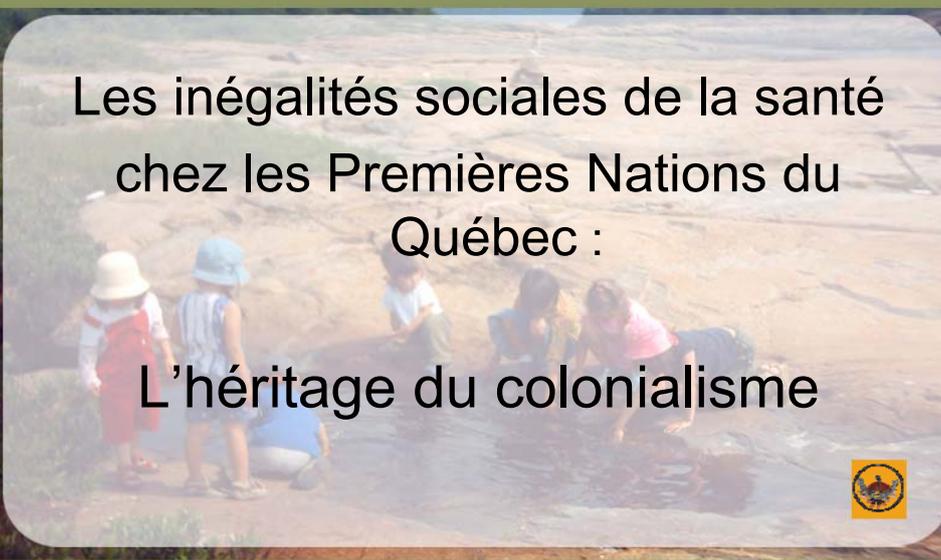


Cette présentation a été effectuée le 17 novembre 2008, au cours de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2008. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/archives/>.



**Les inégalités sociales de la santé
chez les Premières Nations du
Québec :**

L'héritage du colonialisme



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



CSSSPNQL

Rencontre francophone internationale
sur les inégalités sociales de santé

12^{ième} journées annuelles
de santé publique

Québec – 17 novembre 2008



CSSSPNQL - Mission

- Promouvoir et veiller au mieux-être physique, mental, émotionnel et spirituel des personnes, des familles et des communautés des Premières Nations.
- Agir sur les déterminants de la santé.



Introduction

- 10 Premières Nations, auxquelles s'ajoutent les Inuits;
- Les Premières Nations et les Inuits sont répartis sur l'ensemble du territoire de la province de Québec (54 communautés);
- Les Premières Nations comptent près de 70 000 membres;
- Plus de 40% de la population a moins de 25 ans;
- Croissance démographique supérieure à la moyenne québécoise.



CARTE DES NATIONS



Introduction (suite)

- Suite à la signature de la Convention de la Baie James, les Cris, les Naskapis et les Inuits bénéficient d'ententes avec le gouvernement du Québec et sont alors régis par les Régies régionales de la santé mais demeurent quand même sous la responsabilité du gouvernement fédéral
- Les huit autres Premières Nations, soit l'équivalent de 30 communautés ont des ententes de transfert avec Santé Canada.



Les inégalités sociales de la santé chez les Premières Nations

L'indice de développement humain de l'ONU

- Classement du Canada: 8^{ème} rang mondial
- Classement des Premières Nations: 78^{ème} rang

Le Conseil canadien de développement social

- 55,6% des Autochtones vivaient sous le seuil de la pauvreté au Canada au début des années 2000



Les inégalités sociales de la santé chez les Premières Nations (suite)

Le logement

- Au Québec, 4200 maisons des Premières Nations sur 12 500 sont surpeuplées et près de 6700 maisons doivent être rénovées et/ou décontaminées
- Incidence élevée de la shigellose et de la tuberculose, des maladies associées au surpeuplement et que l'on retrouve surtout dans les pays du Tiers-Monde
- L'accès à l'eau potable pose problème de même que les infrastructures pour le traitement des eaux usées



Les inégalités sociales de la santé chez les Premières Nations (suite)

L'insécurité alimentaire

33% des Autochtones au Canada souffrent d'insécurité alimentaire comparativement à 8% pour les Allochtones

Dépendance envers l'aide sociale

28% de la population autochtone du Québec dépend de l'aide sociale (7,4% pour les Allochtones)

Le taux de chômage est de 20% chez les Autochtones du Québec (6,9% pour les Allochtones)

Revenu

Le revenu d'emploi moyen de la population autochtone au Québec est de 21 000\$ comparativement à 29 000\$ pour les Allochtones



Les inégalités sociales de la santé chez les Premières Nations (suite)

- Les Premières Nations ont une espérance de vie inférieure à la moyenne canadienne
- Les femmes autochtones vivent, en moyenne, 77 ans, contre 81 ans pour les femmes allochtones
- Les hommes autochtones vivent, en moyenne, 69 ans, contre 76 ans pour les hommes allochtones
- Les Premières Nations sont victimes de pratiques discriminatoires en ce qui a trait à l'accessibilité aux systèmes de santé
- Les membres des Premières Nations sont quatre fois plus nombreux à avoir rencontré des obstacles pour accéder aux soins de santé.



Indicateurs de santé

	PREMIÈRES NATIONS			CANADA	DISPARITÉ
	Hommes	Femmes	Total (a)	Population (b)	a/b
Embonpoint	41,2%	32,2%	36,9%	33%	1,12
Obésité	27,7%	32,7%	30,1%	14%	2,15
Personnes diabétiques	12,5%	16,4%	14,5%	4,1%	3,5
Arthrite	15,1%	21,9%	18,4%	14%	1,3
Allergies	15,2%	22,0%	18,6%	9,1%	2
Hypertension artérielle	12,9%	17,0%	14,9%	8,5%	1,75
Asthme	7,3%	12,2%	9,7%	5,6%	1,7
Blessures physiques (dernière année)	N/D	N/D	22,0%	11,3%	1,94
Carie dentaire chez les enfants	N/D	N/D	14,8%	7%	2,1
Obstacles rencontrés pour les soins de santé	N/D	N/D	46,5%	12,5%	3,72



suite

- Maladies cardiaques en augmentation depuis 30 ans et c'est la principale cause de décès chez les PN; à cause de :
- L'augmentation du diabète de type 2
- Sédentarité
- Tabagisme 50-60% pop gén. 51.2% jeunes
- Diète riche en sucre et graisse
- Obésité 50%-60% ados - enfants

suite

- Taux d'hospitalisation des PN > à la population canadienne pour tous les cas
- Principaux diagnostics étaient en 2000 reliés aux maladies respiratoires, maladies du système digestifs, blessures et empoisonnements;
- Les taux reliés à ces diagnostics étaient environ deux à trois fois plus élevés que dans la pop canadienne.

La racine du problème

La création et le maintien des inégalités sociales de la santé s'explique, en partie, par la marginalisation des Premières Nations

La colonisation européenne de l'Amérique du Nord

- De l'indépendance à la dépendance (traite des fourrures)

L'imposition de la Loi sur les Indiens (1876)

- Le « problème indien » et sa solution: l'assimilation
- Intégrer les peuples autochtones au nouvel ordre économique et politique



La racine du problème (suite)

« Tuer l'indien dans l'enfant »

- **Sédentarisation et christianisation: le développement des réserves et des Écoles résidentielles**
- **Le rôle de l'État et des Églises: paternalisme de l'État et paradoxes des politiques coloniales**

Incarcération politique et culturelle

- **Apartheid social et ethnique (peuples « inférieurs »)**
- **Apartheid géographique (création des réserves)**
- **Apartheid économique (accès limité aux ressources)**
- **Apartheid politique (déni du droit à l'auto-détermination)**



La racine du problème (suite)

Les parallèles entre le système des réserves indiennes et l'Apartheid

- L'apartheid (mot néerlandais qui signifie « séparation, mise à part ») était une **politique de développement séparé** affectant des populations selon des **critères raciaux ou ethniques** dans des **zones géographiques déterminées**. La politique d'apartheid se voulait l'aboutissement institutionnel d'une politique et d'une pratique jusque là empirique de ségrégation raciale élaborée en Afrique du Sud depuis la fondation de la Colonie du Cap en 1652. Avec l'apartheid, le **rattachement territorial** et le **statut social** dépendait du **statut racial** de l'individu.
- Le concept d'apartheid s'articulait ainsi autour de la **division politique, sociale, économique et géographique du territoire** sud-africain et de sa population répartie en quatre groupes raciaux hiérarchiquement ainsi distincts. La population noire d'Afrique du Sud se voyait ainsi confinée dans des enclaves géographiques limitées connues sous le nom de Bantoustans.



La racine du problème (suite)

- L'accès aux territoires et à leurs ressources pose problème et les activités industrielles sur les terres ancestrales sont majoritairement le fait des grandes entreprises qui ne sont guère redevables aux différentes communautés
- Les ressources et le partage des revenus d'exploitation sont répartis de façon inéquitable entre les communautés autochtones et allochtones
- Des savoirs et des connaissances marginalisés
- Violations des droits sociaux et politiques
- Un système de protection sociale (AIRC) et des soins de santé (Santé Canada) qui n'assurent pas le bien-être et un niveau de vie comparable au reste de la population canadienne



Prise en charge

- Suite au dépôt du livre blanc du Gouvernement Trudeau et après 20 ans de consultations auprès des Premières Nations, une politique de transfert des programmes de santé aux communautés est instaurée au cours des années '80.
- En réponse au Livre Blanc, les Premières Nations lancèrent le Livre rouge
- Cette démarche est interprétée comme une porte ouverte à l'autonomie gouvernementale des Autochtones
- Ces programmes de santé sont toutefois conçus par la culture et les valeurs de la société dominante et implantés de manière unilatérale par le gouvernement fédéral;



Prise en charge (suite)

- La politique d'autonomie gouvernementale se limite à des pouvoirs semi-municipaux et semble plutôt associé à une tentative de couper dans les dépenses administratives qu'à satisfaire aux besoins des PN
- Si on tient compte des inégalités de santé, les services aux PN ne sont pas financés de façon équitable si on compare avec le reste de la population canadienne: 7,200 \$ PN versus 14,900 \$ Can.



Remédier aux disparités...Accélérer le changement

Le Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec: 2007-2017

Principe directeur: L'approche holistique

« En somme les Premières Nations considèrent la santé comme un tout indivisible, prenant en compte le bien-être physique, mental, spirituel, émotionnel, économique, environnemental et culturel tant pour les communautés que pour les familles et les individus ».

Objectif

- Assurer aux Premières Nations une santé et une qualité de vie comparable à celle de la population canadienne
- Accroître l'espérance de vie
- Réduire le taux de mortalité infantile
- Renforcer l'accès aux services et améliorer la qualité des soins offerts



Remédier aux disparités...Accélérer le changement (suite)

Les axes d'intervention :

- **Gouvernance:** Mettre fin à l'approche unilatérale et accroître le financement des services
- **Ressources humaines:** Augmenter le nombre de professionnels de la santé et accroître la formation des intervenants



Remédier aux disparités...Accélérer le changement (suite)

- Recherche-développement: Obtenir un meilleur portrait de la situation
- Déterminants sociaux de la santé: Réduire le taux de chômage et la dépendance à l'aide sociale; accroître le nombre de logement; améliorer le système d'éducation; et contribuer au développement de saines habitudes de vie



Conclusion

Il nous semble important de miser sur des initiatives qui ont pour but de structurer l'environnement au sein des communautés de sorte à assurer aux membres des Premières Nations les mêmes droits et opportunités en ce qui a trait au développement individuel et collectif.

Les Premières Nations doivent bénéficier, au même titre que l'ensemble de la population, des moyens nécessaires pour réussir.



POUR NOUS JOINDRE



Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador
250, Place Chef Michel Laveau, local 102
Wendake (Québec) G0A 4V0

Téléphone: (418) 842-1540 Télécopieur: (418) 842-7045

SITE WEB: WWW.CSSSPNQL.COM

