).

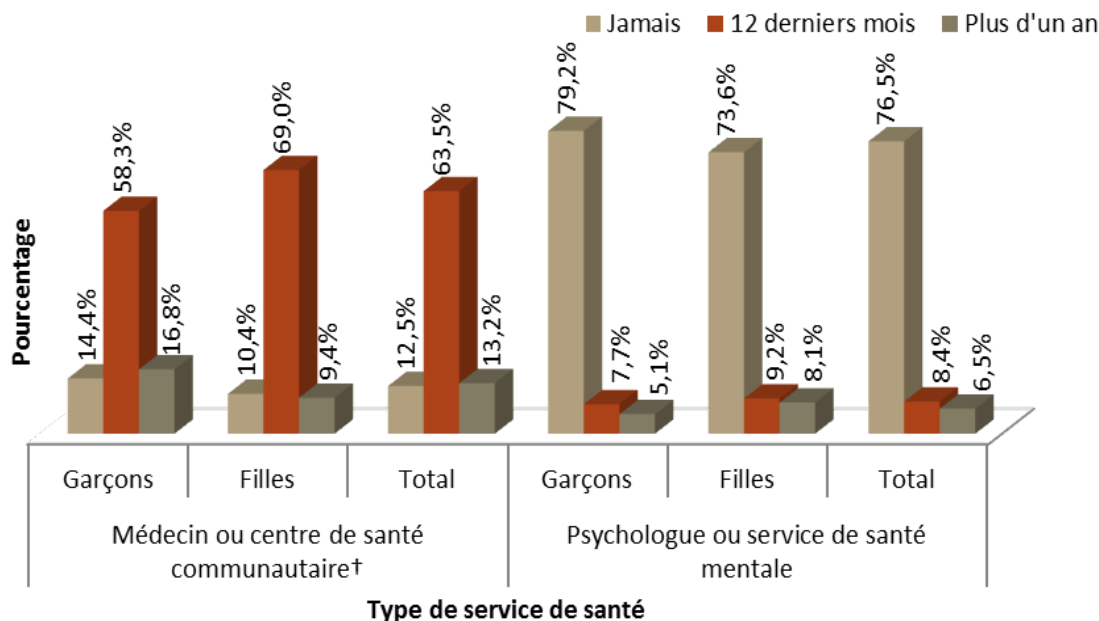
Figure 6 : Pourcentage d'adolescents ayant eu recours à certains services de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge (N = 3 661)*



* L'effectif total contient une catégorie « autre » (personnes ayant répondu « ne sais pas » ou « refus »). Cette catégorie n'est pas représentée dans ce tableau.

Les filles sont plus susceptibles de consulter un médecin ou de fréquenter un service de santé communautaire. En effet, un peu plus des deux tiers des filles (69,0 %) et plus de la moitié des garçons (58,3 %) ont eu recours aux services d'un médecin au cours des 12 mois précédant l'enquête. Par ailleurs, 9,2 % des filles ont eu recours aux services de santé mentale contre 7,7 % des garçons. Le recours aux services d'un médecin augmente significativement chez les adolescentes ($p = 0,02$), alors que le fait de recourir aux services de santé mentale n'est pas statistiquement lié au sexe (Figure 7).

Figure 7 : Proportion d'adolescents âgés de 12 à 17 ans ayant eu recours à certains services de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe (N = 3 661)*



* L'effectif total contient une catégorie « autre » (personnes ayant répondu « ne sais pas » ou « refus »). Cette catégorie n'est pas représentée dans ce tableau.

† Différence statistiquement significative des proportions d'individus ayant eu recours aux services d'un médecin selon le sexe ($p = 0,02$).

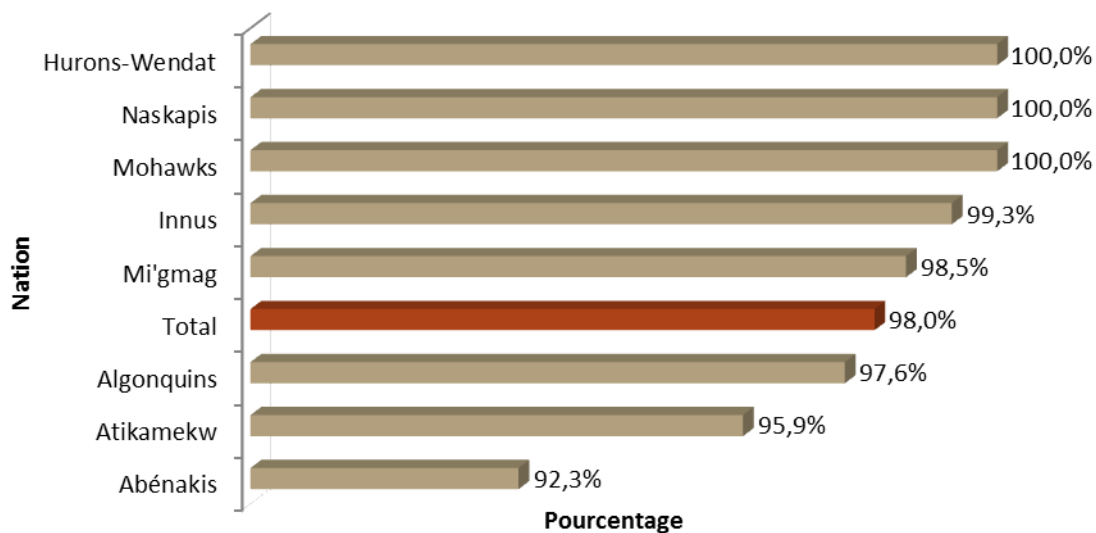
3. MESURES PRÉVENTIVES UTILISÉES CHEZ LES ENFANTS DES PREMIÈRES NATIONS

Vaccination de routine

Selon les déclarations des répondants, 98,0 % des enfants des Premières Nations du Québec auraient reçu leur vaccin de routine (Figure 8).

La distribution de ces proportions, selon la nation, varie de 92,3 % à 100,0 %. Les nations Huronne-Wendat, Naskapie et Mohawk enregistrent les plus grandes proportions (100,0 %) d'enfants qui ont reçu leurs vaccins de routine. En revanche, les Algonquins (97,6 %), les Atikamekw (95,9 %) et les Abénakis (92,3 %) présentent les plus faibles proportions (Figure 8).

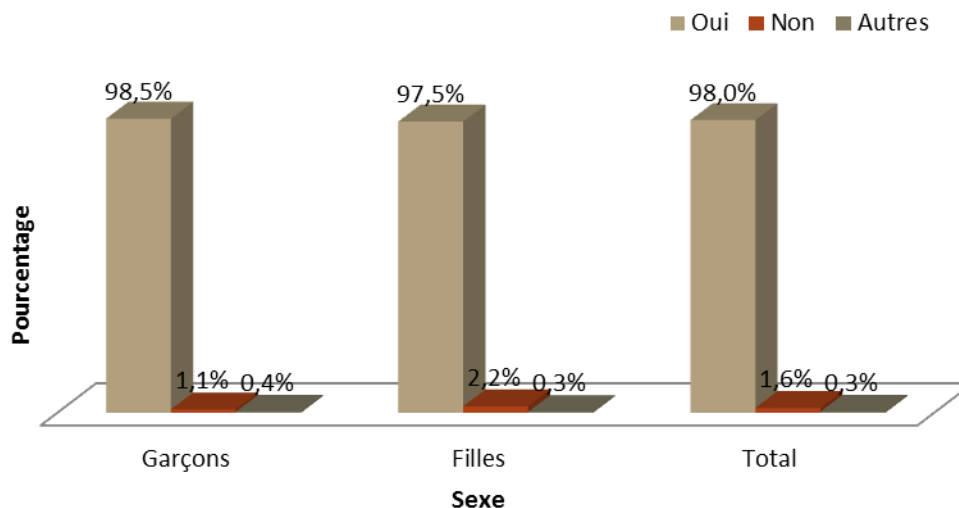
Figure 8 : Proportion d'enfants, âgés de 0 à 11 ans, ayant reçu leurs vaccins de routine selon la nation, population enfant des Premières Nations du Québec (N = 6 288)*



* L'effectif total contient une catégorie « autre » (personnes ayant répondu « ne sais pas » ou « refus »). Cette catégorie n'est pas représentée dans ce tableau. Les variations observées dans l'effectif total sont dues à des données manquantes.

Selon le sexe, 98,5 % des filles ont reçu leurs vaccins de routine contre 97,5 % chez les garçons ($p > 0,05$) (Figure 9).

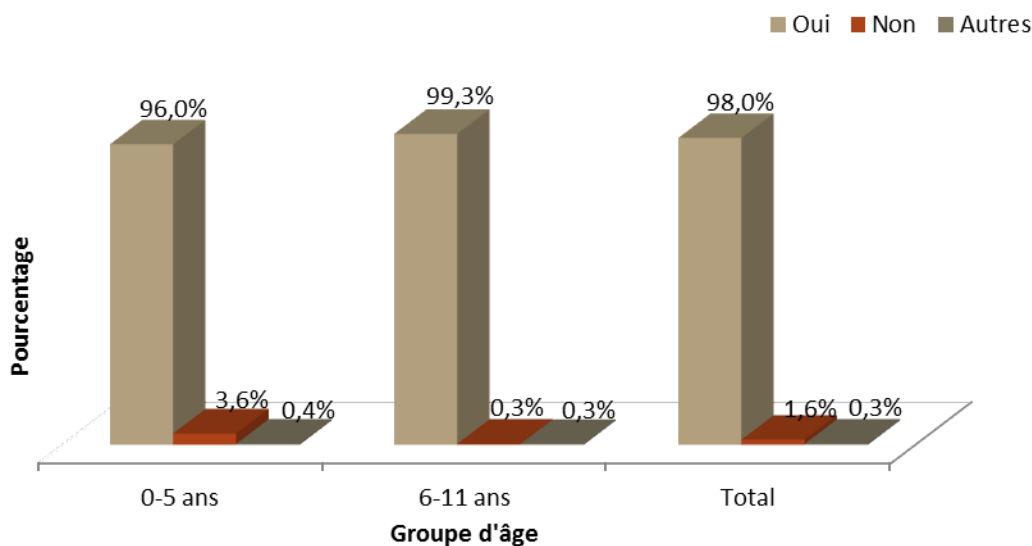
Figure 9 : Proportion d'enfants, âgés de 0 à 11 ans, ayant reçu leurs vaccins de routine selon le sexe, population enfant des Premières Nations du Québec (N = 6 257)*



* L'effectif total contient une catégorie « autre » (personnes ayant répondu « ne sais pas » ou « refus »). Cette catégorie n'est pas représentée dans ce tableau. Les variations observées dans l'effectif total sont dues à des données manquantes.

La proportion d'enfants ayant reçu leurs vaccins de routine est plus grande chez les 6 à 11 ans, (99,3 %) que chez les 0 à 5 ans (96,0 %) (Figure 10).

Figure 10 : Proportions d'enfants, âgés de 0 à 11 ans, ayant reçu leurs vaccins de routine selon le groupe d'âge, population des Premières Nations du Québec (N = 6 288)*

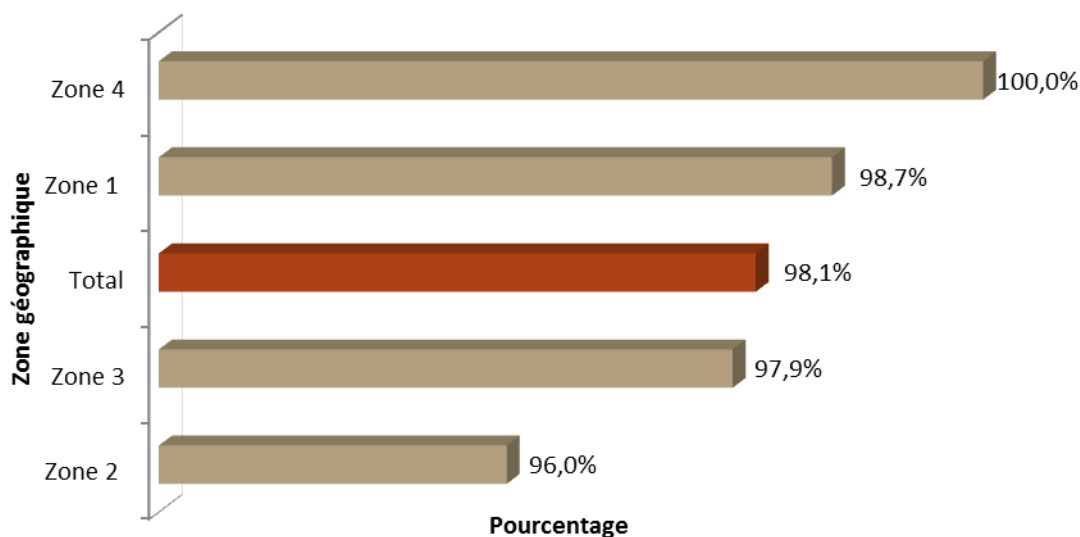


* L'effectif total contient une catégorie « autre » (personnes ayant répondu « ne sais pas » ou « refus »). Cette catégorie n'est pas représentée dans ce tableau. Les variations observées dans l'effectif total sont dues à des données manquantes.

Vaccination de routine et isolement géographique

Sous l'angle de l'isolement géographique (Figure 11), les proportions d'enfants, qui ont reçu leurs vaccins de routine, sont plus grandes au niveau de la zone 4 (100,0 %) et de la zone 1 (98,7 %). Au niveau des zones 3 et 2, les proportions d'enfants ayant reçu leurs vaccins de routine sont respectivement de 97,9 % et 96,0 %.

Figure 11 : Proportions d'enfants, âgés de 0 à 11 ans, ayant reçu leurs vaccins de routine selon l'isolement géographique, population des Premières Nations du Québec (N = 724)

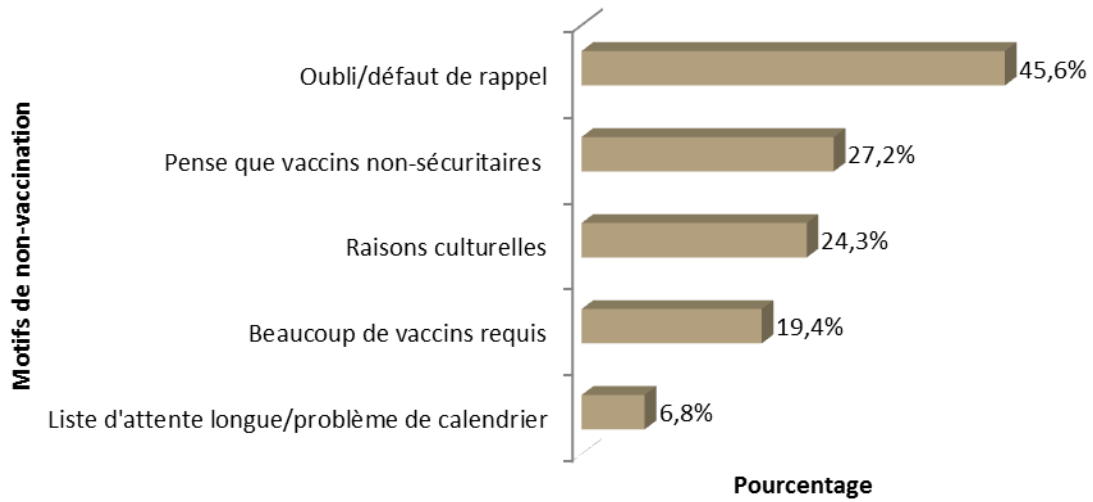


Raisons évoquées pour expliquer l'absence de vaccination de routine chez les enfants

Une population constituée de 103 répondants (1,6 % de la population totale d'enfants) a évoqué différentes raisons pour expliquer le fait que leurs enfants n'aient pas reçu les vaccins de routine.

Parmi ces raisons, le défaut de rappel ou l'oubli est le plus fréquemment cité (45,6 %). Certains répondants pensent que les vaccins ne sont pas sécuritaires (27,2 %), tandis que d'autres évoquent des raisons culturelles (24,3 %). La quantité de vaccins requise (19,4 %) est aussi citée parmi ces raisons ainsi que les longues listes d'attentes (6,8 %) (Figure 12).

Figure 12 : Les différentes raisons évoquées expliquant l'absence de vaccination de routine chez certains enfants, âgés de 0 à 11 ans, population des Premières Nations du Québec (N = 103)



DISCUSSION

Problèmes de comparabilité des résultats d'enquêtes

Certaines variables présentes dans l'enquête de 2008 sont absentes dans celle de 2002. Ce qui pose un problème dans certaines comparaisons des données. Aussi, des données manquantes (ou absentes) sont observées dans certains croisement de variables. En effet, la variable tension artérielle est absente dans les données de 2002 chez les adolescents. Dans la comparaison des enquêtes respectives de 2002 et de 2008, nous n'avons pas tenu compte de cette variable. Le croisement avec l'isolement géographique dans la population adolescente n'a pas été possible pour cause d'effectifs insuffisants.

La méthodologie de l'Enquête canadienne sur l'expérience en soins de santé primaires est différente de celle de l'*Enquête sur la santé des Premières Nations du Québec* (ERS), en ce qui a trait à la population ciblée ainsi que les questions se rapportant aux tests et examens médicaux subis lors de l'année précédant l'enquête. Le questionnaire de l'ECE-SSP portait sur les personnes atteintes d'au moins un problème de santé chronique. En revanche, pour l'ERS, les questions étaient destinées à l'ensemble de la population des Premières Nations âgées de 12 ans et plus.

Recommandations à l'égard des tests et examens médicaux

Les examens médicaux de routine comme les tests de cholestérol, de la glycémie, la mesure de la tension artérielle, les examens de la vue et les examens physiques complets ont pour but de prévenir et détecter certaines maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiaques et l'hypertension artérielle et d'autres problèmes de santé en général. Ces examens sont pour la plupart recommandés à des fréquences spécifiques et à une population particulière.

- Le test de cholestérol est recommandé tous les 5 ans ou à la discrétion du médecin (Proulx, R and Mercier, C, 2006).
- Pour le test de glycémie, les nouvelles lignes directrices de l'Association canadienne du diabète proposent un dépistage de laboratoire tous les trois ans chez les plus de 40 ans sans facteur de risque, de même que chez les moins de 40 ans porteurs de facteurs de risque cardiovasculaire (Examen médical périodique de l'adulte, 2009).
- Pour la mesure de la tension artérielle, le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) recommande de mesurer cette dernière à chaque visite médicale appropriée (Examen médical périodique de l'adulte, 2009) ou un dépistage annuel et lors de toute visite motivée par un problème aigu (Proulx, R and Mercier, C, 2006).
- L'examen de la vue quant à lui est recommandé tous les ans, lorsque c'est possible (Proulx, R and Mercier, C, 2006).
- L'examen physique complet est recommandé annuellement (Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (GECSSP, 1994).

Fréquence des tests et examens médicaux à visée préventive chez les Premières Nations du Québec, population adolescente et adulte

Dans la population des Premières Nations du Québec, âgées de 12 ans et plus, les proportions de personnes qui ont passé des tests ou examens médicaux au cours de l'année précédant l'enquête sont de loin inférieures à celles de la population canadienne. En effet, au sein de cette population, 42,3 % ont déclaré avoir passé un test de cholestérol, 41,8 % un examen de la vue, 54,4 % une mesure de la tension artérielle, 45,8 % un test de glycémie et 45,1 % un examen physique complet.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2009), 94,0 % des Canadiens ont déclaré avoir fait mesurer leur tension artérielle au cours des 12 mois précédant l'Enquête canadienne sur l'expérience en soins de santé primaires (ECE-SSP, 2009), 82,0 % ont signalé avoir subi un test de cholestérol et 80,0 % un test de glycémie (ECE-SSP, 2009)³.

Au Québec, 92,0 % des adultes âgés de 18 ans et plus ont déclaré avoir fait mesurer leur tension artérielle au cours des 12 mois précédant l'enquête, 80,0 % un test de cholestérol, 81,0 % un test de glycémie (ECE-SSP, 2009).

La tendance à l'augmentation de ces tests ou examens médicaux en fonction de l'âge est par ailleurs observée au niveau canadien et québécois (Statistique Canada, 2001; Fortin, D et coll., 2011). Une des raisons qui pourrait expliquer ce phénomène est que l'âge est souvent considéré comme un facteur de risque dans la survenue de certaines maladies (les maladies chroniques comme le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète, etc.). Seulement la particularité des Premières Nations réside dans le fait qu'elles sont plus susceptibles que les non-Autochtones de recevoir un diagnostic d'un problème de santé chronique comme le diabète, les problèmes cardiaques et le cancer (Garner, R et coll., 2010). D'où l'intérêt d'effectuer régulièrement ces examens à visée préventive en touchant le maximum d'individus au sein de cette population afin de détecter plus tôt certaines anomalies ou problèmes potentiels pouvant favoriser l'apparition de ces maladies.

Les résultats de l'enquête de 2008 montrent que les femmes des Premières Nations passent sensiblement plus de tests et examens médicaux que les hommes. Généralement, les femmes ont tendance à porter plus d'attention sur leur santé que les hommes pour diverses raisons. Une de ces raisons est évoquée dans le rapport sur la santé (Statistique Canada, 2001), en ces termes : « Il s'exerce sur les comportements liés à la santé des influences qui touchent différemment les hommes et les femmes. Dans un contexte social donné, les hommes et les femmes réagissent vraisemblablement différemment à des influences analogues. Par exemple 80 % des femmes choisissent des aliments pour maintenir leur bonne santé ou l'améliorer contre 63 % pour les hommes » (Statistique Canada, 2001). Cette même raison pourrait expliquer la tendance des femmes à subir des tests et examens à visée préventive.

Par ailleurs, les forts taux de certaines maladies chroniques observés chez les femmes des Premières Nations (hypertension artérielle et diabète et ses complications) pourraient expliquer en partie, le fait qu'elles aient plus recours aux services de soins préventifs que les hommes. En effet, selon le Centre des Premières nations, le taux de diabète autodéclaré chez les

³ L'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires (ECE-SSP) est cofinancée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). L'enquête est menée par Statistique Canada, l'échantillon pour celle-ci est constitué d'un sous-échantillon de répondants à l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ECCC) cycle 4.1 de 2007. La population est constituée de Canadiens âgés de 18 ans et plus. Ont été exclus de l'enquête les résidents des réserves des Premières Nations, les membres à temps plein des Forces canadiennes, les détenus et les résidents de régions éloignées.

hommes et les femmes des Premières Nations était respectivement 3,6 et 5,3 fois plus élevé que chez les non-Autochtones des mêmes sexes et groupes d'âge (Centre des Premières nations, 2004). Dans la population canadienne on observe une tendance inverse, à savoir 6,3 % des femmes qui souffraient de diabète contre 7,2 % chez les hommes (Ross, N A et coll., 2010).

Les jeunes des Premières Nations sont aussi touchés par le diabète, surtout de type 1 (ou diabète juvénile). Selon les résultats de l'étude sur la santé des Autochtones, 13,4 % des jeunes des Premières Nations ont ce type diabète contre 4,2 % pour les non-Autochtones (Garner, R et coll., 2010). La prévalence du diabète chez les jeunes des Premières Nations pourrait expliquer le recours à certains tests ou examens médicaux comme la mesure de la tension artérielle, le test de glycémie et la mesure du taux de cholestérol.

Globalement, il demeure que les proportions observées chez les Premières Nations en ce qui concerne les soins préventifs sont de loin inférieures à celles observées dans la population canadienne et québécoise en général. Si on peut postuler des raisons personnelles, culturelles et socioéconomiques pour expliquer cette réalité, l'interprétation combinée des données sur les soins préventifs et l'accès aux services de santé chez les Premières Nations, permettra certainement d'avoir une vision plus éclairée sur le fait que cette population particulière n'utilise pas beaucoup ces services malgré les fortes prévalences observées en son sein.

Selon le niveau de scolarité et le revenu annuel du ménage, les tendances au regard des examens et tests médicaux de routine sont les mêmes aussi bien au niveau de la population des Premières Nations que la population canadienne en général. Cette tendance est généralement observée sur les risques de développer certaines maladies par rapport à certaines caractéristiques socioéconomiques comme la scolarité et le revenu. Dans la littérature, les personnes défavorisées sont généralement plus exposées à certaines maladies que celles ayant un niveau socioéconomique élevé (Pampalon, R et coll., 2009). Les résultats de certaines études suggèrent que les personnes ayant un faible niveau de scolarité ou un faible revenu déclarent avoir reçu le diagnostic d'au moins un problème de santé chronique. Cependant, les pourcentages chez les Premières Nations sont souvent supérieurs (Garner, R et coll., 2010; Auger, N et Légaré, G., 2008).

Selon l'isolement géographique, les résultats montrent que la zone 1 (zone urbaine) et la zone 4 (zone difficiles d'accès) ont les plus fortes proportions d'individus qui ont déclaré avoir subi des tests et des examens médicaux. Si le fait d'habiter une zone urbaine suppose l'accès et la disponibilité des services de santé, au niveau des zones difficiles d'accès, cette logique ne s'y prête pas, du moins selon les résultats de cette enquête. L'hypothèse que l'on pourrait émettre pour expliquer ce phénomène réside dans le fait que les services de santé sont soit développés sur place, vu leur isolement ou bien les fournisseurs de ces services se déplacent dans ces zones. Dans ce dernier cas, les résidents se mobilisent davantage pour y recourir du fait que ces services ne sont pas accessibles en continu. Une étude sur les infrastructures en matières de santé (centres communautaires, dispensaires, services de santé ou autres) disponibles dans les communautés isolées ou difficiles d'accès apportera un éclairage sur ce constat. Par ailleurs, il serait intéressant d'aborder ce chapitre à la lumière de celui traitant l'accès aux services.

Dépistage du cancer chez les femmes

Auto-examen des seins (AES)

L'auto-examen des seins est une « technique systématique d'auto-inspection et de palpation des seins et des aisselles. On ne dispose d'aucune preuve concluante quant à la technique la plus efficace, quant aux meilleures méthodes d'enseignement ou de renforcement ou quant à sa fréquence optimale » (Baxter, N et coll., 2001). Plusieurs études ont porté sur l'efficacité de l'AES à réduire la mortalité par cancer du sein mais les résultats de ces études sont mitigés et les recommandations variables, ceci a comme conséquence immédiate des recommandations d'effectuer ce test chez les femmes âgées de 40 à 69 ans qui sont contradictoires d'un organisme à l'autre (Baxter, N et coll., 2001).

Les résultats de L'ERS 2008 montrent que les proportions de femmes des Premières Nations ayant effectué l'auto-examen des seins au moins une fois par mois augmente à partir de 40 ans jusqu'à l'âge de 65 ans.

Dépistage du cancer du sein par la mammographie

En 2009, 22 700 Canadiennes ont reçu un diagnostic de cancer du sein (Shields, M et Wilkins, K, 2009). Le cancer du sein est une cause importante de morbidité et de décès chez les femmes tant au Québec qu'au Canada. Le dépistage précoce du cancer du sein se fait par mammographie. Le taux de mortalité du cancer du sein diminue chez les femmes de plus de 50 ans qui passent un dépistage mammaire tous les deux ans. Un programme québécois de dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans a été mis en œuvre dans la province depuis 1998. Le but de ce programme est d'atteindre un taux de participation de 70,0 % des femmes ciblées, ce qui contribuerait à réduire de 25,0 % la mortalité par cancer du sein. Si le cancer du sein est également répandu chez les femmes de 40 à 49 ans, l'efficacité de la mammographie chez les plus jeunes n'est pas encore confirmée. Ce groupe d'âge ne fait l'objet d'aucun dépistage systématique au Québec (Ringash, 2001; MSSS, 1996; INSPQ, 2006).

Chez les femmes des Premières Nations âgées de 40 ans et plus, les résultats de l'enquête de 2008 montrent que les proportions de femmes ayant passé une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête sont plus grandes chez les 55 à 64 ans (76,2 %)⁴ et 65 ans et plus (60,8 %) que chez les femmes âgées de 40 à 54 ans (47,5 %). Il faut noter que la nature de cet examen mammographique (mammographie de dépistage ou de diagnostic) n'a pas été précisée dans l'enquête.

⁴ Selon les objectifs du Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein (PQDCS) et de la littérature scientifique, une participation supérieure à 70 % des femmes âgées de 50 à 69 ans au dépistage par la mammographie permet de réduire la mortalité attribuable à ce type de cancer. PQDCS, Cadre de référence, 1996.

[En ligne], adresse URL : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_005.pdf

La couverture mammographique chez les femmes Premières Nations âgées de 40 ans et plus (56,9 %) semble être plus petite que le reste de la population générale (canadienne et québécoise). Dans l'ensemble de la province de Québec, la couverture mammographique était de 63,4 % en 2003-2004 et de 73,9 % en 2009 chez les femmes âgées de 50 à 69 ans (INSPQ, 2006; Shields, M et Wilkins, K, 2009). Dans l'ensemble du Canada, 72,5 % des femmes ciblées ont passé une mammographie (Shields, M et Wilkins, K, 2009). Selon l'enquête des Cris de 2003, 40,0 % des femmes âgées de 40 ans et plus ont passé une mammographie (Auger, N et Légaré, G., 2008).

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Après le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus est le deuxième type de cancer le plus mortel chez les femmes de 20 à 44 ans (SCC & INCC, 2005). Le cancer du col de l'utérus peut cependant être évité par un dépistage précoce. Le test de Papanicolaou (Pap) est la méthode de dépistage utilisée pour détecter les signes précurseurs de cette forme de cancer. Au Québec, des lignes directrices, pour guider le dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes actives sexuellement, âgées de 21 à 65 ans, sont établies par le ministère de la santé depuis fin 2011⁵.

Un test annuel de dépistage est recommandé chez les femmes sexuellement actives ou qui ont atteint l'âge de 18 ans. Après deux frottis négatifs, un dépistage à tous les trois ans jusqu'à l'âge de 69 ans est recommandé (Morrison, 1994).

Chez les femmes des Premières Nations âgées de 12 ans et plus, les résultats de l'ERS 2008 montrent que les pourcentages de femmes qui ont déclaré avoir effectué le test Pap au cours des trois années précédant l'enquête augmentent à partir du groupe d'âge des 15 à 17 ans jusqu'au groupe d'âge des 35 à 54 ans. Globalement, cette population correspond à la population ciblée par le dépistage du cancer du col de l'utérus; l'autre composante est constituée par l'activité sexuelle précoce qui est certainement notée chez les adolescentes au regard du groupe d'âge notamment, les 12 à 14 ans.


Selon l'enquête des Cris de 2003, deux tiers (66,7 %) des femmes cris ont passé le test de Pap au cours des trois années précédant l'enquête (Auger, N et Légaré, G., 2008), alors que chez les Inuit, 82,0 % des femmes ont subi ce test au cours des deux années qui ont précédé leur enquête (Anctil, M., 2008).

Les données québécoises concernant le test Pap montrent les mêmes tendances des proportions de femmes ayant subi ce test en fonction du groupe d'âge. Cependant, la proportion des femmes québécoises ayant passé ce test au cours des trois dernières années (71,2 %) est de loin supérieure à celle des femmes des Premières Nations du Québec (56,6 %) (INSPQ, 2006).

Vaccin contre le Virus du Papillome Humain (VPH)

Le vaccin du VPH cible les deux types oncogènes 16 et 18 du VPH. Cette vaccination est recommandée à l'âge adolescent. Si l'efficacité de ce vaccin est prouvée au niveau de ces deux types oncogènes (70,0 % seulement des cancers du col de l'utérus sont causés par les types 16 et 18 du VPH), il est surtout recommandé aux femmes vaccinées de continuer à effectuer des tests de dépistage (Kliwer, E V et coll., 2010).

⁵ http://www.radio-canada.ca/regions/Quebec/2011/11/22/005-depistage-cancer_col_uterus-lignes_directrices.shtml



Selon l'étude de Kliwer (Kliwer et coll., 2010), « les taux d'infection à VPH, les taux d'incidence du cancer du col de l'utérus ainsi que la mortalité due à ce cancer sont plus élevés chez les femmes autochtones que non autochtones. De plus, l'épidémiologie du VPH chez les Autochtones n'est pas très connue » (Kliwer, E V et coll., 2010).

Les résultats de l'ERS 2008 montrent que plus de la moitié des adolescentes, âgées de 12 à 17 ans, ont déclaré avoir reçu ce vaccin.

Consultation d'un médecin ou d'un psychologue

Au sein de la population adolescente des Premières Nations du Québec, les résultats de l'ERS 2008 montrent que 69,0 % des filles et 58,3 % des garçons ont eu recours à un médecin au cours des 12 mois précédant l'enquête. Par ailleurs, 9,2 % des filles ont eu recours aux services de santé mentale contre 7,7 % des garçons. L'enquête n'a toutefois pas permis de connaître le motif de ces consultations (la santé générale) et les types de services reçus (suite à une détresse, pensées suicidaires...).

Dépistage du cancer de la prostate par le test de l'antigène prostatique spécifique (APS) chez les hommes

En 2002 au Canada, 18 200 hommes ont été diagnostiqués avec le cancer de la prostate, 4 300 en sont décédés. Le cancer de la prostate est le deuxième type de cancer le plus fréquent chez les hommes au Canada, après le cancer du poumon. « Les progrès en matière de dépistage et de diagnostic précoces du cancer de la prostate, tout spécialement le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique ou test de l'APS, ont contribué aux fortes fluctuations du taux d'incidence. L'effet éventuel de la généralisation du test de l'APS suscite une vive controverse » (Gibbons, L et Waters, C, 2003).

Les résultats de l'ERS 2008 montrent que les proportions d'hommes des Premières Nations, âgés de 40 ans et plus, et qui ont déclaré avoir subi ce test au cours des 12 derniers mois, augmentent en fonction de l'âge avec des pourcentages plus forts chez les aînés.

Les données canadiennes et québécoises dégagent les mêmes tendances observées selon l'âge. En 2000-2001, 43,0 % des Canadiens de 40 ans et plus ont déclaré avoir subi le test de l'APS. Chez les hommes âgés de 70 à 79 ans, 67,0 % avaient déclaré avoir subi ce test (Gibbons, L et Waters, C, 2003). Les proportions de Canadiens ayant subi le test de l'APS sont supérieures à celles des Premières Nations du Québec, en revanche dans la population québécoise, 38,3 % des hommes âgés de 50 ans et plus ont passé ce test, ce qui est inférieur aux proportions observées chez les Premières Nations en ce qui concerne ce test (INSPQ, 2006).

CONCLUSION

Un peu plus de la moitié des adolescents et adultes des Premières Nations du Québec ont déclaré avoir subi une mesure de la tension artérielle au cours des 12 mois précédant l'enquête. Environ deux adolescents sur cinq et deux adultes sur cinq ont déclaré avoir passé un test de cholestérol, un examen de la vue, un test de glycémie et un examen physique complet. Les proportions d'individus ayant passé ces tests et examens augmentent avec l'âge chez les adultes. Les proportions de personnes qui ont subi des tests et examens augmentent avec le niveau de scolarité et le revenu annuel du ménage.

Chez les hommes âgés de 40 ans et plus, les proportions de personnes ayant effectué le test de l'antigène prostatique spécifique (PSA) augmentent avec l'âge. Chez les femmes âgées de 40 ans et plus, un peu plus de la moitié affirment avoir passé la mammographie au cours des 24 derniers mois qui ont précédé l'enquête. Un peu plus de la moitié de la population féminine âgée de 12 ans et plus a déclaré avoir subi le test de Papanicolaou (Pap). Deux adolescentes sur trois affirment avoir reçu le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) et avoir consulté un médecin.

La presque totalité des enfants a reçu leurs vaccins de routine, selon leurs répondants, au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Les risques de survenue de certaines maladies chroniques sont plus grands chez les Premières Nations que le reste de la population en général. Un certain nombre de circonstances et de caractéristiques pourraient expliquer cet état de fait, notamment, l'accès aux soins et services de santé et leur utilisation, les connaissances, attitudes et croyances au sujet de la santé, les déterminants sociaux et la prédisposition génétique. Dans le *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017, Remédier aux disparités... Accélérer le changement* (CSSSPNQL, 2008) « l'accessibilité aux soins de santé conventionnelle constitue un enjeu majeur pour les Premières Nations et varie d'une communauté à l'autre ». Le problème d'accessibilité aux soins a pour conséquence, entre autres, une altération de la santé et de la qualité de vie de ces populations. Le plan directeur vise à remédier aux problèmes d'accès à des soins de santé continus auprès des communautés des Premières Nations, de même que réhabiliter la prévention et la promotion de la santé.

Pour une utilisation optimale des soins préventifs par les Premières Nations, l'accent devrait être mis sur la sensibilisation face aux risques à la santé et l'association de ces facteurs de risques à des déterminants comme le revenu annuel du ménage et le niveau de scolarité chez cette population, mais aussi sur la promotion des saines habitudes de vie et de comportements. En ce sens, les résultats présentés dans ce chapitre constituent une source d'information actuelle et pertinente pour soutenir la prise de décision et le renforcement des actions existantes afin de remédier, telle que voulu dans le plan directeur, à cette préoccupation.

BIBLIOGRAPHIE

- Anctil, M. (préparé par). Les faits saillants de l'enquête. Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004, Qanuippitaa? Comment allons-nous? Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) & Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN), 2008;7 p.
- Auger, N et Légaré, G. Pratiques préventives et changements pour améliorer sa santé. Enquête de santé auprès des Cris 2003, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 2.1 Liyyiu Aschii. Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et l'Institut national de santé publique du Québec, 2008 ; 21 p.
- Assemblée des Premières Nations. Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003. Assemblée des Premières Nations, Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations, 2007; 341 p.
- Baxter, N et Groupe de travail canadien sur les soins de santé préventifs. Soins de santé préventifs, mise à jour 2001 : les femmes devraient-elles procéder régulièrement à l'auto-examen des seins pour le dépistage du cancer du sein? Canadian Medical Association Journal, 2001;164(13) :1-11.
- Catlin, G. Swain, L et Wilkins, K. La santé de la population canadienne. Rapports sur la santé- Numéro spécial (n0 82-003-XIF au catalogue de Statistique Canada). Statistique Canada, 2001; 12 (3) :63 p.
- Chan, M. Une approche mondiale de l'équité en santé. Commission des déterminants sociaux de la santé : Rapport final, 2009. [En ligne], adresse URL : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre_partie1-2.pdf
- First Nations Centre. First nations regional longitudinal health survey (rhs) 2002 /03: Results for adults, youth an children living in first nations communities. Ottawa: First Nations Centre at the National Aboriginal Health Organisation, 2005.
- Committee, F. N. a. I. R. H. S. N. S. First nations and Inuit regional health survey national report 1999: First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee, 1999.
- Committee, F. N. I. G. First nations and Inuit regional health surveys, 1997: A synthesis of the national and regional reports: First Nations Centre, 2004.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec. Plan directeur 2007-2017. CSSSNPQL, 2007; 102 p.
- Étude : La santé des adultes chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits, et les Métis, [En ligne], adresse URL : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100623/dq100623c-fra.htm>
- Examen médical périodique de l'adulte, 2009. [En ligne], adresse URL : <http://www.cliniquemedicaledescantons.ca/examen%20periodique.htm>

- Fortin, D. Godin, M et Soucy, J. Enquête québécoise sur la santé de la population (2008) : Quelques repères-Le Québec et ses régions. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Direction des communications; 2011 22 p.
- Garner, R. Carrière, G. Sanmartin, C. La santé des adultes chez les Premières nations vivant hors réserve, les Inuits, et les métis au Canada : l'incidence du statut socioéconomique sur les inégalités en matière de santé (n0 82-622-X No 004 au catalogue de Statistique Canada). Statistique Canada, 2010;30 p.
- Gibbons, L et Waters, C. Cancer de la prostate : dépistage, incidence, chirurgie et mortalité. Rapports sur la santé (No 82-003 au catalogue de Statistique Canada). Statistique Canada, 2003; 14 (3) :9-21.
- Health Canada. Diabetes in Canada: National statistics and opportunities for improved surveillance, prevention and control (Report). Ottawa: Centre for Chronic Disease Prevention and Control, Health Canada, 1999.
- Institut canadien d'information sur la santé. Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada : Analyse en bref. ICIS, 2009; 27 p.
- Institut national de la santé publique du Québec. Portrait de santé du Québec et de ses régions : les Statistiques. Ministère de la santé et des services sociaux, 2006; p280.
- Kliwer, E V. Demers, A A. Brisson, M. Severini, A. Lotocki, R. Elias B et coll., Le système manitobain de surveillance et d'évaluation du vaccin contre le virus du papillome humain. Rapports sur la santé (No 82-003-X au catalogue de Statistique Canada). Statistique Canada, 2010; 21 (2) :1-8.
- Kingash, J. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, update: screening mammography among women aged 40-49 years at average risk of breast cancer. Canadian Medical Association Journal, 2001; 164 (4): 469-476.
- La Loi canadienne sur la santé (LCS ou la loi). [En ligne], adresse URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/index-fra.php>
- Last, J M. Dictionnaire d'épidémiologie. Édition Maloine, 2004, 306 p.
- Malloch, L. Indian Medicine, Indian Health: Study Between Red and White Medicine. Canadian Women's Studies, 1989; 10 (2.3):105-112.
- Marett, L C M & Chaudry, M. Cancer incidence and mortality in Ontario first nations, 1968-1991 (Canada). Cancer Causes & Control (CCC), 2003; 14 (3):259-268.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Programme de dépistage du cancer du sein (PQDCS) : Cadre de référence. MSSS, 1996. [En ligne], adresse URL : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_005.pdf
- Morrison, B J. Screening for cervical cancer. In Canadian Task Force for Preventive Health Care, 1994. [En ligne], adresse URL : <http://www.ctfphc.org>

- Ojardias, L. Comment améliorer la classification internationale des soins primaires pour la prévention? Enquête descriptive concernant les soins préventifs réalisés par les médecins généralistes européens. Thèse de Médecine. Université Nice-Sophia Antipolis, Faculté de Médecine de Nice, 2009; 93 p.
- Pampalon, R. Hamel, D et Gamache, P. Une comparaison de données socioéconomiques individuelles et géographiques pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Canada. Rapports sur la santé (No 82-003-XPF au catalogue de Statistique Canada). Statistique Canada, 2009; 20(4) :1-11.
- Proulx, R and Mercier, C. L'examen médical périodique des personnes présentant une déficience intellectuelle. Massachusetts department of mental retardation (DMR). L'actualité médicale, 2006. [En ligne], adresse URL : <http://www.interteddi.ca/publications/rapports-de-recherche-et-documents-divers/am2>
- Reading, J L. Kmetz, A and Gideon, V. First Nations holistic policy and planning manual: Discussion paper for the world health organization commission on social determinants of health: Assembly of First Nations, 2007.
- Ross, N A. Gilmour, H et Dasgupta, K. Incidence du diabète sur 14 années : le rôle du statut socioéconomique. Rapports sur la santé (No 82-003-XPF au catalogue de Statistique Canada). Statistique Canada, 2010; 21(3) : 21-30.
- Shields, M et Wilkins, K. Le point sur la mammographie au Canada. Rapports sur la santé (No 82-003-X au catalogue de Statistique Canada). Statistique Canada, 2009; 20 (3) :1-14.
- Société canadienne du cancer (SCC) et Institut national du cancer du Canada (INCC). Statistiques canadiennes sur le cancer 2005. Toronto, 2005.
- Stachenko, S. Les lignes directrices pour la médecine préventive : leur rôle dans la prévention clinique et la promotion de la santé. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (GECSSP), 1994. [En ligne], adresse URL : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/pdf/guidf.pdf>
- Statistique Canada. Vérification de la tension artérielle, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus. Statistique Canada, 2001. [En ligne], adresse URL : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-577-x/00203/t/pdf/4281112-fra.pdf>
- Waldram, J B. Herring, D A and Young, T K. Aboriginal health in Canada: Historical, cultural and epidemiological perspectives. (2 ed.): University of Toronto Press, 2006.



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR