

Association entre les solidarités intergénérationnelles et la santé: résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones

Problématique

Les peuples autochtones font face à des enjeux de santé et bien-être importants¹. En outre, chez les peuples autochtones, le taux de suicide, notamment chez les jeunes, ainsi que la détresse psychologique sont des aspects préoccupants de leur santé mentale^{2,3}. Même s'ils s'inspirent de données probantes spécifiques, les services de santé et services sociaux ne réussissent actuellement pas à répondre adéquatement aux enjeux interreliés de santé et bien-être vécus par les peuples autochtones⁴. Selon une approche holistique tenant compte la complexité de ces enjeux, la contribution des aînés autochtones aux solidarités intergénérationnelles rejoindrait leurs modèles traditionnels favorisant la guérison⁵ par la valorisation des forces individuelles et collectives. En effet, de par leurs expériences, les aînés autochtones contribuent à la transmission des valeurs, de la culture^{6,7,8} et de l'identité collective⁹, et participent à l'éducation¹⁰, au développement communautaire¹¹, à la communication¹² et aux relations intergénérationnelle¹³. Ces activités intergénérationnelles profitent aux aînés eux-mêmes, mais aussi aux jeunes, aux familles et à la société¹⁴. Pour soutenir le rôle important que les aînés jouent pour la santé des peuples autochtones, il importe de bien comprendre quelles caractéristiques des solidarités intergénérationnelles sont associées à la santé. Bien qu'il existe des études sur les solidarités intergénérationnelles, aucune n'a permis de vérifier leur association avec la santé des peuples autochtones.

Cadre théorique

Dans une perspective de promotion de la santé, cette étude s'appuie sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la santé¹⁵. La CIF décrit le fonctionnement des individus dans leurs activités et domaines de la vie (ex. relations intergénérationnelles) en interaction avec les facteurs personnels, les problèmes de santé, les fonctions organiques et les facteurs environnementaux.

Méthode

Une analyse secondaire des données est réalisée à partir de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA, 2012). Cette enquête transversale inclut 24 803 répondants autochtones âgés de six ans et plus, étudiants du primaire et secondaire, diplômés du secondaire et décrocheurs, vivant hors communauté. Ces répondants ont été questionnés pendant en moyenne 40 minutes lors d'entretiens téléphoniques ou en personne. Réalisés dans l'une des langues officielles ou en Inuktitut, ces entretiens étaient menés directement auprès des répondants ou avec un proxy (moins de 15 ans, incapacité physique ou mentale). Les solidarités intergénérationnelles ont été estimées à l'aide de variables catégoriques : perception du soutien d'un grand-parent ou d'un aîné et passe-temps réalisés en présence d'un aîné. Des analyses de régression linéaire et logistique vérifient les associations entre les solidarités intergénérationnelles et différentes variables relatives à la santé (Tableau 1). Puisqu'ils influencent ces associations^{34,35}, les analyses tiennent compte de l'âge, du genre et du surpeuplement du logement. Des procédures appropriées de pondération et la méthode Bootstrap avec remise ont été appliquées aux données¹⁶.

Tableau 1 : Variables mises en relation avec les solidarités intergénérationnelles

Répondants	Habitudes de vie	Santé mentale	Santé physique
6-11 ans		<ul style="list-style-type: none"> • Troubles mentaux diagnostiqués • Autisme diagnostiqué • Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) diagnostiqué 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble de langage diagnostiqué • Retard de développement diagnostiqué • Trouble d'apprentissage diagnostiqué
12 ans et plus	<ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation personnelle de sa santé mentale • Trouble de l'humeur • Trouble d'anxiété • Difficultés d'attention 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés d'apprentissage Problèmes de santé chroniques : <ul style="list-style-type: none"> • Diabète • Ulcères • Troubles respiratoires [Bronchite chronique/emphysème/maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)] • Hypertension • Problèmes intestinaux • Maladie cardiaque
15 ans et plus (sans proxy)	<ul style="list-style-type: none"> • Consommation d'alcool • Consommation de drogues 	<ul style="list-style-type: none"> • Tentatives de suicide • Idées suicidaires 	
18 ans et moins			<ul style="list-style-type: none"> • Indice de masse corporelle (IMC)

Résultats préliminaires:

Selon les résultats préliminaires, plus de 15 % des répondants recevaient le soutien d'un grand-parent ou d'un aîné et environ le tiers réalisaient des passe-temps avec un aîné (Tableau 2).

Tableau 2 : Description de l'échantillon

Variabes	Pourcentage
Genre (femme)	52,7
Indice de surpeuplement	
< de 1 personne/pièce	90,8
1-1,5 personne/pièce	4,9
> de 1,5 personne/pièce	4,4

Soutien d'un grand-parent	15,3
Soutien d'un aîné	1,4
Passe-temps avec un aîné (7 ^e -12 ^e année)	45,1
Passe-temps avec un aîné (diplômés et décrocheurs)	30,6
6-11 ans	
Trouble d'apprentissage diagnostiqué	12,8
Troubles de langage diagnostiqué	12,7
Retards de développement diagnostiqués	11,7
TDAH diagnostiqué	8,7
Troubles mentaux diagnostiqués	6,8
Autisme diagnostiqué	2,1
12 ans et plus	
Évaluation personnelle de sa santé mentale (Bonne à excellente)	89
Difficultés d'attention	44,2
Tabagisme (quotidien et occasionnel)	36,7
Consommation d'alcool (> 5 consommations/≥2X/mois)	25,9
Trouble d'anxiété	13,5
Difficultés d'apprentissage	12,8
Troubles de l'humeur	11,4
Problèmes respiratoires	5,3
Diabète	3,6
Problèmes intestinaux	2,9
15 ans et plus	
Songé à se suicider au cours des 12 derniers mois	36,5
Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois (parmi ceux y ayant déjà songé)	48,6
Consommation d'alcool (déjà)	78
Consommation de drogues (marijuana, cannabis, haschich)	61,6
Consommation de drogues (médicaments prescrits, à des fins récréatives)	5,9
18 ans et moins	
IMC (Embonpoint ou obésité)	29,3

En contrôlant pour l'âge, le genre et l'indice de surpeuplement du logement, recevoir le soutien d'un aîné est associé à un risque inférieur de problèmes intestinaux (OR=2,75; $p<0,01$), de difficultés d'apprentissage (OR=1,98; $p=0,03$), de difficultés d'attention (OR=3,4; $p<0,01$) et de consommer de l'alcool (OR=2,06; $<0,01$). Le soutien d'un grand-parent est pour sa part associé à un risque inférieur de troubles de l'humeur (OR=1,42; $p=0,02$). Les passe-temps réalisés avec des aînés sont aussi associés à un risque inférieur de présenter certaines problématiques mentales et physique. En effet, les étudiants de 7^e à 12^e année qui ne réalisent pas de passe-temps avec un aîné ont 2,4 fois plus de risque d'avoir des idées suicidaires que ceux qui en réalisent ($p=0,03$). Les diplômés du secondaire et les décrocheurs qui ne réalisent pas de passe-temps avec un aîné ont plus de risque d'avoir un excès de poids (OR=4,01; $p<0,01$) et de l'hypertension (OR=1,76; $p=0,02$). Par contre, ces derniers sont plus à risque de fumer que celles n'en réalisant pas (OR=0,70; $p<0,01$). Enfin, pour les étudiants de la 7^e à la 12^e année, les diplômés du

secondaire et les décrocheurs, ne pas réaliser de passe-temps avec un aîné est associé à un risque supérieur de troubles d'anxiété (OR=1,54; p=0,02).

Mobilisation des connaissances

En concordance avec le cadre éthique retenu¹⁷, des stratégies de mobilisation des connaissances (ex: café-rencontres avec les peuples autochtones, articles et présentations scientifiques, boîte à outils) sont en cours. Ces stratégies assurent un partage des connaissances entre les peuples autochtones, les professionnels de la santé et services sociaux, les organismes communautaires œuvrant avec les peuples autochtones, les chercheurs et les décideurs afin d'assurer leur utilisation par les instances concernées¹⁸.

Discussion et conclusion

Le soutien apporté par les grands-parents et les aînés autochtones et les passe-temps réalisés en leur présence sont associés à un risque inférieur de présenter certaines conditions de santé tels que l'excès de poids, l'hypertension, les problèmes intestinaux, les difficultés d'apprentissage et d'attention, les troubles de l'humeur et d'anxiété, les idées suicidaires et la consommation d'alcool. Ces résultats appuient d'autres études montrant les effets bénéfiques de la contribution des aînés aux solidarités intergénérationnelles chez les autochtones^{19,20,21} bénéficiant tant aux jeunes, qu'aux familles, aux aînés eux-mêmes et à la société.

Dans la présente étude, certaines conditions de santé sont plus associées que d'autres aux solidarités intergénérationnelles. L'Institut canadien d'information sur la santé²² souligne l'apport positif du soutien social à la santé mentale. Effectivement, dans la présente étude, les variables liées à la santé mentale sont plus majoritairement associées au soutien reçu d'un grand-parent ou d'un aîné et aux passe-temps réalisés avec eux. Les résultats montrent par ailleurs peu d'association des solidarités intergénérationnelles avec les problèmes de santé chroniques. En effet, puisqu'ils fréquentent l'école ou sont des diplômés ou des décrocheurs, plusieurs répondant étaient relativement jeunes et moins à risque de présenter des problèmes de santé chroniques. D'autres conditions de santé ayant d'importants facteurs de risque génétiques et ethniques tels que le diabète²³ montrent également peu d'association avec les solidarités intergénérationnelles de la présente étude. Enfin, puisque l'accès aux services de santé des peuples autochtones est limité²⁴, il est possible que les TDAH et les troubles de langage, entre autres, ne soient pas toujours diagnostiqués, limitant ainsi les associations entre ces problèmes de santé et les solidarités intergénérationnelles.

Étant donné que les solidarités intergénérationnelles semblent associées favorablement à différentes conditions de santé, les résultats de la présente étude peuvent guider les politiques et les pratiques pour mieux répondre aux besoins des peuples autochtones. Ainsi, les solidarités intergénérationnelles favorisant l'utilisation optimale des forces individuelles et collectives représentent une avenue prometteuse pour promouvoir la santé et le bien-être des peuples autochtones.

Références

¹ UNICEF (2009). *Supplément canadien au rapport La Situation des enfants dans le monde 2009. La santé des enfants autochtones. Pour tous les enfants, sans exception.* Toronto: Comité canadien de l'UNICEF.

² Santé Canada (2014). Santé des premières nations et des Inuite. Santé mentale et bien-être.

³ Wilson, K., Rosenberg, M. W. et Abonyi, S. (2011). Aboriginal peoples, health and healing approaches: The effects of age and place on health. *Social Science and Medicine*, 72(3), 355-364.

⁴ Saini, M. et Quinn, A. (2013). *Revue systématique des essais comparatifs à répartition aléatoire portant sur les problèmes de santé en contexte autochtone.* Prince George: Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

⁵ Commission de vérité et réconciliation du Canada [CVRC] (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada.* Montréal et Toronto : McGill-Queen's University Press. Récupéré [le 12 août 2016] de <http://www.jstor.org/stable/j.ctt17t74kq>

⁶ Attias-Donfut, C. (2000), Rapports de générations. Transferts intrafamiliaux et dynamique macrosociale. *Revue française de sociologie*, 41(4), 643-684.

⁷ Einish, N. (2007). Apprendre des aînés : renouer avec les traditions dans le cadre d'une recherche sur le changement climatique. Dans C. Lévesque et M.-F. Labrecque (dir.), *Itinéraires d'égalité. Trajectoires des femmes autochtones du Québec et du Canada* (p. 118-120). Cahiers Dialog, n° 2007-03. Actes de colloque. Montréal : Réseau de recherche sur les connaissances relatives aux peuples autochtones (Dialog) et Institut national de la recherche scientifique. Récupéré [le 10 août 2016] de <http://www.reseaudialog.qc.ca/docs/CahiersDIALOG-200703.pdf>

⁸ Jacob, S. et Desautels, G. (2013). Evaluation of Aboriginal programs: What place is given to participation and cultural sensitivity? *The International Indigenous Policy Journal*, 4(2), 1-29.

⁹ Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador [APNQL] et Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [CSSSPNQL] (2007). *Nos aînés...Notre identité.* Mémoire présenté au Secrétariat des aînés dans le cadre des consultations publiques sur les conditions de vie des personnes âgées : un enjeu de société, une responsabilité qui nous interpelle tous. Récupéré [le 10 août 2016] de <http://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/conditions-vie-a%20C3%A9n%C3%A9s-vfinale-fr.pdf?sfvrsn=2>

-
- ¹⁰ Roué, M. (2006). Guérir de l'école par le retour à la terre. Les aînés Cris au secours de la génération perdue. *Revue internationale des sciences sociales*, 187, 19-28. Récupéré [le 11 août 2016] de https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RISS_187_0019
- ¹¹ Lockhart, A. et McCaskill, D. (1986). Toward an integrated, community-based partnership model of Native development and training: A case study in process. *Canadian Journal of Native Studies*, 6(1), 159-172.
- ¹² Valaskakis, G. G. (1983). Communication and participatory development in the North: Inuit interactive experiments. Dans G.G. Valaskakis (dir.), *Communication and the Canadian North* (pp. 120-135). Montréal: Université Concordia.
- ¹³ Tassé, L. (1993). Les terres promises : rôle social et filiation chez les Algonquins âgés de Kitigan Zibi. *Revue internationale d'action communautaire*, 29(69), 25-36. Récupéré [le 12 août 2016] de <http://id.erudit.org/iderudit/1033713ar>
- ¹⁴ Sévigny, A. et Lepage, D. (2016). *Les maisons des grands-parents : la vitalité de la participation sociale des aînés et des solidarités intergénérationnelles*. (Cahiers du CREGÉS 2016, n° 2). Montréal: Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale et CIUSSS du Centre-Ouest-de l'Île-de-Montréal.
- ¹⁵ World Health Organization [WHO]. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization 2001.
- ¹⁶ Statistique Canada (2012). Aboriginal peoples survey. Study documentation. Social and Aboriginal statistics division.
- ¹⁷ AFNQL (2014). First Nations of Quebec and Labrador's Research Protocol. Wendake, QC: Assembly of First Nations of Quebec and Labrador.
- ¹⁸ Viscogliosi, C., Basile, S., Couturier, Y., Drolet, M.J., Torrie, J., Asselin, H. and Levasseur, M. (2017). A scoping review protocol on social participation of indigenous elders, intergenerational solidarity and their influence on individual and community wellness. *BMJ Open*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015931>
- ¹⁹ Salée D, Newhouse D, Lévesque C. Quality of life of Aboriginal people in Canada: An analysis of current research. *Choices* 2006;12(6):1-38.
- ²⁰ Hart MA. Seeking Mino-Pimatisiwin: An Aboriginal approach to helping. Halifax, NS: Fernwood Publishing 2002.
- ²¹ Einish N. Apprendre des aînés: renouer avec les traditions dans le cadre d'une recherche sur le changement climatique. In C Lévesque, M-F Labrecque (eds.), *Itinéraires d'égalité. Trajectoires des femmes autochtones du Québec et du Canada* (p. 118-120). Cahiers Dialog, n° 2007-03. Actes de Colloque. Montréal, QC: Réseau de recherche sur les connaissances relatives aux peuples autochtones (Dialog) et Institut National de la Recherche Scientifique 2007.

²² Institut canadien d'information sur la santé (2012). Le rôle du soutien social dans l'atténuation de la détresse psychologique.
https://secure.cihi.ca/free_products/AiB_ReducingPsychological%20DistressFR-web.pdf

²³ Société canadienne de pédiatrie (2017). La réduction du risque de diabète de type 2 chez les enfants autochtones du Canada.
<http://www.cps.ca/fr/documents/position/reduction-risque-diabete-type-deux-enfants-autochtones>

²⁴ Conseil canadien de la santé. 2012. *Rapport de progrès 2012 : Renouvellement des soins de santé au Canada*, Toronto.