

# Résultats préliminaires de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003

---

## *Enquête sur les enfants*

4 juillet 2005

préparé par le Centre des Premières Nations  
de l'Organisation nationale de la santé autochtone  
pour le compte du Comité des Premières Nations sur la gouvernance de l'information

---



## Résultats préliminaires de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003 : Enquête sur les enfants

Le présent rapport fait état de résultats sélectionnés pour les enfants des Premières Nations vivant dans leur communauté. On y trouve des mesures de la santé de nos enfants et certains des facteurs qui influencent celle-ci. Les résultats préliminaires sur les adultes, qui proviennent de la même source, l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS), ont été publiés juste avant la réunion des premiers ministres sur la santé, qui s'est tenue en septembre 2004<sup>1</sup>. Un autre bref rapport sur la jeunesse est attendu et les principaux rapports nationaux seront publiés en novembre 2005.

### *Vue d'ensemble de l'échantillonnage et des méthodes*

Les données ont été recueillies entre août 2002 et novembre 2003 dans **238** communautés des Premières Nations partout au Canada. Un total de **22 602** questionnaires ont été administrés. Trois types de questionnaires, chacun correspondant à une tranche d'âge, ont été remplis par :

- **10 962** adultes, de 18 ans et plus,
- **4 983** adolescents, de 12 à 17 ans,
- **6 657** enfants, de 0 à 11 ans (un parent ou le tuteur a répondu).

Des communautés de différentes tailles ont été sélectionnées, représentant toutes les « sous-régions » des Premières Nations (p. ex. les nations, les conseils tribaux) afin de fournir un échantillon représentatif pour le Canada. Dans l'ensemble, l'échantillon national représente 6 % des enfants des Premières Nations, 10 % des adolescents des Premières Nations et 4,9 % des adultes des Premières Nations vivant dans les communautés des Premières Nations. Les proportions plus élevées d'enfants et d'adolescents permettent une précision statistique semblable au niveau de précision des données sur les adultes.

Les entrevues ont été coordonnées par les organisations régionales des Premières Nations et administrées à l'aide d'ordinateurs portables par des interviewers issus des Premières Nations. Les données ont été chiffrées et téléchargées directement à partir des communautés sur des serveurs sécurisés. Les trois questionnaires abordent une vaste étendue de priorités sur la santé et autres sujets connexes dans un cadre holistique.

Les statistiques présentées dans les pages suivantes sont établies à partir des **6 657** questionnaires remplis pour les enfants âgés de moins de 12 ans (50,1 % de filles, 49,9 % de garçons), à moins d'indications contraires. Les réponses pour chaque enfant ont été données par une personne qui le connaissait bien : parents naturels (92,2 %), grands-parents (3,7 %), et autres membres de la famille (4,1 %). Tous les résultats ont été pondérés (ajustement des statistiques) afin de refléter la répartition de la population. Les analyses ont été faites au Centre des Premières Nations de l'Organisation nationale de la santé autochtone sous la direction du Comité des Premières Nations sur la gouvernance de l'information. Des informations supplémentaires sont disponibles à l'adresse suivante : [http://www.naho.ca/firstnations/french/regional\\_health.php](http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_health.php).

Les fréquences unidimensionnelles et les statistiques descriptives sont présentées avec l'intervalle de confiance de 95 % si le coefficient de variation est supérieur à 0,33. Les différences concernant des groupes à l'intérieur des tabulations recoupées sont estimées significatives si les intervalles de confiance à 95 % associés ne se chevauchent pas.

À moins d'indications contraires, tous les résultats portent sur les enfants des Premières Nations vivant dans des communautés des Premières Nations. Dans le but d'alléger le texte, on utilise l'expression « enfants des Premières Nations ».

## Introduction

Le présent rapport fournit une sélection de statistiques de haut niveau recueillies lors de l'Enquête sur les enfants ERS 2002-2003 en rapport avec les domaines suivants :

- santé de la petite enfance;
- facteurs généraux de santé et facteurs connexes;
- problèmes de santé;
- blessures;
- culture et langues des Premières Nations.

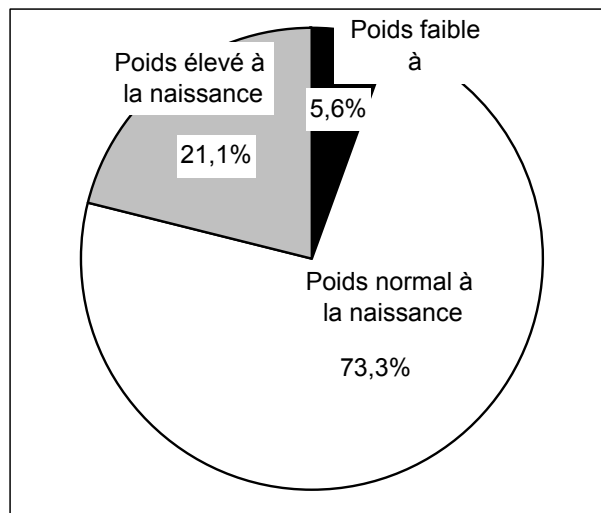
## Santé de la petite enfance

Les bébés ayant un faible poids à la naissance (moins de 2,5 kg) ont une incidence plus élevée d'infections et de maladies, un taux de mortalité plus élevé et un plus grand risque au cours de leur développement de connaître des difficultés d'apprentissage, des problèmes de vision, d'être atteints de paralysie cérébrale, d'avoir des problèmes respiratoires, de l'insuffisance coronaire et du diabète de type 2<sup>2,3,4,5,6</sup>. On compte parmi les facteurs contribuant à un faible poids à la naissance l'état de santé de la mère, son âge, son niveau d'éducation, son statut face à l'emploi, ainsi que le tabagisme et la toxicomanie de celle-ci<sup>5,7</sup>. Un poids élevé à la naissance (4,0 kg et plus) est associé à des troubles de glycémie chez la mère (par exemple le diabète) et à des risques plus élevés de traumatismes de la naissance<sup>8</sup>.

Comme on peut le voir à la figure 1, 5,6 % des enfants ont un faible poids à la naissance, ce qui est similaire au 6 % indiqué dans les registres de naissances<sup>9</sup>. Ce résultat est également comparable à l'ERS de 1997 (5,4 %)<sup>10</sup>, ainsi qu'au pourcentage observé chez l'ensemble des enfants canadiens en 1998-1999 (5,6 %)<sup>11</sup>.

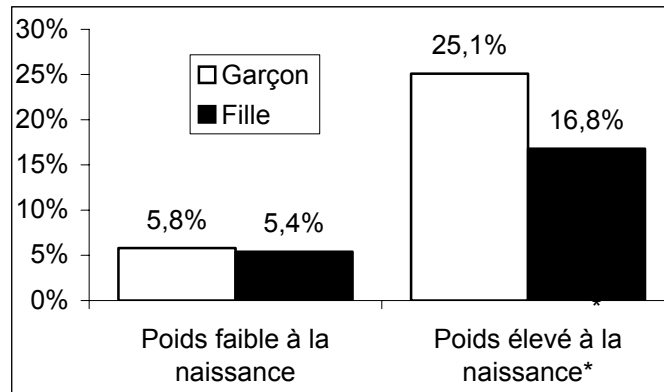
En 2002-2003, 21,1 % des enfants des Premières Nations sont nés avec un poids élevé à la naissance; ce pourcentage est supérieur de façon significative à la moyenne observée chez les enfants canadiens en général (13,1 % en 1998-1999)<sup>11</sup>.

**Figure 1. Répartition des poids faibles, normaux et élevés à la naissance**



Tel qu'observé dans d'autres populations, le poids moyen des garçons à la naissance est plus élevé que celui des filles (3,60 kg contre 3,49 kg). De façon similaire, la figure 2 indique qu'un garçon sur quatre (25,1 %) possède un poids élevé à la naissance contre seulement environ une fille sur six (16,8 %). Il n'y a cependant aucune différence marquée entre les sexes pour ce qui est du pourcentage de faible poids à la naissance.

**Figure 2. Poids faible et poids élevé à la naissance selon le sexe**

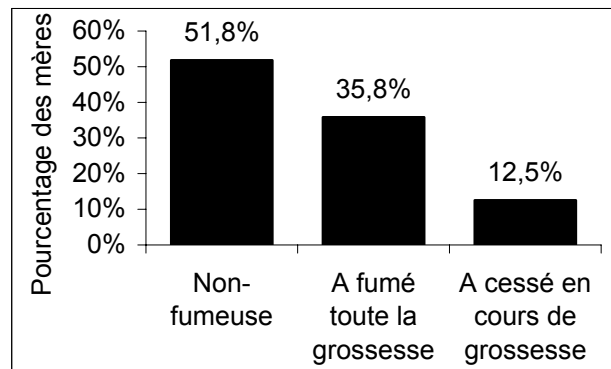


\*différence significative entre les sexes

### *Tabagisme maternel*

Le tabagisme durant la grossesse peut augmenter les risques pour la femme de fausse couche, d'accouchement d'un mort-né et de naissance prématurée<sup>12</sup>. La majorité (51,8 %) des mères des enfants qui ont fait l'objet de l'enquête n'ont pas fumé durant cette grossesse. Environ le tiers (35,8 %) ont fumé et 12,5 % ont commencé à fumer mais ont cessé avant la fin de leur grossesse. (figure 3).

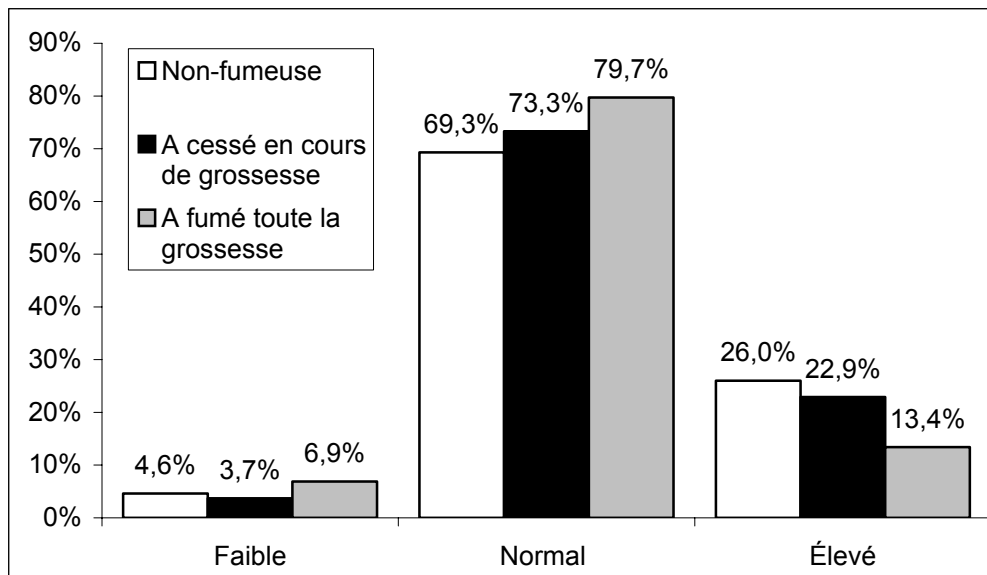
**Figure 3. Tabagisme maternel au cours de la grossesse**



Il a été établi que le tabagisme maternel *n'est pas lié* statistiquement à la fréquentation par la mère d'un pensionnat, à la vie dans un logement surpeuplé (plus d'une personne par pièce), au degré d'isolement de la communauté de l'enfant ou au statut de la communauté relativement aux transferts en matière de santé.

Tel qu'indiqué à la figure 4, les mères qui ont fumé toute leur grossesse sont moins à risque de porter des bébés ayant un poids élevé à la naissance et sont plus susceptibles que les autres mères de donner naissance à des bébés de poids normal. Le faible poids à la naissance n'est pas lié de façon significative au tabagisme maternel, contrairement aux résultats qu'on observe ailleurs.

**Figure 4. Poids à la naissance selon le tabagisme de la mère**

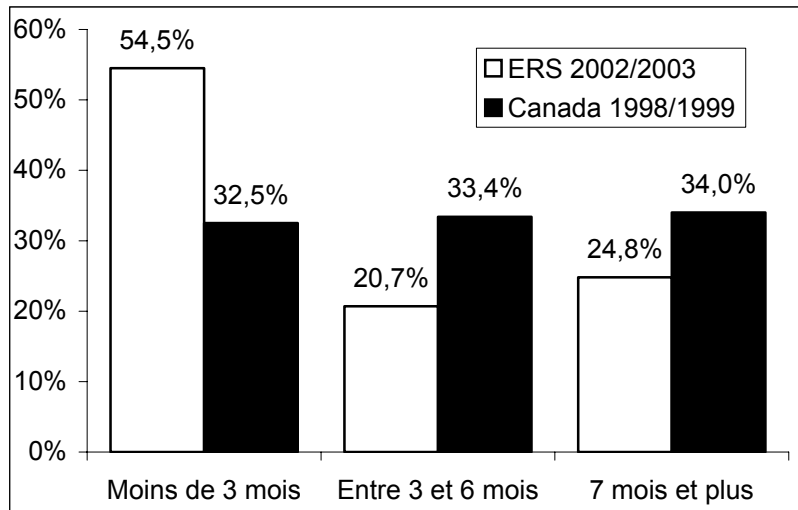


### *Allaitement maternel*

L'Organisation mondiale de la santé reconnaît que l'allaitement maternel est une source d'alimentation sans danger pour le développement des enfants et respectueuse de l'environnement<sup>13</sup>. Il est également prouvé que cette pratique est bénéfique pour les mères car elle aide à réduire les risques de cancer du sein et des ovaires et améliore le lien d'attachement entre la mère et le nouveau-né<sup>14</sup>.

Bien que la proportion de bébé allaités ait augmenté, passant de 50 % en 1997<sup>10</sup> à 60,3 % en 2002-2003, le pourcentage pour les Premières Nations demeure inférieur à la moyenne 1998-1999 de l'ensemble du Canada, qui est de 79,9 %<sup>11</sup>. Chez les enfants des Premières Nations qui ont été allaités, plus de la moitié des mères (54,5 %) mettent fin à l'allaitement au cours des trois premiers mois, comparativement à environ une mère sur trois (32,5 %<sup>11</sup>) chez les enfants canadiens dans l'ensemble. L'âge du sevrage ne varie pas de façon significative selon le sexe de l'enfant ou son âge au moment de l'enquête.

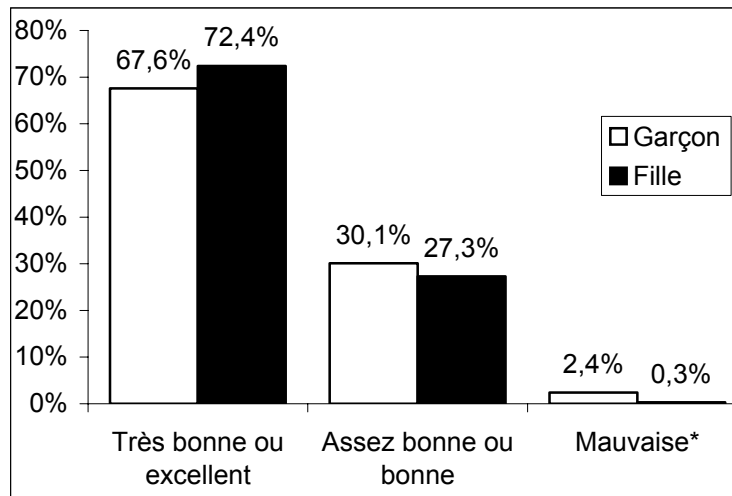
**Figure 5. Comparaison de l'âge de sevrage**



### Facteurs généraux de santé et facteurs connexes

Comme l'indique la figure 6, plus des deux tiers des enfants des Premières Nations sont considérés comme en « très bonne » ou « excellente » santé selon les adultes qui ont répondu pour eux. Environ un enfant sur trois est en « assez bonne » ou « bonne » santé. Les garçons sont plus susceptibles que les filles d'être considérés comme en « mauvaise » santé (2,4 % contre 0,3 %). Il n'y a aucune différence significative entre groupes d'âges en ce qui a trait à l'état de santé indiqué des enfants.

**Figure 6. État de santé global indiqué, selon le sexe**

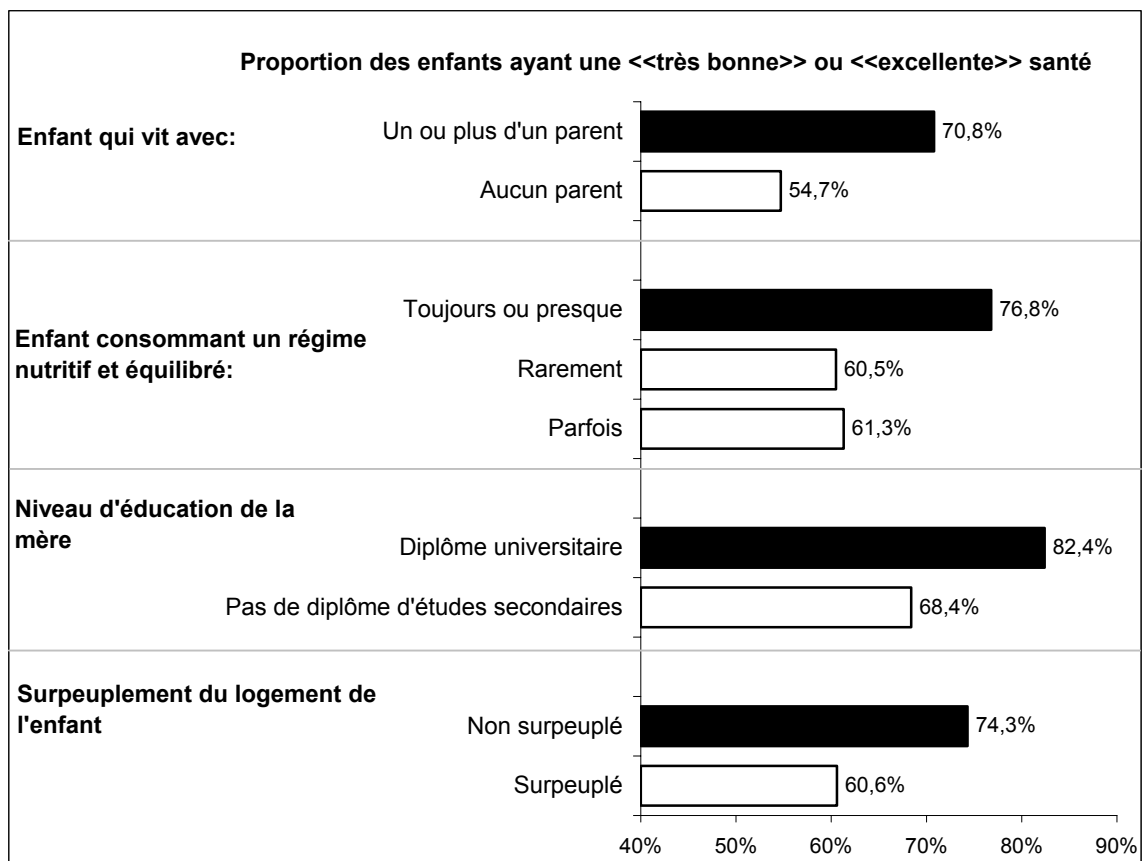


\*différence significative entre les sexes

### Facteurs liés à une « très bonne » ou « excellente » santé

La figure 7 présente les facteurs liés à une affirmation de « très bonne » ou « excellente » santé. On peut voir sur le graphique que les enfants sont plus susceptibles d'être dits en « très bonne » ou « excellente » santé s'ils vivent avec au moins un parent, s'ils consomment toujours ou presque toujours un régime alimentaire nutritif et équilibré, si leur mère a obtenu un diplôme universitaire et s'ils vivent dans un logement non surpeuplé (une personne par pièce ou moins). Dans l'ensemble, 32,1 % des enfants des Premières Nations sont considérés comme vivant dans un logement surpeuplé.

**Figure 7. Facteurs associés à une « très bonne » ou « excellente » santé**



Note : Seules les catégories de réponses affichant des différences significatives sont indiquées.

Il a été démontré qu'une « très bonne » ou « excellente » santé *n'est pas statistiquement associée* (dans les analyses bidimensionnelles) aux facteurs suivants :

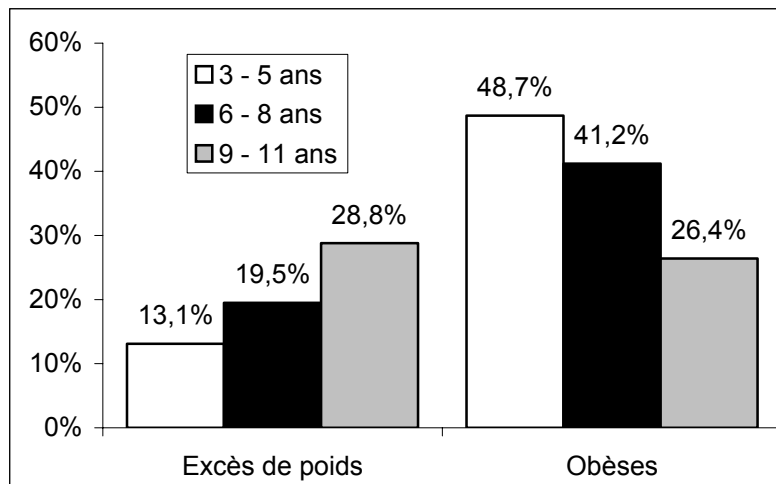
- taille de la communauté
- statut de la communauté relativement aux transferts en matière de santé
- état d'isolement de la communauté
- âge de la mère
- niveau d'éducation du père
- fréquentation d'un pensionnat par un ou plus d'un parent ou d'un grand-parent
- disponibilité et utilisation de services de garde d'enfants (officiels ou non officiels)
- durée de l'allaitement
- poids à la naissance

## Problèmes de santé

L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé à partir du poids et de la taille indiqués, puis classés selon les définitions internationales par âge<sup>15</sup>. Parmi les personnes faisant l'objet de l'enquête, 41,5 pour cent des enfants de Premières Nations étaient de poids normal ou au-dessous de la moyenne, 22,3 pour cent avaient un excès de poids et 36,2 % étaient obèses. En tout, plus de la moitié (55,2 %) des enfants de Premières Nations avaient un excès de poids ou étaient obèses.

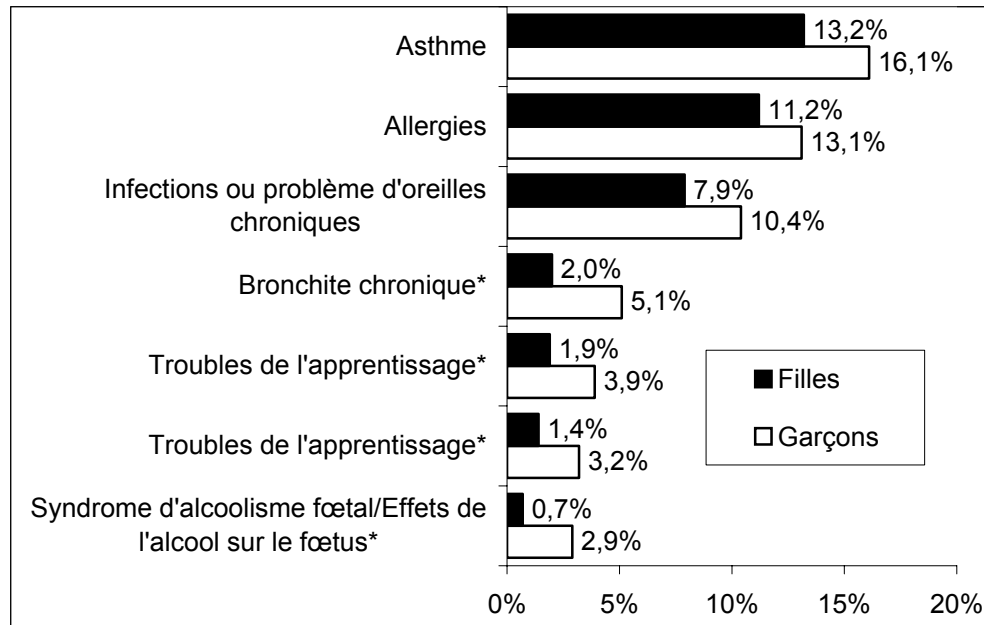
Bien qu'il n'y ait pas de différence statistique entre les garçons et les filles, on constate une relation complexe entre les différents groupes d'âge. Si on les compare aux enfants de 3 à 5 ans, les enfants plus âgés (9 à 11 ans) sont deux fois plus susceptibles d'être dans la catégorie « excès de poids » non obèses (28,8 % contre 13,1 %). Cependant les enfants plus jeunes sont plus susceptibles d'être obèses (48,7 % contre 26,4 %).

**Figure 8. Proportion d'enfants ayant un excès de poids ou obèses, par âge**



Des 18 problèmes de santé couverts par le questionnaire de l'ERS pour les enfants, les sept plus courants sont ceux indiqués à la figure 9. L'asthme et les allergies touchent chacun plus d'un enfant sur 10. Les problèmes de santé suivants sont plus courants chez les garçons que chez les filles : bronchite chronique, troubles de l'apprentissage, trouble du déficit de l'attention ou trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDA/TDAH) et syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus (SAF/EAF).

**Figure 9. Problèmes de santé les plus courants, par sexe.**



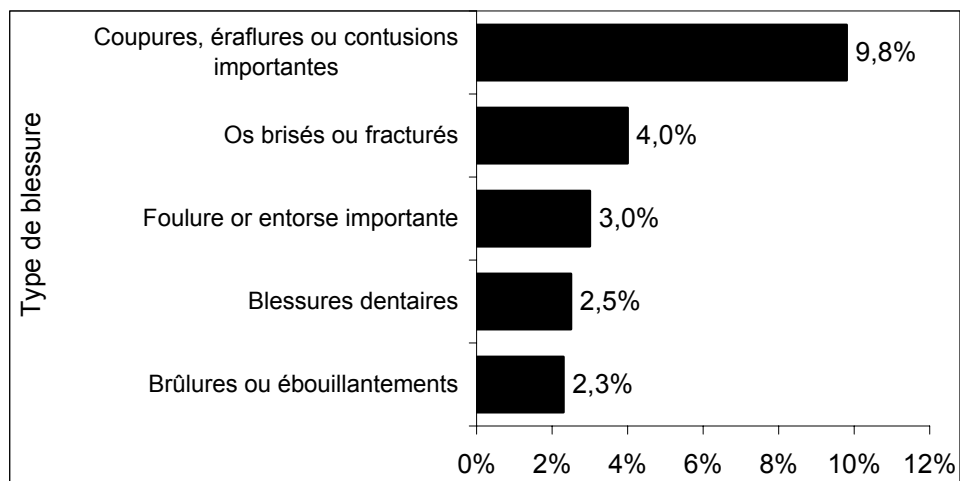
\*différence significative entre les sexes

## Blessures

Les enfants des Premières Nations ont une probabilité plus élevée de 70 % que les enfants canadiens de déclarer avoir subi une ou plusieurs blessures au cours de l'année précédente (17,2 % contre 10,2 %) <sup>16</sup>. Bien qu'on n'ait observé aucune différence selon le sexe, la probabilité de se blesser augmente généralement avec l'âge jusqu'à atteindre 22,3 pour cent pour les enfants de 9 à 11 ans.

La figure 10 présente les types de blessures les plus couramment déclarées. Les blessures les plus fréquemment déclarées sont les coupures, les éraflures et les contusions importantes (9,8 %), suivies des os brisés ou fracturés (4,0 %). Les causes les plus souvent indiquées sont les chutes ou les trébuchements (7,6 %), les accidents de bicyclettes ou les accidents entre une bicyclette et un véhicule moteur (3,9 %) et les blessures sportives (2,1 %).

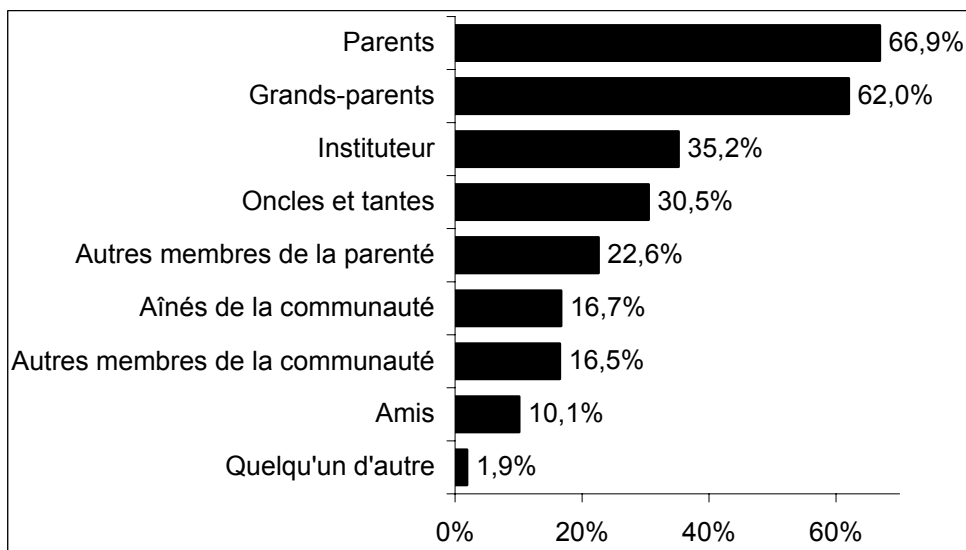
**Figure 10. Les 5 types de blessures les plus fréquentes au cours de la dernière année**



## Culture et langues de Premières Nations

Les événements culturels traditionnels sont considérés comme « assez importants » ou « très importants » dans la vie de 82,3 % des enfants de Premières Nations. De plus, presque tous ces enfants (94,8 %) ont eu une ou deux personnes qui les ont aidés à comprendre leur culture. Comme le montre la figure 11, les deux sources principales d'aide étaient les parents (66,9 %) et les grands-parents (62,0 %).

**Figure 11. Personnes identifiées comme aidant les enfants à comprendre leur culture**



Nota : Exclut ceux qui indiquent « personne ». Réponses multiples permises.

## *Langue*

Environ un enfant de 5 à 8 ans sur quatre (24,1 %) et près d'un enfant de 9 à 11 ans sur trois (31,2 %) comprend « couramment » ou « relativement bien » une ou plusieurs langues des Premières Nations. Le chiffre est à peu près le même (32,8 %) pour les jeunes de 12 à 17 ans qui ont rempli le questionnaire destiné aux jeunes. Il n'y a pas de différence entre les sexes pour ce qui est de parler ou de comprendre une langue de Premières Nations.

Parmi les langues de Premières Nations indiquées, les plus courantes étaient le cri, l'ojobway, l'attikamekw, l'oji-cri, le mi'maq et le montagnais.

## Sommaire

- La proportion d'enfants des Premières Nations ayant un faible poids à la naissance est comparable au chiffre pour le Canada dans son ensemble (5,6 %). Le poids élevé à la naissance, par contre, est plus courant parmi les Premières Nations (22,1 % contre 13,1 %).
- La proportion d'enfants des Premières Nations qui ont été allaités au sein est passée de 50 % à 60,3 % entre 1997 et 2002-2003 mais est demeurée sous la moyenne canadienne de 79,9 %.
- Plus des deux tiers des enfants de Premières Nations sont dits être en « très bonne » ou en « excellente » santé. Les facteurs suivants sont associés avec de meilleures évaluations : vit avec ses parents, a toujours ou presque toujours un régime alimentaire nutritif et équilibré, a une mère qui possède un diplôme universitaire et vit dans un logement non surpeuplé.
- Plus de la moitié des enfants de Premières Nations vivant dans les réserves ont soit un excès de poids ou sont obèses.
- L'asthme et les allergies sont les affections chroniques les plus souvent rapportées, chacune touchant plus de 10 % des enfants de Premières Nations.
- La bronchite chronique, les troubles de l'apprentissage, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/TDAH) et le syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus sont les problèmes les plus courants chez les garçons. .
- Les enfants de Premières Nations sont 70 % plus susceptibles que les enfants canadiens d'avoir subi une ou plusieurs blessures au cours de la dernière année (17,2 % contre 10,2 %). Les causes les plus courantes de blessures sont les chutes et les trébuchements (7,6 %), les accidents entre bicyclettes ou entre bicyclettes et véhicules à moteur (3,9 %) et les blessures sportives (2,1 %).
- Les événements culturels traditionnels sont considérés comme « assez importants » ou « très importants » par 83,2 % des enfants de Premières Nations.
- Près d'un enfant de 9 à 11 ans sur trois (31,2 %) comprend une ou plusieurs langues de Premières Nations « couramment » ou « relativement bien » .

## Notes de fin de document

- 
- <sup>1</sup> Centre des Premières Nations, « Enquête sur les adultes », *Preliminary Finding of the First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002-2003* (septembre 2004).  
[http://www.naho.ca/firstnations/english/pdf/RHS\\_prelim\\_results\\_nov8.pdf](http://www.naho.ca/firstnations/english/pdf/RHS_prelim_results_nov8.pdf)
- <sup>2</sup> D.J. Barker, « Fetal Origins of Coronary Heart Disease », *British Medical Journal*, vol. 15, No. 311 (1995) p. 171-174.
- <sup>3</sup> D.J. Barker, et coll., « Type 2 (non-insulin-dependent) Diabetes Mellitus, Hypertension and Hyperlipidaemia (syndrome X): Relation to Reduced Fetal Growth », *Diabetologia*, vol. 36 (1993) p. 62-67.
- <sup>4</sup> P.D. Gluckman, M.A. Hanson, « Living with the Past: Evolution, Development, and Patterns of Disease », *Science*, vol. 305, No 5691 (2004) p. 1733-6.
- <sup>5</sup> Institut canadien de la santé infantile, « Petit poids à la naissance » *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI*.  
<http://www.cich.ca/PDFFiles/ProfileFactSheets/French/LBWFre.pdf>
- <sup>6</sup> Santé Canada, Les Canadiens en santé : Rapport sur les indicateurs comparables de la santé 2002. <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/imputabilite/indicateurs.html>
- <sup>7</sup> M.S. Kramer, « Determinants of Low Birth Weight: Methodological Assessment and Meta-Analysis », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 65 (1987) p 663-737.
- <sup>8</sup> R. Schwartz et K.A. Taramo, « What is the Significance of Macrosomia? », *Diabetes Care*, vol. 22, No. 7 (1999) p. 1201-1205.
- <sup>9</sup> Santé Canada, site Web de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada. [http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/ppas/ias/publications/profil\\_statistique.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/ppas/ias/publications/profil_statistique.htm)
- <sup>10</sup> H. MacMillan et coll., « La santé des enfants », *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, Rapport national 1999* (St. Regis, QC: Territoire des Mohawks d'Akwesasne, 1999).
- <sup>11</sup> Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), (Ottawa, 1998-1999).
- <sup>12</sup> « Tabagisme et santé féminine », site Web de la Société canadienne du cancer.  
[http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,,3490\\_367563\\_423911\\_langId-fr.00.html](http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,,3490_367563_423911_langId-fr.00.html)
- <sup>13</sup> Organisation mondiale de la santé, site Web du département de la santé et du développement des enfants et des adolescents. [http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/infant\\_exclusive.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/infant_exclusive.htm)
- <sup>14</sup> « Allaitement maternel ». Dans la série en ligne Indicateurs de la santé 2002;2002(1). Ottawa: Statistique Canada, mai 2002) N° de cat 82-221-XIE. [http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/high/canada/cbreast\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/high/canada/cbreast_f.htm) (visité le 19 février 2004).
- <sup>15</sup> T.J. Cole, M.C. Bellizzi, K.M. Flegal et coll. « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey ». *British Medical Journal*, 320. (mai 2000). p. ,1240-1243.
- <sup>16</sup> Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), (Ottawa, 1995-96).