

**PROFIL STATISTIQUE DE LA
SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS AU CANADA**

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux, figures et annexes	3
Points saillants	6
Chapitre 1 Introduction	8
1.1 Activités dirigées par Santé Canada.....	8
1.2 Activités dans les provinces.....	9
1.3 Restrictions relatives aux données courantes et aux déclarations	9
Chapitre 2 Facteurs démographiques	15
2.0 Points saillants	15
2.1 Tendances de la population selon l'âge et le sexe	16
2.2 Espérance de vie.....	17
2.3 Taux de natalité.....	19
2.4 Composition de la famille.....	21
2.5 Incidence des tendances démographiques sur les collectivités.....	22
Chapitre 3 État de santé	24
3.0 Points saillants	24
3.1 Santé durant la période périnatale	26
3.1.1 Mortalité infantile	26
3.1.2 Poids à la naissance	26
3.2 Statistiques de mortalité.....	30
3.2.1 Mortalité globale	30
3.2.2 Principales causes de décès selon le sexe.....	32
3.2.3 Principales causes de décès selon l'âge.....	33
3.2.4 Comparaison normalisée selon l'âge des principales causes de décès	37
3.2.5 Suicide	39
3.3 Maladies infectieuses à déclaration obligatoire.....	40
3.3.1. Couverture vaccinale.....	41
3.3.2. Prévention des maladies grâce à la vaccination systématique	45
3.3.3. Maladies transmissibles sexuellement et agents pathogènes à diffusion hémato-gène.....	46
3.3.4. Tuberculose	49
3.3.5. Maladies intestinales, alimentaires et d'origine hydrique	50
3.4 Taux de morbidité choisis	52
3.5 Santé dentaire	58
3.6 Tabagisme.....	59
3.7 Toxicomanie	60
3.8 Santé des Inuits.....	63
3.9 Incidence sur les collectivités	64

Chapitre 4 Déterminants non médicaux de la santé	69
4.0 Points saillants	69
4.1 Niveaux de scolarité.....	70
4.2 Emploi et revenu.....	71
4.3 Logement et infrastructure communautaire.....	73
4.4 Langues et cultures traditionnelles.....	76
4.5 Éloignement.....	77
4.6 Incidence des déterminants de la santé sur les collectivités.....	78
Glossaire	80
Acronymes utilisés dans le présent rapport	84
Remerciements	85
Renseignements	86
Annexes	88
Formulaire d'évaluation	96

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET ANNEXES

Figure 2.1	Répartition de la population des Premières nations selon les données de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, 1979 et 1999	16
Figure 2.2	Répartition de la population, Premières nations et Canada	17
Figure 2.3	Espérance de vie à la naissance, Premières nations et Canada	18
Figure 2.4	Pourcentage de naissances vivantes selon l'âge, Premières nations et Canada	19
Figure 2.5	Taux de naissances vivantes selon l'âge, Premières nations et Canada	20
Figure 3.1	Mortalité infantile, Premières nations, 1999	27
Figure 3.2	Poids faibles et poids élevés à la naissance exprimés en pourcentage du taux brut de natalité, Premières nations et Canada	28
Figure 3.3	Poids faibles et poids élevés à la naissance exprimés en pourcentage de naissances vivantes selon l'âge de la mère, Premières nations, 1999	28
Figure 3.4	Principales causes de décès selon le sexe, Premières nations, 1999	32
Figure 3.5	Taux de mortalité selon l'âge et le sexe, Premières nations, 1999	33
Figure 3.6	Taux de mortalité selon l'âge, Premières nations et Canada, 1999	34
Figure 3.7	Principales causes de décès selon le groupe d'âge, Premières nations, 1999	35
Figure 3.8	Années potentielles de vie perdues (APVP) selon la cause de décès, Premières nations et Canada, 1999	36
Figure 3.9	Principales causes de décès normalisées selon l'âge, Premières nations (1999) et Canada (1998)	37
Figure 3.10	Nombre de cas d'hépatite A déclarés et introduction d'un programme d'immunisation en Saskatchewan, 1991 à 2001	44
Figure 3.11	Comparaison des taux de pourcentage d'immunisation systématique chez les enfants de 2 ans des Premières nations, dans les réserves (1999) et dans l'ensemble de la population canadienne (1998)	45
Figure 3.12	Taux de coqueluche selon l'âge, Premières nations et Canada, 1999	46
Figure 3.13	Nombre et pourcentage annuels de cas de SIDA, Premières nations et Canada, 1992 à 2001	47
Figure 3.14	Taux de cas déclarés de chlamydia génitale selon le sexe et l'âge, Premières nations et Canada, 1999	47
Figure 3.15	Taux de cas déclarés de tuberculose dans l'ensemble de la population selon la densité d'occupation des logements dans les collectivités, 1997 à 1999	50
Figure 3.16	Maladies d'origine entérique, alimentaire et hydrique chez les enfants de 0 à 14 ans, Premières nations et Canada, 1999	51
Figure 3.17	Congés de l'hôpital pour toutes les causes, Premières nations, Manitoba et Saskatchewan, 1991 à 1997	53

Figure 3.18	Congés de l'hôpital à la suite de blessures intentionnelles et non intentionnelles en Saskatchewan, Premières nations et ensemble de la population, 1997	53
Figure 3.19	Congés de l'hôpital à la suite d'un cancer colorectal, Premières nations, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1991 à 1997	54
Figure 3.20	Congés de l'hôpital à la suite d'un cancer de la trachée, des bronches et du poumon, Premières nations, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1991 à 1997	55
Figure 3.21	Congés de l'hôpital à la suite d'un cancer de la prostate, Premières nations, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1991 à 1997	55
Figure 3.22	Congés de l'hôpital à la suite d'un cancer du sein chez les femmes, Premières nations, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1991 à 1997	56
Figure 3.23	Congés de l'hôpital à la suite de maladies cérébrovasculaires, Premières nations, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1991 à 1997	56
Figure 3.24	Congés de l'hôpital en raison du diabète, Premières nations, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1991 à 1997	57
Figure 3.25	Congés de l'hôpital à la suite d'une cardiopathie ischémique, Premières nations, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1991 à 1997	57
Figure 3.26	État de santé dentaire des enfants de 5 à 6 ans et de 12 à 13 ans en Ontario, 1990 à 1994	58
Figure 3.27	Nombre de patients admis à un centre de traitement du Programme de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez Autochtones, 1989-1990 à 1999-2000	60
Figure 3.28	Taux de rechute établi par les centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, 1990-1991 à 1999-2000	61
Figure 3.29	Nombre d'admissions pour abus d'alcool en tant que principale substance, dans un centre de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, 1989-1990 à 1999-2000	62
Figure 3.30	Nombre d'admissions pour abus de drogues comme principale substance, dans un centre de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, 1989-1990 à 1999-2000	62
Tableau 3.1	Principales causes de décès, CIM-9, Premières nations, 1999	31
Tableau 3.2	Taux d'incidence de maladies à déclaration obligatoire, Premières nations et Canada, 1999	41
Tableau 3.3	Calendrier d'immunisation systématique des nourrissons et des enfants des Premières nations	42
Tableau 3.4	Objectifs nationaux en matière d'immunisation et seuils estimatifs d'immunité collective aux maladies pouvant être prévenues par la vaccination, Canada	42
Tableau 3.5	Pourcentage d'enfants de 1 an des Premières nations qui sont immunisés systématiquement, 1997 et 1999	43
Tableau 3.6	Pourcentage d'enfants de 2 ans des Premières nations qui sont immunisés systématiquement, 1993, 1997 et 1999	43

Tableau 3.7	Pourcentage d'enfants de 6 ans des Premières nations qui sont immunisés systématiquement, 1997 et 1999	44
Tableau 3.8	Pourcentage de cas déclarés d'hépatite C selon l'âge des 20 à 59 ans, Premières nations et Canada, 1999	48
Tableau 3.9	Taux normalisé selon l'âge de cas déclarés de tuberculose pour 100 000 habitants et ratio normalisé de morbidité (RNM), Premières nations et Canada, 1990 à 1999	49
Tableau 3.10	Ratio des taux de cas déclarés de shigellose dans les collectivités ayant des déterminants environnementaux donnés, Premières nations du Manitoba, 1992 à 1994	52
Figure 4.1	Niveau de scolarité, Premières nations et Canada, 1996	70
Figure 4.2	Indicateurs d'emploi, Premières nations, Inuits et Canada, 1996	72
Figure 4.3	Pourcentage de maisons dans les réserves dotées d'un réseau d'aqueduc et d'un système d'évacuation des eaux usées adéquats, collectivités des Premières nations, 1989-1990 à 1999-2000	74
Figure 4.4	Nombre de collectivités des Premières nations qui ont reçu un avis de faire bouillir l'eau selon la durée de l'avis, 1999	75
Figure 4.5	Population autochtone selon la langue maternelle, 1996	77
Figure 4.6	Nombre de collectivités des Premières nations et des Inuits selon le degré d'isolement, 2002	78
Tableau 4.1	Répartition des collectivités des Premières nations et des Inuits selon la région, 2002	78
Annexe 1	Répartition de la population au Canada (1996) et des Premières nations selon les données de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (1979 et 1999) et selon le groupe d'âge	88
Annexe 2	Classification internationale des maladies — 9 ^e révision (CIM-9), description des chapitres	89
Annexe 3	Taux de mortalité des Premières nations selon l'âge, le sexe et les taux regroupés, 1999	90
Annexe 4	Principales causes de décès chez les Premières nations selon le groupe d'âge, 1999	91
Annexe 5	Nombre d'admissions au Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) par la communauté	92
Annexe 6	État de santé dentaire chez les enfants de 5 à 6 ans et de 12 à 13 ans en Ontario, 1990 à 1994	92
Annexe 7	Pourcentage de logements convenables dans les réserves au Canada, 1989-1990 à 1999-2000	93
Annexe 8	Poids faibles et poids élevés à la naissance chez les Premières nations exprimés en pourcentage de naissances vivantes selon l'âge de la mère, 1999	93
Annexe 9	Nombre et pourcentage de cas déclarés de SIDA chez les Autochtones, Canada, 1992 à 2001	94
Annexe 10	Congés de l'hôpital pour toutes les causes, Premières nations, Manitoba, Saskatchewan, 1991 à 1997	94
Annexe 11	Congés de l'hôpital en raison de certaines maladies chroniques, Premières nations et provinces choisies, 1991 à 1997	95

POINTS SAILLANTS

- L'espérance de vie à la naissance s'est améliorée au sein de la population des *Premières nations*¹. En 2000, celle-ci est passée à 68,9 ans chez les hommes et à 76,6 ans chez les femmes, ce qui représente une hausse de 13,1 % et de 12,6 % respectivement depuis 1980 (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2002). **Section 2.2**
- En 1999, on a estimé que l'espérance de vie des *Inuits* qui habitaient au Nunavut était de 67,7 ans chez les hommes et de 70,2 ans chez les femmes (Ministère de la santé et des services sociaux du Nunavut, 2002). **Section 3.8**
- Le *taux* de natalité des Premières nations était de 23,0 naissances pour 1 000 habitants en 1999, soit le double du taux comparable pour le Canada. Plus de la moitié (58 %) des femmes des Premières nations qui ont donné naissance en 1999 avaient moins de 25 ans. Le taux de natalité selon l'âge des femmes des Premières nations de 10 à 14 ans était de 9 fois supérieur au taux moyen du Canada. **Section 2.3**
- Le *taux de mortalité infantile* des Premières nations était de 8,0 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1999, soit 1,5 fois plus élevé que le taux de mortalité infantile du Canada (5,5). Par contre, le taux de mortalité infantile des Premières nations en 1979 se situait à 27,6 décès pour 1 000 naissances vivantes; ce taux a affiché une baisse constante (Lemchuk-Favel, 1996). **Section 3.1.1**
- Dans la population des Premières nations et du Canada, on a enregistré une proportion semblable de bébés ayant un faible poids à la naissance en 1999. Toutefois, au cours de la même année, près du double des naissances chez les Premières nations marquaient un poids élevé. **Section 3.1.2**
- En 1999, le *taux brut de mortalité* des Premières nations se situait à 354,2 décès pour 100 000 habitants. Les quatre principales causes de décès étaient les blessures et l'empoisonnement, les maladies du système circulatoire, le cancer et les maladies du système respiratoire. Pour chaque cause de décès, le taux a diminué par rapport aux taux relevés entre 1991 et 1993 : c'est-à-dire 22,4 % pour ce qui est du cancer et 40,9 % pour les maladies du système respiratoire comme la pneumonie et la bronchite. **Section 3.2.1**
- Au sein de la population des Premières nations, le taux brut de mortalité chez les hommes était 1,3 fois supérieur à celui des femmes en 1999. Cet écart est largement attribuable aux taux plus élevés de blessure et d'empoisonnement chez les hommes (147 décès pour 100 000 hommes et 68 chez les femmes) et de maladies du système circulatoire (98 décès pour 100 000 hommes et 72 chez les femmes). **Section 3.2.2**
- En 1999, les *taux de mortalité selon l'âge* étaient plus élevés chez les hommes des Premières nations que chez les femmes, et ce, dans presque tous les groupes d'âge. L'écart le plus marqué entre les sexes a été enregistré dans les groupes d'âge de 5 à 9 ans et de 20 à 24 ans. **Section 3.2.3**

¹ Les termes en italique dans le texte sont définis dans le glossaire.

- Les blessures et l’empoisonnement constituaient la cause de décès la plus fréquente chez les membres des Premières nations de 1 à 44 ans. Pour ce qui est des enfants de moins de 10 ans, les décès étaient essentiellement liés à des *blessures non intentionnelles*. Le suicide et l’automutilation étaient les principales cause de décès chez les jeunes et les adultes, et ce, jusqu’à 44 ans. Quant aux membres des Premières nations de 45 ans et plus, les décès étaient principalement imputables aux maladies du système circulatoire. Ces tendances correspondent à celles observées dans l’ensemble de la population canadienne (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999). Par ailleurs, les accidents d’automobile constituaient la principale cause de décès pour tous les groupes d’âge. **Section 3.2.4**
- Comparativement à la population canadienne, les membres des Premières nations de tous les groupes d’âge jusqu’à 65 ans sont beaucoup plus susceptibles de se suicider (Lemchuk-Favel, 1996). En outre, les hommes des Premières nations sont plus à risque que les femmes. Les femmes de 15 à 24 ans et de 25 à 39 ans marquent l’écart le plus important par rapport aux taux pour le Canada (les taux de suicide parmi les femmes de ces groupes d’âge sont d’environ 8 et 5 fois supérieurs aux taux du Canada respectivement). **Section 3.2.5**
- En 1999, on a observé chez les membres des Premières nations une incidence disproportionnée de maladies infectieuses, dont la coqueluche (3 fois plus élevée), la chlamydia (7 fois plus élevée), l’hépatite A (5,3 fois plus élevée) et la shigellose (près de 20 fois plus élevée). **Sections 3.3.3 et 3.3.5**
- Au Canada, la proportion de cas de *SIDA* contractés par les *peuples autochtones* a grimpé, passant de 1,0 % en 1990 à 6,2 % en 2001 (Santé Canada, 2002). **Section 3.3.3**
- Au cours de la même période, le taux de tuberculose chez les Premières nations était de 8 à 10 fois supérieur à celui enregistré pour l’ensemble de la population canadienne. **Section 3.3.4**
- Le taux de carie dentaire chez les enfants autochtones en Ontario est de 2 à 5 fois plus élevé que celui des enfants non autochtones, et les enfants autochtones sont beaucoup moins susceptibles d’être exempts de carie. **Section 3.5**
- Le logement est un enjeu important pour les collectivités des Premières nations. En effet, seulement 56,9 % de leurs maisons étaient considérées comme adéquates en 1999–2000. On entend par logement adéquat un logement qui n’a pas besoin de réparations ou de remplacements mineurs ou majeurs (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2002). **Section 4.3**
- En 1999–2000, seulement 41,4 % des collectivités des Premières nations habitant à 60⁰ de latitude Sud ont signalé qu’au moins 90 % des maisons étaient accordées aux installations centrales de traitement de l’eau. **Section 4.3**
- 33,6 % seulement des collectivités des Premières nations ont indiqué qu’au moins 90 % des maisons étaient raccordées au système communautaire d’évacuation des eaux usées. **Section 4.3**

CHAPITRE 1 INTRODUCTION

L'objet du présent rapport est de brosser un tableau national de l'état de santé actuel des membres des *Premières nations* qui vivent dans les réserves au Canada. Les statistiques présentées dans les pages qui suivent peuvent être comparées avec les données régionales et les tendances de l'état de santé. Elles permettront d'élaborer des plans axés sur la santé communautaire et d'établir la priorité quant aux programmes de prévention, d'interventions et de services. Aux échelons régional et national, cette information peut être utilisée pour suivre les tendances et relever les priorités émergentes en matière de santé.

Une section du rapport porte sur certains déterminants non médicaux de la santé qui tiennent compte du modèle des déterminants de la santé correspondant aux perspectives de mieux-être des *Premières nations* — englobant à la fois les domaines physique, social, émotionnel et spirituel. Cette section renferme de l'information sur l'éducation, l'emploi, les conditions de logements, la qualité de l'eau et le traitement des eaux usées, information qui provient de la Direction générale de la santé des *Premières nations* et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada, du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) et de Statistique Canada.

1.1 ACTIVITÉS DIRIGÉES PAR SANTÉ CANADA

À Santé Canada, la Direction générale de la santé des *Premières nations* et des Inuits (DGSPNI) assure la prestation de services de soins primaires, de santé publique et de promotion de la santé auprès de plus de 600 collectivités autochtones un peu partout au Canada, ce qui en fait une direction plus importante que bon nombre d'autres systèmes de santé provinciaux. La DGSPNI comprend un bureau régional situé dans chaque province, sauf dans les provinces de l'Atlantique, où l'on ne compte qu'un seul bureau régional. De plus, un bureau à Ottawa s'occupe des Territoires. Afin de réaliser efficacement leur mandat lié aux soins de santé, les membres de la Direction ainsi que les collectivités des *Premières nations* et des *Inuits* ont besoin de données sur l'état de santé de la population, ainsi que sur les déterminants de la santé

et les facteurs de risque. À cette fin, les bureaux régionaux de la Direction font un compte rendu des données qu'ils recueillent dans les collectivités. Les exigences obligatoires en ce qui concerne les rapports sur les collectivités des *Premières nations* et des Inuits, dont la DGSPNI assure le financement, portent sur les thèmes suivants :

- *Lutte contre les maladies transmissibles* : niveaux d'immunisation (selon l'âge, le sexe et l'antigène). Ce rapport est également prévu par les règlements provinciaux. La province et le bureau régional doivent être avisés dans les 24 heures s'il advenait que des maladies présentent un potentiel d'épidémie. Les modifications de la législation visant à appuyer la lutte contre les maladies transmissibles sont du ressort des gouvernements provinciaux.
- *Hygiène du milieu* : nombre total et pourcentage d'établissements qui satisfont aux normes provinciales ou fédérales relatives à la santé et à l'environnement au chapitre des services alimentaires, des réseaux d'aqueduc, des installations d'évacuation des eaux usées et d'élimination des ordures, de la pollution et des matières dangereuses. Les collectivités doivent également aviser Santé Canada dans les 24 heures des dangers environnementaux ou des conditions pouvant comporter des conséquences sérieuses sur l'environnement, y compris les mesures qu'elles prennent pour y remédier.

Les rapports facultatifs sur la santé que les collectivités des *Premières nations* et des Inuits font parvenir à la DGSPNI comprennent les statistiques de l'état civil (les naissances et les décès) et les maladies chroniques. Tel que décrit dans la section 1.3, on observe une variable dans les méthodes de collecte et de déclaration de cette information par les collectivités des *Premières nations* et des Inuits ainsi que les bureaux régionaux. Pour obtenir d'autres renseignements sur le mandat passé de Santé Canada, ainsi que celui d'aujourd'hui, veuillez consulter le document

Report on the Health of British Columbians, The Health and Well-being of Aboriginal People in British Columbia (Colombie-Britannique, Agent provincial de la santé, 2002).

1.2 ACTIVITÉS DANS LES PROVINCES

Les soins de santé au Canada relèvent en grande partie de la compétence des provinces. Les patients des Premières nations sont donc traités dans les services de santé des hôpitaux ou les cabinets de médecins autonomes, et les données qui en découlent sont conservées dans des bases de données provinciales et territoriales. En général, les services de santé qui ne sont pas assurés — les services paramédicaux offerts à l'extérieur des hôpitaux, les services de santé mentale, la prévention communautaire et les soins à domicile — ne sont pas couverts par les gouvernements provinciaux pour les collectivités des Premières nations et des Inuits. Les coûts de ces services de santé complémentaires relèvent de la compétence fédérale (par exemple Santé Canada). Ainsi, le gouvernement fédéral couvre les honoraires des professionnels de la santé comme ceux des dentistes, des spécialistes en soins dentaires et des optométristes qui offrent des services aux collectivités éloignées et isolées, dans le cadre de visites, ou lorsque des personnes ayant besoin de traitements spécialisés ou de soins urgents doivent se rendre dans les grandes agglomérations.

En raison de la complexité qu'entraîne la prestation des services de santé aux collectivités des Premières nations et des Inuits par de nombreux secteurs de compétence, il est difficile de recueillir de l'information détaillée sur la santé des membres de ces collectivités. Dans de nombreuses administrations provinciales, il n'y a aucun mécanisme permettant de repérer, dans les bases de données sur la santé, les clients des collectivités des Premières nations et des Inuits. Puisqu'il est possible que les collectivités des Premières nations et des Inuits aient accès aux services d'un médecin dans plusieurs endroits (c'est-à-dire dans différentes collectivités, villes ou provinces), les données peuvent se trouver à différents

endroits, ce qui rend difficile, voire impossible, la production de rapports détaillés. Les autres restrictions relatives aux données sur la santé sont décrites ci-dessous.

1.3 RESTRICTIONS RELATIVES AUX DONNÉES COURANTES ET AUX DÉCLARATIONS

Sources de données

Bien que les données sur les Premières nations et les Inuits soient comprises dans les données administratives, comme les dossiers d'hospitalisation, de naissance et de décès, il peut être difficile de déterminer s'ils ont le statut d'autochtone dans ces bases de données. Par conséquent, alors que l'information sur la population canadienne est généralement accessible, tel n'est pas le cas en ce qui concerne l'information sur la population des Premières nations et des Inuits. Le contexte de la collecte de données sur la santé auprès des Premières nations et des Inuits est complexe et subit l'influence de facteurs ayant trait à la démographie, la protection de la vie privée et l'infrastructure. En général, de 1993 à 1999, les données sur l'état de santé des Premières nations n'étaient pas compilées à l'échelle nationale. Toutefois, des données sur les *maladies transmissibles* sont disponibles pour cette période. Les fiches d'information du gouvernement fédéral qu'on utilise pour signaler les cas de tuberculose dans toutes les provinces comprennent des champs dans lesquels on indique si la personne est un Indien inscrit vivant dans une réserve ou *hors réserve*, qu'il soit Inuit ou Métis. Les formulaires du gouvernement fédéral servant à signaler le syndrome de l'immuno-déficience acquis (SIDA) sont similaires; toutefois, ils ne permettent pas de distinguer s'il s'agit de personnes vivant dans les réserves ou hors réserve.

Statistiques de l'état civil

Les statistiques de l'état civil sont tirées des certificats de naissance et de décès qui sont transmis au Bureau du registraire général des statistiques de l'état civil provincial ou territorial. Les bureaux régionaux de

Santé Canada recueillent ces données dans chaque province correspondante, sauf dans les provinces de l'Atlantique, l'Ontario et au Québec. Les bureaux régionaux de l'Est n'ont pas de liens officiels avec les bureaux provinciaux du registre des statistiques de l'état civil, les données sur l'état civil sont donc obtenues directement auprès des collectivités. Dans la majorité des cas, ce sont les infirmières en santé communautaire qui transmettent des rapports aux bureaux régionaux. La couverture estimative des collectivités varie entre 90 % dans la région de l'Atlantique à un peu moins de 50 % dans la région du Québec. Les données sur la *mortalité* imputable à des maladies infectieuses et parasitaires ne sont pas comprises en raison de difficultés liées à la qualité et à l'intégralité des données. Dans le cas du Nunavut, on élabore actuellement un système sur les statistiques de l'état civil, et, pour cette année, on ne peut transmettre de données se rapportant uniquement aux Inuits. Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest transmettent leurs statistiques de l'état civil par l'intermédiaire de Statistique Canada, et ce, pour l'ensemble de leur territoire; ils ne sont donc pas en mesure de répondre aux demandes de données qui se rapportent uniquement aux Premières nations et aux Inuits.

Immunisation

Une grande partie des données sur l'immunisation sont présentées chaque année, directement des collectivités aux bureaux régionaux. Toutes les régions déclarent les taux d'immunisation pour la population dans les réserves. Toutefois, les rapports ne sont pas aussi détaillés dans certaines régions, l'immunisation étant administrée par un médecin autonome ou dans un bureau de santé provincial public. Dans un tel cas, les données sont transmises directement à la province (mais sans fournir un identificateur unique); ainsi, Santé Canada ne peut avoir accès à ces données provinciales.

Maladies à déclaration obligatoire

Les bureaux régionaux emploient des mécanismes variés pour obtenir de l'information sur les *maladies à déclaration obligatoire*. Les rapports sont transmis aux bureaux régionaux par les infirmières en santé communautaire, sauf pour le Manitoba.

Dans cette province, le ministère de la Santé est la principale source d'information sur les maladies à

déclaration obligatoire pour ce qui est des membres des Premières nations. Le ministère de la Santé du Manitoba communique avec le bureau régional lorsque le suivi auprès d'un patient s'impose. En général, le bureau régional ne reçoit pas les données sur les patients qui vivent hors réserve et ces derniers ne font pas l'objet d'un suivi par Santé Canada. Par conséquent, un certain pourcentage de maladies à déclaration obligatoire dans les collectivités des Premières nations ne parvient pas au bureau régional. Les bureaux régionaux de l'Ontario et de l'Alberta envoient également aux autorités provinciales concernées des rapports sur les maladies à déclaration obligatoire. Les données provinciales sur la tuberculose et le VIH-SIDA sont regroupées à Santé Canada.

Congés de l'hôpital

Les gouvernements provinciaux utilisent différents moyens pour extraire et analyser les données sur les Premières nations tirées des bases de données des hôpitaux. Trois provinces, la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba, désignent les clients des Premières nations dans leur base de données au moyen d'un numéro unique figurant sur les cartes de santé ou de listes de cotisations de santé des membres des Premières nations. En Saskatchewan, on a recours à la déclaration volontaire et aux adresses des clients pour déterminer le statut, alors que Santé Manitoba utilise un identificateur unique, mais qui ne permet pas d'identifier environ 30 % de la population des Premières nations (surtout les réintégrations aux termes du projet de loi C-31). À l'heure actuelle, le bureau régional du Pacifique est le seul à publier régulièrement, dans ses rapports annuels, des données sur le recours aux services hospitaliers par les membres des Premières nations. Ce bureau demande des données personnalisées au gouvernement provincial et réalise des analyses fondées sur quatre secteurs principaux dans la région.

Qualité de l'eau potable

Les hygiénistes du milieu (employés de Santé Canada ou des collectivités des Premières nations) examinent et interprètent les données d'échantillonnage de l'eau en vue d'en déceler la présence de contaminants bactériens, chimiques, physiques et radiologiques; ils diffusent ensuite ces résultats aux collectivités des Premières nations et à Santé Canada.

Autres sources de données

Les données sur l'espérance de vie, l'éducation, l'emploi et les conditions de logement ont été adaptées et tirées des rapports statistiques publiés par le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. Le Registre des Indiens, qu'on utilise pour calculer les taux, est géré par le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada.

Des données sur la langue, l'emploi et le revenu des Premières nations et des Inuits ont été tirées du Recensement de 1996 de Statistique Canada.

On a utilisé les rapports du Système canadien de surveillance périnatale à des fins comparatives pour les statistiques sur la mortalité infantile et les naissances.

Autres restrictions

Lorsqu'on examine les statistiques dont il est fait mention dans le présent rapport, il faut tenir compte de trois genres de restrictions :

1. Le rapport n'utilise que des données sur la population des Premières nations dans les réserves pour l'année civile 1999, à l'exception de la Colombie-Britannique, qui présente des données sur les membres des Premières nations nés dans la province, et de l'Alberta, qui ne peut déclarer que les statistiques de l'état civil des membres des Premières nations dans les réserves et hors réserve. On a ajouté à l'information existante des données publiées sur les Inuits lorsque celles-ci étaient disponibles.
2. La plupart des régions ne déclarent qu'une partie de plusieurs ou de tous les indicateurs employés. Tous les efforts ont été consentis pour déterminer précisément quelles étaient les restrictions liées à la déclaration partielle pour chaque tableau ou figure, l'intégralité des données pouvant varier pour chaque indicateur. Les restrictions propres à chaque région particulière sont indiquées tout au long du texte et sont décrites ci-dessous :
 - Dans la région de l'Atlantique, on n'a utilisé que les données sur la santé des bandes seulement pour lesquelles cette information était disponible.
3. À l'heure actuelle, il y a peu de données se rapportant uniquement à la santé des Inuits, et, à l'exception des données sur les services de santé non assurés, les données sur la santé ne sont pas systématiquement recueillies et transmises à Santé Canada. Les seules données existantes sont
 - En Ontario, on a eu recours au Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI) pour lequel il n'est pas obligatoire de produire des déclarations. On a demandé aux collectivités qui ne participent pas au SISPNI de fournir des données sur les indicateurs. Dans le présent rapport, on peut consulter les données sur la mortalité surtout à partir d'une région géographique pour laquelle on connaît les causes de décès en vertu des codes de la *Classification internationale des maladies — 9^e révision (CIM-9)*.
 - Les statistiques de l'état civil de la région du Pacifique se rapportent à l'ensemble de la population des membres inscrits des Premières nations de la Colombie-Britannique, à la fois dans les réserves et hors réserve.
 - Les statistiques de l'état civil de la région de l'Alberta représentent les Premières nations de cette province, à la fois dans les réserves et hors réserve.
 - On ne pouvait avoir accès aux statistiques de l'état civil pour 111 des 144 collectivités des Premières nations de la région de l'Ontario et pour 29 des 41 collectivités de la région du Québec.
 - Les données sur les maladies à déclaration obligatoire se rapportent uniquement aux collectivités des Premières nations dans les réserves de la région du Pacifique. Ces données ne comprennent pas 47 des 144 collectivités des Premières nations de la région de l'Ontario et 29 des 41 collectivités des Premières nations de la région du Québec.
 - En général, les taux de maladies transmissibles feront l'objet d'une sous-déclaration si les patients n'indiquent pas leur adresse dans les réserves.

tirées des enquêtes spéciales (par exemple l'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991 de Statistique Canada) ainsi que des travaux de recherches universitaires sporadiques menés auprès des collectivités. Un enjeu important quant à l'information sur la santé concerne le manque d'identificateurs cohérents dans l'ensemble des régions aux fins de la collecte de données sur la santé des Inuits. (On présente un sommaire des données sur la santé des Inuits à la section 3.8.)

Analyse

Des données tirées du Registre des Indiens ont servi à évaluer la population des Premières nations dans les réserves au 31 décembre 1999. Le Registre des Indiens est le répertoire officiel contenant le nom de tous les Indiens inscrits du Canada. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada est responsable de gérer ce Registre (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2001). Statistique Canada a fait des ajustements au Registre des Indiens pour les cas de déclarations tardives ou de sous-déclarations des naissances ou des décès. Vous pouvez obtenir d'autres renseignements sur le Registre des Indiens à l'adresse suivante : http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/info/info111_f.html.

Les chiffres ajustés de la population ont été stratifiés selon l'âge, le sexe, la région et le lieu de résidence afin d'obtenir le dénominateur pertinent pour chaque indicateur utilisé dans le présent rapport (voir le tableau intitulé « Répartition de la population au Canada », annexe 1). En examinant ce tableau, il est important de noter que les estimations démographiques sur les statistiques de l'état civil sont différentes de celles des maladies à déclaration obligatoire. En ce qui a trait aux statistiques de l'état civil, les estimations de la population incluent généralement les membres inscrits des Premières nations dans les réserves. Toutefois, en Alberta et en Colombie-Britannique, ces estimations comprennent les membres de la population dans les réserves et hors réserve. Quant aux maladies à déclaration obligatoire, les estimations englobent généralement tous les membres inscrits des Premières nations dans les réserves. Au bas des graphiques et des tableaux, on a ajouté une note lorsque les régions ou les collectivités choisies sont exclues des calculs.

Les données sur la mortalité des Premières nations ont été diffusées pour la période de 1980 à 1993. En raison des changements apportés aux méthodes de collecte des données, on a relevé des écarts entre les données de 1999 et les données antérieures, lesquelles se rapportaient aux membres des Premières nations dans les réserves de l'Est du Canada ainsi qu'aux membres dans les réserves et hors réserve dans les autres régions. Ainsi, les différences observées (comme la baisse du taux de mortalité) peuvent davantage être attribuables à la méthode de collecte des données plutôt qu'à des changements réels de l'état de santé au fil du temps. Compte tenu de la sous-déclaration évidente des données récentes, toute amélioration notée de l'état de santé pourrait être arbitraire et on devrait faire preuve de prudence lorsqu'il s'agit d'interpréter les données. Il convient également de souligner que, dans le présent rapport, la population de base est différente de celle dont il a été question dans les rapports précédents sur la santé des Premières nations. On peut relever des écarts importants lorsqu'on compare les résultats du présent rapport à ceux qui ont été publiés par le passé.

Les données présentées sont fondées sur la 9^e révision des codes de la Classification internationale des maladies (CIM-9). Les taux de maladies ont donc été normalisés selon l'âge en tenant compte des taux de 1991 de la population canadienne pour que ceux-ci soient compatibles aux données canadiennes. En raison des écarts dans la collecte et l'intégralité des données, aucune comparaison provinciale n'a été faite pour les données sur les Premières nations. Enfin, au moment de rédiger le présent rapport, puisque les données sur les taux de mortalité pour le Canada depuis 1999 n'étaient pas disponibles aux fins de l'analyse, les comparaisons ont été faites selon les données canadiennes de 1998.

BIBLIOGRAPHIE

AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. 2002a, *Données ministérielles de base — 2001*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, produit n° R12-7/2001F au catalogue.

_____. 2002b, *Le Registre des Indiens — novembre 1997*. Adresse Internet : http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/info/info111_f.html (site consulté en juin 2002).

_____. 2001, *Population indienne inscrite selon le sexe et la résidence 2001*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

COLOMBIE-BRITANNIQUE. AGENT PROVINCIAL DE LA SANTÉ. 2002, *Report on the Health of British Columbians, The Health and Well-being of Aboriginal People in British Columbia*, Rapport annuel de l'agent de la santé provinciale de 2001, Victoria, Colombie-Britannique, Ministry of Health Planning.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. 1999, *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS. 2000, *Transfert du contrôle aux communautés des Premières Nations et des Inuits, Rapport annuel 2000-2001*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES MÉDICAUX. 1999, *Passation du contrôle des programmes de santé aux Premières nations et aux communautés inuites. Guide 1 : introduction à trois approches*, Ottawa, Santé Canada.

LEMCHUK-FAVEL L.T. 1996, *Tendances relatives aux taux de mortalité des Premières nations*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVUT. 2002, *Report on Comparable Health Indicators for Nunavut and Canada*, Iqaluit, gouvernement du Nunavut.

SANTÉ CANADA. 2002, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*. Adresse Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/hiv-vih/pdf/epiact042002_f.pdf (site consulté en juin 2002).

_____. *Mandat et priorités de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits*. Adresse Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/mandat_priorites.htm (site consulté en juin 2002).

SVENSON K.A., et C. LAFONTAINE. 1999, « The Search for Wellness », chapitre 6, dans *l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits*, Ottawa, Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, p. 181 à 216.

CHAPITRE 2 FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES

2.0 POINTS SAILLANTS

- Entre 1979 et 1999, on a relevé une tendance chez les Premières nations : il s'agit du vieillissement de leur population. La proportion des moins de 25 ans a chuté, passant de 64,4 % à 54,7 %. Néanmoins, la population des Premières nations était plus jeune que la population canadienne en 1999. Lorsqu'on réunit les ratios des inactifs jeunes et âgés aux actifs, le *rapport de dépendance*¹ pour la population des Premières nations était de 65,8 %, comparativement à 47,4 % pour l'ensemble du Canada. (Un ratio plus élevé indique que les membres de la population active doivent assumer plus de responsabilités lorsqu'il s'agit de prodiguer des soins aux enfants et aux personnes âgées.)
- L'espérance de vie à la naissance s'est améliorée en 2000 au sein de la population des Premières nations, passant à environ 68,9 ans chez les hommes et à 76,6 ans chez les femmes, ce qui représente une hausse de 13,1 % et de 12,6 %, respectivement depuis 1980. Cette hausse pourrait être attribuable en partie au fait que le statut de certains enfants a été rétabli aux termes du projet de loi C-31 (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2002).
- En 1999, le taux de natalité des Premières nations était de 23,0 naissances pour 1 000 habitants, soit le double du taux de natalité canadien. Plus de la moitié (58 %) des femmes des Premières nations qui ont donné naissance en 1999 avaient moins de 25 ans. Le taux de natalité selon l'âge des filles autochtones de 10 à 14 ans était 9 fois supérieur au taux canadien pour les filles du même groupe d'âge. Chez les femmes des Premières nations de 15 à 19 ans, le taux de natalité était près de 5 fois supérieur au taux national.
- On prévoit que la population des Premières nations augmentera d'environ 3 % par année de 1998 à 2008. On s'attend également à un vieillissement de la population, car le groupe d'âge des 19 ans et moins diminue et celui de la population active (de 20 à 64 ans) augmente. Toutefois, en attendant que les membres de la cohorte plus jeune vieillissent, il est peu probable que la population des Premières nations montre une tendance semblable à celle de la population canadienne dans un proche avenir.

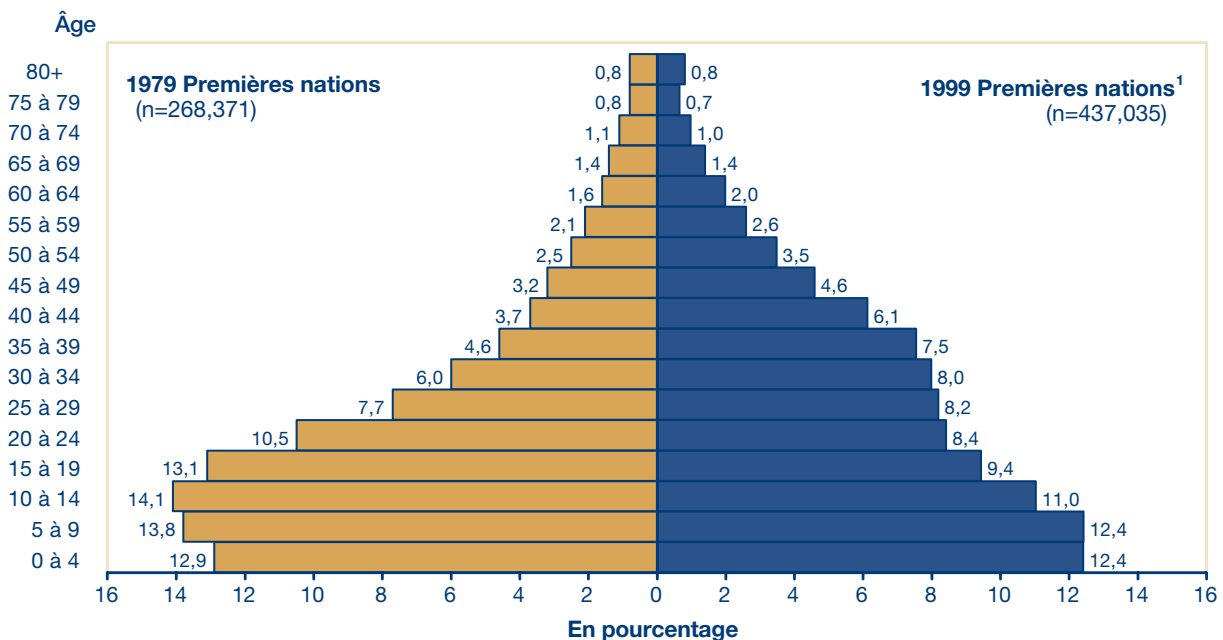
¹ Les termes en italique dans le texte sont définis dans le glossaire.

2.1 TENDANCES DE LA POPULATION SELON L'ÂGE ET LE SEXE

En 1999, la population des *Premières nations dans les réserves*, qui est comprise dans les données sur la santé de la Direction générale de la santé des Premières nations et des *Inuits* (DGSPNI) figurant dans le présent rapport, était de 437 035 personnes (voir la section 1.3 pour obtenir d'autres renseignements). En 1999, la population était composée de 50,2 % d'hommes et de 49,8 % de femmes. Les hommes étaient plus nombreux que les femmes dans tous les groupes d'âge jusqu'à 55 ans, alors que l'espérance de vie plus élevée chez les femmes a commencé à avoir une incidence. À la figure 2.1, on compare la répartition selon l'âge de la population des Premières nations en 1979 et 1999. Au cours de cette période de 20 ans, la proportion des moins de 25 ans a diminué, passant de 64,4 % à 53,6 %.

Parallèlement, cette proportion a augmenté dans tous les groupes d'âge de 25 à 69 ans. La population des Premières nations est plus jeune et ne présente pas le plus haut point de l'âge mur, comme c'est le cas de la population canadienne (figure 2.2). La proportion de la population des Premières nations de moins de 30 ans était de 61,8 % en 1999, comparativement à 40,8 % pour la population canadienne en 1996 — autrement dit, elle était 1,5 fois plus élevée. De même, les pyramides des âges de la population autochtone de l'Australie montrent une proportion plus élevée de jeunes, sans toutefois montrer le plus haut point de l'âge mûr comme dans l'ensemble de la population australienne (Australian Indigenous HealthInfoNet, 2002). Comme on l'indique dans le texte qui suit, le taux de natalité élevé et l'amélioration constante de l'espérance de vie sont les principales raisons de l'extrême jeunesse de la population des Premières nations.

Figure 2.1
Répartition de la population des Premières nations selon les données de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, 1979 et 1999



¹ Comprend la population dans les réserves et hors réserve de l'Alberta et la Colombie-Britannique.

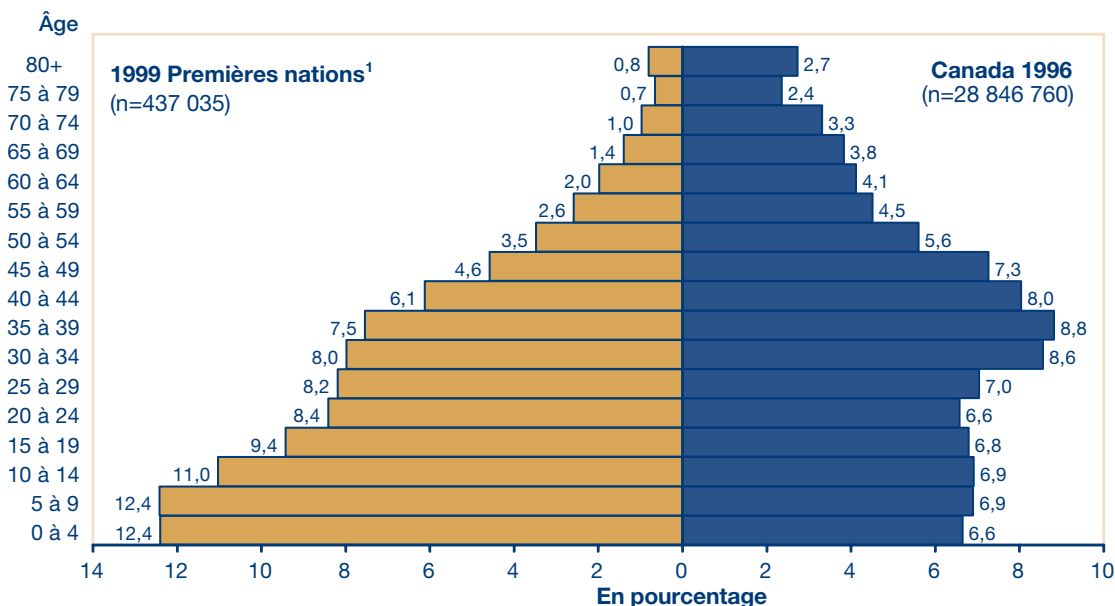
n = nombre de personnes

Voir le texte pour une description de la population.

Voir l'annexe 1 pour un tableau sommaire de la répartition de la population.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Figure 2.2
Répartition de la population, Premières nations et Canada



¹ Comprennent la population dans les réserves et hors réserve de l'Alberta et la Colombie-Britannique.

n = nombre de personnes

Voir le texte pour une description de la population.

Voir l'annexe 1 pour un tableau sommaire de la répartition de la population.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

N° au catalogue : 92-353-XPB

2.2 ESPÉRANCE DE VIE

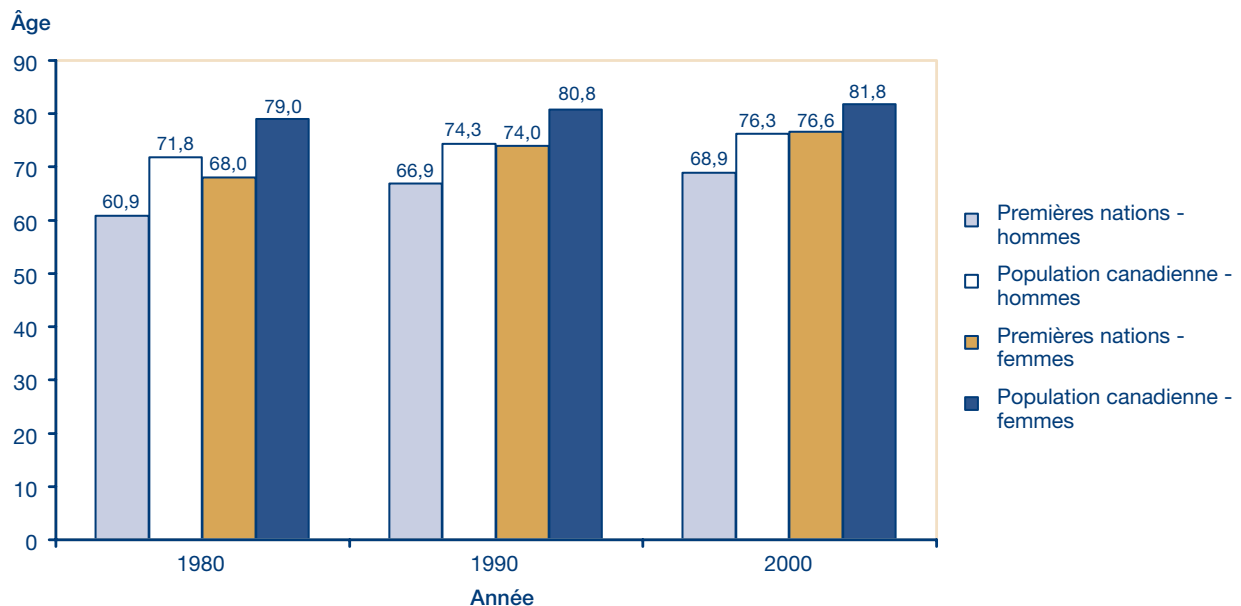
En 2000², on a estimé l'espérance de vie à la naissance de la population des Premières nations à 68,9 ans pour les hommes et à 76,6 ans pour les femmes (AINC, 2002). Ces chiffres montrent un écart de 7,4 ans et de 5,2 ans, respectivement, par rapport à l'espérance de vie de la population canadienne (figure 2.3). Cet écart a considérablement diminué depuis 1980, alors qu'on l'avait évalué à 10,9 ans et à 11,0 ans, respectivement. Cette hausse est attribuable aux gains dans l'espérance de vie — 13,1 % pour les hommes et 12,6 % pour les femmes — des membres des Premières nations au cours de la période de 20 ans, tandis que les gains dans l'espérance de vie de l'ensemble de la population canadienne étaient moindres — 6,3 % chez les hommes et 3,5 % chez les femmes. Cette hausse peut aussi être attribuable en

partie au nombre de femmes et d'enfants dont le statut a été rétabli en vertu du projet de loi C-31 (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2002).

Puisqu'il existe de nombreuses différences entre l'accès aux soins de santé dans les milieux ruraux et urbains, les comparaisons avec les autres populations autochtones pourraient être plus appropriées. L'espérance de vie des Premières nations au Canada est de beaucoup supérieure à celle des Autochtones de l'Australie. En effet, de 1998 à 2000, l'espérance de vie à la naissance de la population autochtone de l'Australie était de 56,0 ans chez les hommes et de 62,7 ans chez les femmes; ce taux est d'environ 19 % moins élevé par rapport aux estimations pour les Premières nations (Australian Indigenous HealthInfoNet, 2002).

² Les estimations de l'espérance de vie sont produites tous les cinq ans par le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. Les chiffres de 1999 ne sont donc pas indiqués.

Figure 2.3
Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Premières nations et Canada



Source : Affaires indiennes et du Nord Canada, 2001. Données ministérielles de base 2000. Ottawa : ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien. No au catalogue : R12-7/2000F.

Le projet de loi C-31 : Loi portant modification de la Loi sur les Indiens

En 1985, le Parlement a adopté une loi qui a mis fin à plus de 100 ans de discrimination attribuable à la *Loi sur les Indiens*. La *Loi portant modification de la Loi sur les Indiens* est communément désignée par le titre du projet de loi C-31.

Jusqu'à l'adoption du projet de loi C-31, le statut d'Indien pouvait être révoqué de plusieurs façons aux termes de la *Loi sur les Indiens*. (Les Indiens inscrits sont inscrits auprès du gouvernement fédéral à titre d'Indiens, en application des dispositions de la *Loi sur les Indiens*. Les Indiens non inscrits, comme l'expression l'indique, ne sont pas inscrits. On désigne aujourd'hui ces deux groupes comme les Premières nations.)

L'une des dispositions les plus injustes de la *Loi sur les Indiens* visait les femmes des Premières nations. En effet, si une Indienne mariait un non-Indien, elle perdait automatiquement son statut. Elle n'était donc plus considérée comme une Indienne au sens de la *Loi sur les Indiens*, pas plus que ses enfants.

L'inverse n'était toutefois pas le cas. Aux termes de la *Loi sur les Indiens*, une femme non indienne qui mariait un Indien obtenait le statut.

Le projet de loi C-31 a aussi permis aux Indiennes, qui avaient perdu leur statut à la suite de leur mariage, de faire une demande pour rétablir leur statut. Leurs enfants pouvaient également présenter une demande en ce sens. De plus, les Indiens qui s'étaient volontairement ou involontairement émancipés aux termes de la *Loi sur les Indiens* pouvaient présenter une demande pour rétablir leur statut. Le projet de loi C-31 a permis d'abroger le processus d'émancipation prévu dans la *Loi sur les Indiens*.

Le projet de loi C-31 aura des répercussions importantes. En effet, il permettra de mettre fin à la discrimination fondée sur le sexe, établie dans la *Loi sur les Indiens*, puis de rétablir le statut d'Indien pour les personnes auxquelles il avait été retiré en application des dispositions injustifiées de la *Loi sur les Indiens*. Environ 105 000 personnes ont obtenu le statut d'Indien ou leur statut a été rétabli depuis l'adoption de la Loi en 1985.

Source : Affaires indiennes et du Nord Canada. *Feuilles d'information*. Adresse Internet : http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/info/index_f.html (site consulté en juin 2002).

Rapport de dépendance

Le *rapport de dépendance* est une façon d'analyser le fardeau des soins à prodiguer sur la population active. En 1999, le ratio des inactifs jeunes aux actifs (la population de moins de 15 ans divisée par celle de 15 à 64 ans, multipliée par 100) pour la population des Premières nations dans les réserves était de 59,5 % — soit près du double du ratio de 29,4 % pour la population canadienne au cours de la même année. Le ratio des inactifs âgés aux actifs (la population de plus de 65 ans divisée par celle de 15 à 64 ans, multipliée par 100) pour les Premières nations s'élevait à 6,3 %, soit le tiers du taux canadien de 17,9 %.

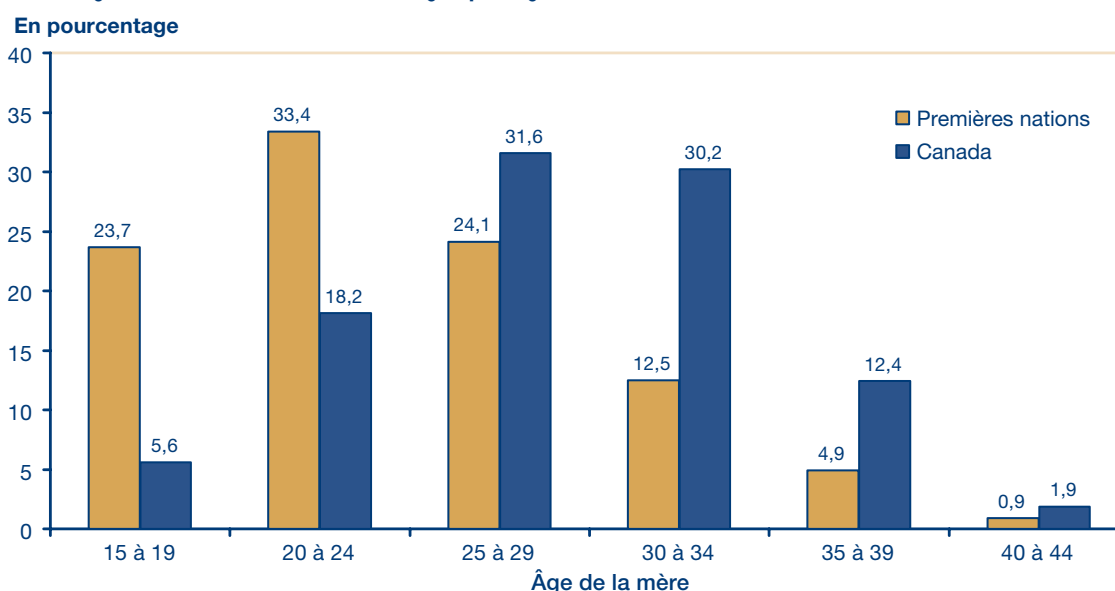
Lorsqu'on réunit les ratios des inactifs jeunes et âgés aux actifs, le rapport de dépendance pour la population des Premières nations dans les réserves était de 65,8 % en 1999, comparativement au taux de 47,4 % pour l'ensemble du Canada.

2.3 TAUX DE NATALITÉ

Les données déjà publiées sur les taux de natalité des Premières nations montrent une tendance à la baisse. En effet, les taux sont passés de 30,1 naissances pour 1 000 habitants en 1987 à 27,5 naissances en 1993 (Lemchuk-Favel, 1996). Bien que des données comparables ne soient pas disponibles pour les années 1994 à 1998, le *taux* de natalité des Premières nations de 1999 (23,0 naissances pour 1 000 habitants) semble indiquer que le taux de natalité des Premières nations a continué de diminuer au cours de la seconde moitié des années 1990. En revanche, le taux canadien de 1999 était de 11,1 naissances pour 1 000 habitants.

Le taux de 23,0 naissances pour 1 000 habitants des Premières nations est comparable au taux de 24,1 naissances pour 1 000 habitants des Amérindiens et des Autochtones de l'Alaska durant les années 1994 à 1996. Le taux de natalité des Amérindiens et des Autochtones de l'Alaska était de 63 % plus élevé que celui de l'ensemble de la population des États-Unis en 1995 (U.S. Indian Health Service, 2000).

Figure 2.4
Pourcentage de naissances vivantes selon le groupe d'âge, Premières Nations et Canada



Taux de pourcentage pour les Premières nations : 1999; Taux de pourcentage pour le Canada : 1997.

Les données sur les Premières Nations ne comprennent pas celles pour le Québec; les données canadiennes ne comprennent pas celles pour Terre-Neuve-et-Labrador.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000*. Ottawa: ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux; 2000.

La figure 2.4 montre le nombre de naissances vivantes pour les groupes d'âge dont l'intervalle est de cinq ans, exprimé en pourcentage du taux brut de natalité des populations du Canada et des Premières nations. Près du quart des naissances des Premières nations étaient attribuables à des mères adolescentes. La plus importante proportion (33,4 %) était celle du groupe des 20 à 24 ans. Par contre, le taux canadien a atteint le sommet de 31,6 % dans le groupe des 25 à 29 ans, et, toutes proportions gardées, beaucoup moins d'adolescentes canadiennes ont donné naissance (5,6 %).

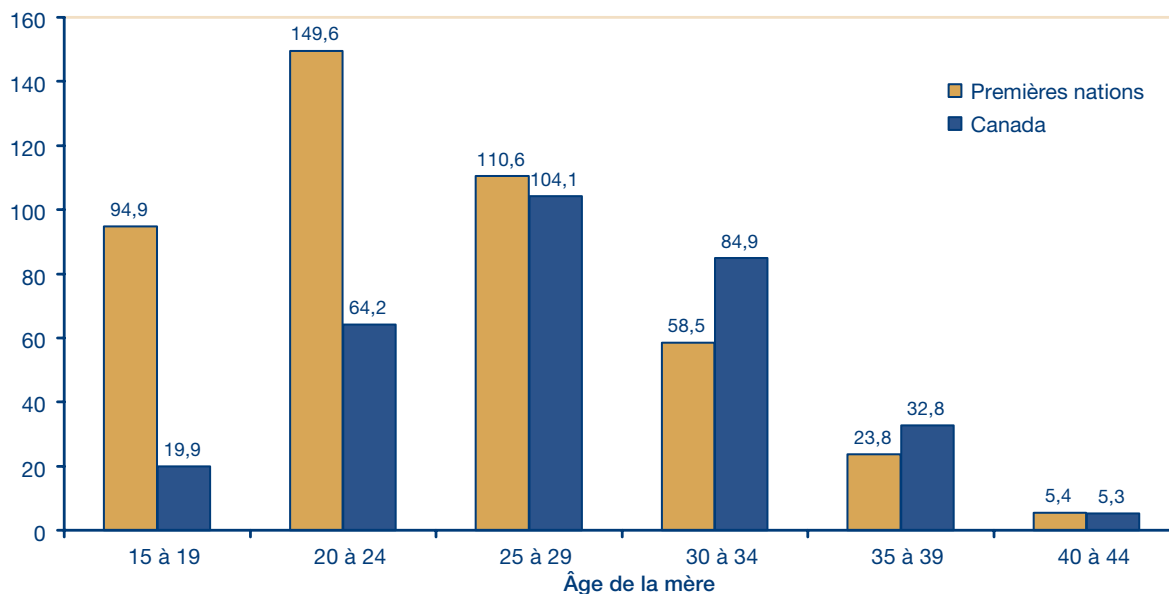
Le profil d'âge des mères des Premières nations (figure 2.4) est semblable à celui des mères autochtones de l'Australie : 22 % des mères australiennes ont moins de 20 ans, 33 % ont entre 20 et 24 ans, et le pourcentage diminue dans les groupes plus âgés. De plus, la répartition des naissances selon l'âge pour l'ensemble de la population australienne est similaire à celle de l'ensemble du Canada (Edwards et Madden, 2001). Lorsqu'on examine la population

des Amérindiens et des Autochtones de l'Alaska, on relève de nouveau une étroite similarité avec le profil des Premières nations et des Inuits pour ce qui est de la répartition selon l'âge chez les mères. Toutefois, l'âge des mères est généralement inférieur dans la population américaine par rapport aux populations canadienne et australienne, ce qui signifie que l'écart entre l'âge des mères dans l'ensemble de la population des États-Unis et celui des Amérindiens et des Autochtones de l'Alaska est moindre que l'écart comparable chez les populations canadienne et australienne (U.S. Indian Health Service, 2000).

Les taux de natalité selon l'âge des Premières nations en 1999 et de la population canadienne en 1997 sont indiqués à la figure 2.5. Le taux de natalité des jeunes filles de 10 à 14 ans des Premières nations était 9 fois supérieur à celui de leurs homologues canadiennes, et chez les femmes de 15 à 19 ans, le taux de natalité était près de 5 fois plus élevé. Le taux des Premières nations dépassait celui du Canada dans toutes les classes d'âge de moins de 30 ans. Bien que le taux canadien ait été

Figure 2.5
Taux brut de naissances vivantes selon l'âge, Premières nations et Canada

Taux brut de naissance vivantes pour 1 000 habitants



Les taux des Premières nations sont ceux de 1999; les taux pour le Canada sont ceux de 1997.

Les données sur les Premières nations ne comprennent pas celles pour le Québec; les données canadiennes ne comprennent pas celles pour Terre-Neuve-et-Labrador.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits; *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000*. Ottawa: ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux; 2000.

supérieur pour les groupes d'âge de 30 à 39 ans, le taux des Premières nations dépassait encore le taux canadien pour ce qui est des 40 à 44 ans.

Compte tenu des récentes prévisions concernant les *Indiens inscrits*, on prévoit que le taux de croissance annuel de la population des Premières nations dans les réserves augmentera de 3 % entre 1998 et 2008 (AINC, 2000). Ces prévisions touchent les facteurs liés à la fertilité, à la mortalité et à la migration, ainsi que les effets résiduels du projet de loi C-31. Selon le facteur lié à la migration, environ 2 570 (chiffre net) membres des Premières nations hors réserve s'installeront dans les réserves chaque année. On s'attend également à ce que la composition de la population des Premières nations montre une tendance au vieillissement et un déclin de la population du groupe d'âge des 19 ans et moins, de même qu'une augmentation subséquente de la population du groupe d'âge actif (les 20 à 64 ans). La population des 65 ans et plus augmentera légèrement, et on prévoit en outre que ce groupe d'âge vivra plus longtemps. Le vieillissement de la population entraînera une demande accrue de soins de santé, d'emplois, de logements et d'autres services (AINC, 2000).

On prévoit une hausse du nombre d'Indiens non inscrits au sein de la population dans les réserves en raison du nombre croissant d'enfants qui sont les descendants d'Indiens inscrits mariés à des Indiens non inscrits. Par conséquent, ces enfants pourraient ne pas être admissibles à l'inscription aux termes de la *Loi sur les Indiens*, compte tenu de l'article selon lequel les parents sont inscrits³. Si l'un des parents est considéré comme un Indien inscrit à 50 % (c.-à-d. qu'un parent est inscrit et l'autre ne l'est pas) et qu'il a un enfant avec une personne non inscrite, l'enfant n'est pas considéré comme un Indien inscrit. Comme la DGSPNI offre des services de santé publique et communautaire à tous les résidents d'une collectivité quel que soit leur statut, ce changement peut ne pas entraîner de conséquences sur la prestation des services de santé, mais plutôt sur la composition de la population que les indicateurs de santé décrits dans le rapport.

Toutefois, seuls les Autochtones inscrits et les Inuits reconnus peuvent avoir accès au Programme des services de santé non assurés (SSNA), qui prévoit la fourniture de médicaments d'ordonnance, de soins de la vue, de soins dentaires, de transport à des fins médicales et d'équipement médical. C'est la raison pour laquelle un nombre croissant de personnes à charge ne seront pas couvertes par ces services de santé fédéraux; cependant, elles seraient toujours admissibles aux services prévus dans le régime de soins de santé provincial ou territorial correspondant.

2.4 COMPOSITION DE LA FAMILLE

Par rapport à la population canadienne, on trouve un pourcentage plus élevé de familles monoparentales chez les Autochtones⁴ (Hull, 2001). La proportion de familles dirigées par une mère célibataire s'est accrue, passant de 20 % dans le Recensement de 1981 à 23 % dans le Recensement de 1996. Environ 1 mère autochtone sur 3 en 1996 était chef de famille monoparentale, comparativement à 1 sur 6 dans la population canadienne. En outre, les femmes autochtones de 15 à 24 ans étaient 3 fois plus susceptibles d'être des mères célibataires que les femmes canadiennes du même âge. En 1996, les familles monoparentales qui avaient à leur tête un homme célibataire étaient 2 fois plus fréquentes chez les Indiens inscrits dans les réserves que dans l'ensemble la population canadienne.

Le Recensement de 1996 a également permis de dénombrer les familles ayant des enfants de moins de 16 ans. Concernant les Indiens inscrits, 28 % des familles ayant de jeunes enfants avaient à leur tête une mère célibataire, comparativement à 24 % des autres familles des Premières nations et à 16 % des familles non autochtones (Hull, 2001). Pour ce qui est de la taille des familles, près des deux tiers des familles monoparentales ayant à leur tête une Indienne inscrite célibataire comptaient plus de deux enfants (comparativement à 55 % pour l'ensemble du Canada), tandis que le tiers des familles avaient plus de trois enfants (16 % pour l'ensemble du

³ Dans la *Loi sur les Indiens*, on indique les modalités selon lesquelles le statut d'Indien inscrit est transmis d'une génération à l'autre. Les règles tiennent compte de la situation des parents inscrits ou non inscrits (c.-à-d. le taux d'unions libres avec un conjoint non inscrit).

⁴ Dans ce cas particulier, le mot « Autochtone » comprend les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis.

Canada). En 1996, 25 % de tous les enfants autochtones inscrits vivaient dans une famille dont le chef était une mère célibataire. Le rapport précise que les mères célibataires participaient moins à la population active, avaient acquis moins de compétences, et gagnaient un revenu familial inférieur (Hull, 2001). Toutefois, le fait de n'avoir qu'un seul parent ne signifie pas nécessairement qu'il n'y a qu'un seul pourvoyeur de soins. Dans de nombreux ménages et collectivités des Premières nations et des Inuits, les soins des enfants sont une responsabilité partagée.

2.5 INCIDENCE DES TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES COLLECTIVITÉS

On prévoit que la population des Premières nations dans les réserves augmentera d'environ 3 % par année. Au sein de cette population, il semble que le vieillissement s'installe. Toutefois, ce vieillissement contribuera principalement à accroître la population active (les 15 à 64 ans). Cette tendance contraste avec ce qui se produit dans la population canadienne, où le vieillissement se remarque surtout chez les personnes qui se préparent à la retraite (65 ans et plus).

La population en âge de travailler assume un lourd fardeau au chapitre des soins des enfants, comme l'indiquent les ratios des actifs aux inactifs jeunes (59 %) et âgés (6 %). (Les ratios des actifs aux inactifs se rapportent à la population des enfants et des personnes âgées par rapport à la population des 15 à 64 ans.)

On prévoit qu'un plus grand nombre d'enfants dont les parents sont des Indiens inscrits seront inadmissibles aux termes de la *Loi sur les Indiens*, compte tenu du statut de leurs parents. En raison de la migration urbaine, ce phénomène pourrait être plus fréquent dans les centres urbains que dans les collectivités éloignées (c.-à-d. la possibilité d'une augmentation du nombre de mariages aux Indiens non inscrits). L'incidence immédiate sera la diminution de la population admissible aux services de santé non assurés (SSNA).

BIBLIOGRAPHIE

AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. 2002, *Données ministérielles de base — 2001*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, produit n° R12-7/2001F au catalogue.

_____. 2001, *Données ministérielles de base — 2000*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, produit n° R12-7/2000F au catalogue.

_____. 2000, *Projections de la population indienne inscrite pour le Canada et les régions, 1998-2008*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

_____. *Feuillets d'information*. Adresse Internet : http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/info/index_f.html (site consulté en juin 2002).

AUSTRALIAN INDIGENOUS HEALTHINFO.NET. 2002, *Summary of Indigenous Health*. Adresse Internet : http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/html/html_keyfacts/keyfacts_summary.htm (site consulté en juin 2002).

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. 1999, *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

EDWARDS R.W., et R. MADDEN. 2001, *The Health and Welfare of Australia's Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples 2001*, Canberra, Australian Bureau of Statistics.

HULL J. 2001, *Les mères seules autochtones au Canada, 1996 : un profil statistique*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

LEMCHUK-FAVEL L.T. 1996, *Tendances relatives aux taux de mortalité des Premières nations*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

SANTÉ CANADA. 2000, *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

U.S. SERVICES. INDIAN HEALTH SERVICE. 2000, *Trends in Indian Health 1998-99*. Adresse Internet : ihs.gov/PublicInfo/Publications/trends98/trends98.asp (site consulté en juin 2002).

CHAPITRE 3 ÉTAT DE SANTÉ

3.0 POINTS SAILLANTS

- En 1999, le *taux de mortalité infantile*¹ des Premières nations était de 8,0 décès pour 1 000 naissances vivantes, soit 1,5 fois le taux canadien qui était de 5,5. Ce taux a toutefois diminué progressivement depuis 1979, alors qu'il s'élevait à 27,6 décès pour 1 000 naissances vivantes (Lemchuk-Favel, 1996).
- Les populations des Premières nations et du Canada affichaient des proportions similaires de faible poids à la naissance en 1999. Cependant, près du double des nouveaux-nés des Premières nations avaient un poids élevé à la naissance par rapport au taux de l'ensemble du Canada.
- En 1999, le *taux brut de mortalité* chez les Premières nations était de 354,2 décès pour 100 000 habitants, ce qui représente une baisse par rapport aux 544,9 décès pour 100 000 habitants enregistrés de 1991 à 1993. Les quatre principales causes de décès étaient les blessures et l'empoisonnement, les maladies du système circulatoire, le cancer et les maladies du système respiratoire. Le taux pour chaque cause de décès a diminué, passant de 22,4 % dans le cas du cancer à 40,9 % pour les maladies du système respiratoire.
- La cause de décès la plus fréquente chez les membres des Premières nations dont l'âge varie de 1 an à 44 ans était les blessures et l'empoisonnement. Chez les enfants de moins de 10 ans, les décès étaient essentiellement liés à des *blessures non intentionnelles*. Le suicide et l'automutilation constituaient les principales causes de décès chez les jeunes et les adultes jusqu'à 44 ans. Quant aux membres de 45 ans et plus, ce sont les maladies du système circulatoire qui représentaient la principale cause de décès. Ces tendances sont semblables à celles de l'ensemble de la population canadienne (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999). D'ailleurs, les accidents d'automobile constituaient l'une des principales causes de décès dans tous les groupes d'âge des Premières nations.
- En 1999, le *taux de mortalité selon l'âge* chez les membres des Premières nations était plus élevé dans tous les groupes d'âge jusqu'au groupe des 75 ans et plus.
- Pour ce qui est du suicide chez les membres des Premières nations, tous les groupes d'âge jusqu'à 65 ans sont plus à risque que les mêmes groupes d'âge de la population canadienne (Lemchuk-Favel, 1996). En outre, le risque de suicide est proportionnellement plus élevé chez les hommes des Premières nations que chez les femmes. L'écart le plus important par rapport aux taux canadiens est observé chez les femmes de 15 à 24 ans et de 25 à 39 ans (environ 8 et 5 fois supérieurs aux taux canadiens, respectivement).

¹ Les termes en italique dans le texte sont définis dans le glossaire.

- Comparativement à l'ensemble de la population canadienne, les Premières nations affichent également des taux élevés de lambliaose (1,6 fois plus élevée), d'hépatite A (5,3 fois plus élevée) et de shigellose (19,3 fois plus élevée) — il s'agit de maladies infectieuses graves qu'il est impératif de déclarer aux autorités provinciales ou territoriales de santé publique.
- En 1999, le taux de chlamydia génitale était très élevé dans la population des Premières nations. En fait, 947,0 cas ont été déclarés pour 100 000 habitants — environ 7 fois le taux canadien de 138,2.
- Le taux de tuberculose des Premières nations était de 8 à 10 fois supérieur à celui de l'ensemble de la population canadienne en 1999. On associe les logements surpeuplés aux risques accrus de tuberculose dans les collectivités.

3.1 SANTÉ DURANT LA PÉRIODE PÉRINATALE

3.1.1 MORTALITÉ INFANTILE

En 1999, le *taux de mortalité infantile* des Premières nations (chez les enfants de 0 à 1 an) était de 8,0 décès pour 1 000 naissances vivantes (taux fondé sur 65 décès), comparativement à 5,5 pour l'ensemble du Canada. Toutefois, le taux de mortalité infantile des Premières nations, qui était beaucoup plus élevé par le passé, connaît une diminution progressive depuis 1979, alors qu'il avait atteint un sommet de 27,6 décès pour 1 000 naissances vivantes ou 2,5 fois le taux canadien (Lemchuk-Favel, 1996). On peut attribuer cette réduction progressive à un bon nombre de facteurs tels que l'amélioration des résultats par rapport à la santé, la variabilité des données au cours d'une année donnée ou les difficultés liées à la production de rapports dans certaines régions.

Par comparaison, les taux de mortalité infantile aux États-Unis de 1994 à 1996 étaient un peu plus élevés que ceux du Canada. Par exemple, le taux pour la population des Amérindiens et des Autochtones de l'Alaska s'élevait à 9,3 décès pour 1 000 naissances vivantes, ce taux étant de 1,2 fois supérieur à celui des États-Unis (U.S. Indian Health Service, 2000). En Australie, en 2000, l'écart entre les taux de mortalité infantile chez les Autochtones et les non-Autochtones était beaucoup plus marqué : le taux chez les Autochtones était de 13,6 décès pour 1 000 naissances vivantes, ou 3 fois le taux de 4,6 des non-Autochtones (Australian Indigenous HealthInfoNet, 2002).

En 1999, la principale cause de mortalité infantile chez les Premières nations le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) — également la principale cause de mortalité infantile chez les Premières nations entre 1979 et 1993 (voir figure 3.1). Le SMSN était aussi la principale cause de mortalité infantile au Nunavik, au Nord du Québec, où on a enregistré 28 % des mortalités infantiles (Hodgins, 1997). Le taux de SMSN chez les Premières nations du Manitoba (dans les réserves et hors réserve) était 3 fois supérieur à celui du reste de la population entre 1978 et 1984 (Moffatt, Gray et Postl, 1988). Les données sont restreintes pour le SMSN dans les populations des Premières nations et des Inuits, sauf

celles que l'on retrouve dans des études ponctuelles. Dans deux de ces études menées durant les années 1990, les taux de SMSN dans les populations des Premières nations qui y ont participé étaient de 5 à 10 fois supérieurs aux taux des populations non autochtones de la Colombie-Britannique et de l'Alberta (British Columbia Vital Statistics Agency, 1998; Assemblée des Premières nations, 1999). En 1999, on a enregistré 108 enfants morts-nés dans toutes les régions desservies par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSP-NI). Aucun décès survenu à la suite de complications durant la grossesse ou l'accouchement n'a été signalé en 1999 chez les Premières nations.

3.1.2 POIDS À LA NAISSANCE

Le poids à la naissance est considéré comme l'une des variables explicatives les plus importantes de la mortalité infantile et du bien-être des enfants. Les facteurs suivants ont une incidence sur le poids à la naissance (Alberman, 1994; Barker et Clark, 1997) :

- conditions socioéconomiques;
- âge de la mère;
- poids de la mère;
- naissances antérieures vécues par la mère;
- nutrition de la mère;
- tabagisme de la mère;
- maladies durant la grossesse;
- diabète;
- durée de la grossesse.

Par faible poids à la naissance (FPN), on entend un poids inférieur ou égal à 2 500 g, alors que le poids élevé à la naissance (PEN) est égal ou supérieur à 4 000 g (Santé Canada, 2000d). Les recherches ont révélé que les nourrissons ayant un FPN contractent plus de maladies durant leur enfance et sont plus vulnérables à la maladie tout au long de leur vie (Alberman, 1994; Barker et Clark, 1997). Par ailleurs, les nourrissons ayant un PEN présentent des risques élevés de complications durant l'accouchement. Leurs taux de morbidité et de mortalité sont d'ailleurs importants.

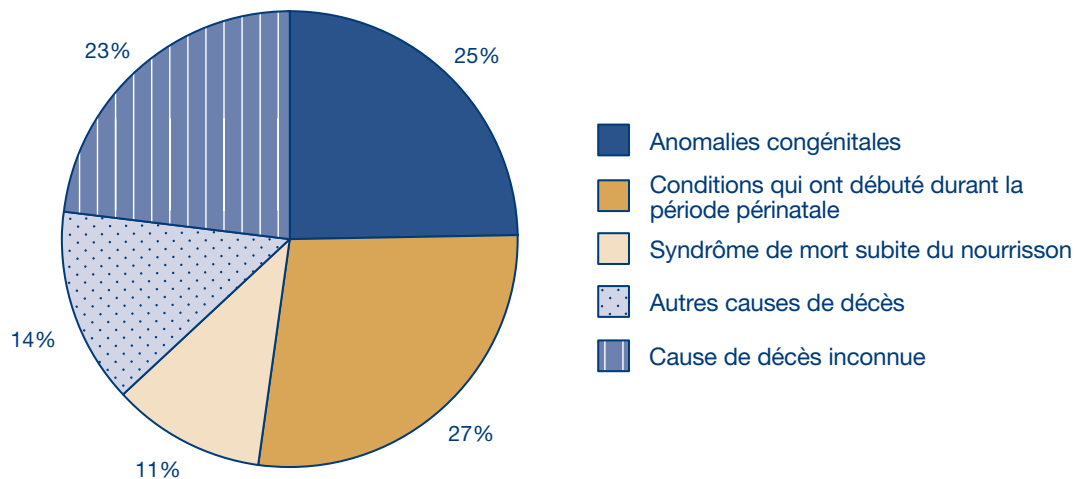
Tant le FPN que le PEN sont associés à la hausse du taux de diabète chez les peuples autochtones. Une étude récente sur les naissances au sein des Premières nations en Saskatchewan de 1950 à 1984 a montré que les facteurs de risque associés au PEN sont l'obésité et le diabète gestationnel de la mère (Dyck, Klomp et Tan, 2001). Les chercheurs ont trouvé une « preuve contraignante » selon laquelle une suralimentation durant la grossesse constitue le principal facteur intra-utérin de la pathogenèse du diabète de type 2 chez les populations autochtones du Canada. L'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits de 1997 a révélé que 30 % des femmes qui sont atteintes du diabète ont reçu la confirmation de ce diagnostic durant leur grossesse (Young et autres, 1999).

De plus, tant chez les populations autochtones que non autochtones, le FPN est une variable explicative du diabète ultérieur, qui peut être imputable à la privation de nourriture *in-utero*. Le foetus réussit à s'adapter en emmagasinant une énergie restreinte, mais lorsqu'il vieillira, il pourra être prédisposé à l'obésité et au diabète de type 2 (Hales et Barker, 1992). Une étude sur le diabète gestationnel dans la

zone de Sioux Lookout, au Nord de l'Ontario, a révélé un taux de prévalence du diabète gestationnel de 8,4 % — le taux de prévalence le plus important enregistré au Canada jusqu'à maintenant (Harris et autres, 1997). De même, des chercheurs qui étudient les Pimas (Indiens du Sud-Ouest des États-Unis) ont découvert qu'il y a un rapport entre le poids à la naissance et le diabète, le taux de prévalence étant le plus élevé tant chez les nourrissons ayant un FPN que chez ceux ayant un PEN. Les chercheurs ont essentiellement expliqué le lien entre le PEN et le diabète par le diabète de la mère durant la grossesse (McCance et autres, 1994).

Le poids à la naissance est également un facteur de mortalité post-néonatale (décès se produisant de 28 jours à 1 an). Une étude sur la mortalité infantile chez les Amérindiens et les Américains de race blanche dans six États américains en 1980 a montré que la disparité entre les mortalités infantiles chez les deux populations était largement imputable au risque accru de mortalité post-néonatale des enfants pesant 2 500 g ou plus à la naissance. Ce *facteur de risque* a été observé pour la plupart des causes de mortalité post-néonatale et pour diverses catégories

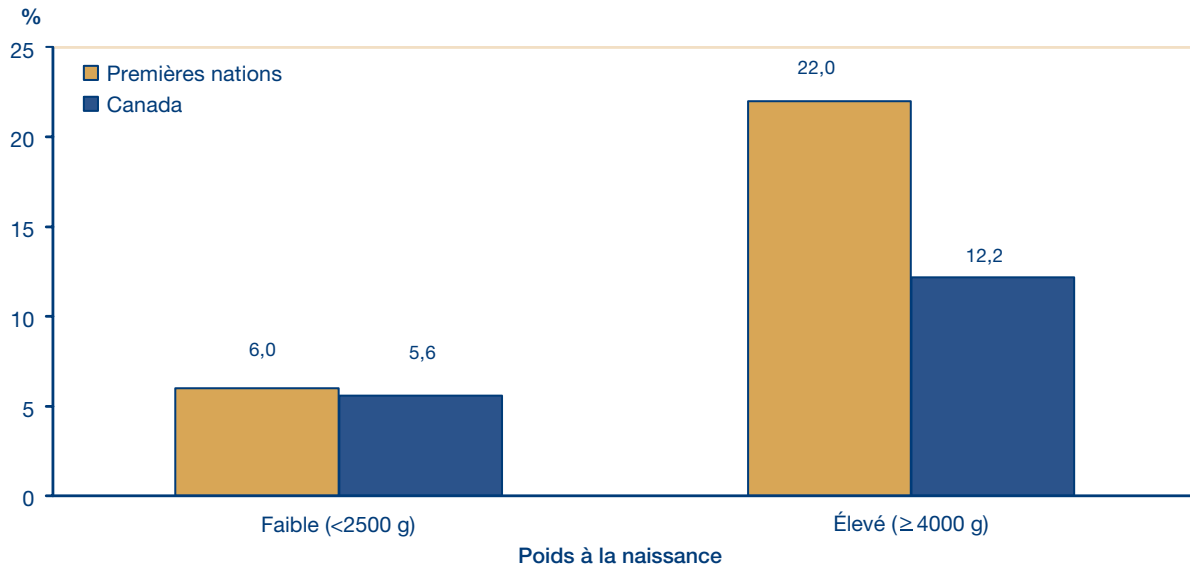
Figure 3.1
Mortalité infantile, Premières nations, 1999



Note : On a enregistré 65 décès au cours de la première année de vie.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Figure 3.2
Poids faibles et poids élevés à la naissance exprimés en pourcentage du taux brut de natalité, Premières nations et Canada

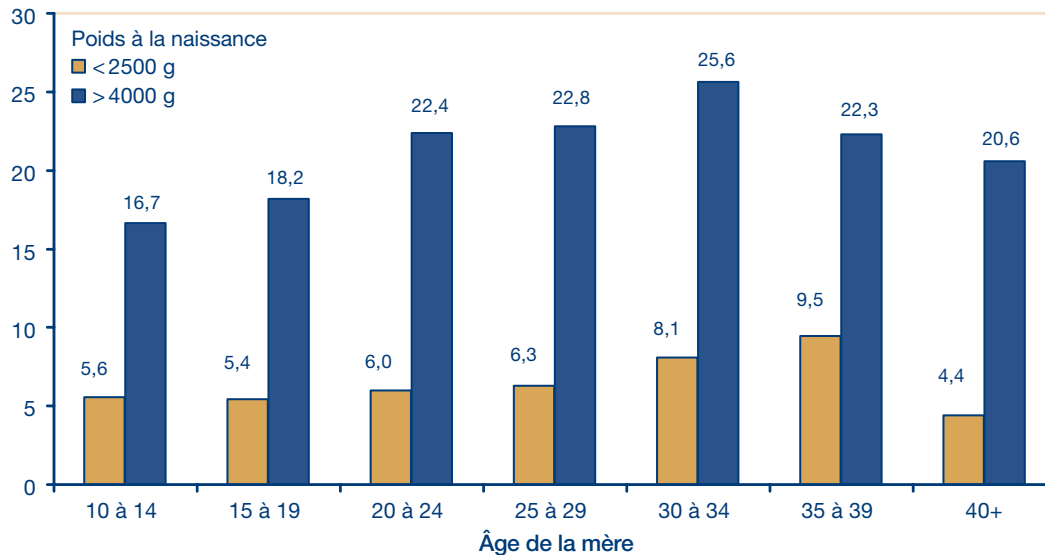


Les données pour les Premières nations sont celles de 1999; Les données pour le Canada sont celles de 1992 à 1996.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits; *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000*. Ottawa: ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux; 2000.

Figure 3.3
Poids faibles et poids élevés à la naissance chez les Premières nations exprimés en pourcentage de naissances vivantes, selon l'âge de la mère¹, 1999

En pourcentage



¹ Les régions de l'Atlantique et du Québec sont exclues parce que l'âge de la mère était inconnu.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

de caractéristiques maternelles. Toutefois, l'étude n'appuie pas la distinction communément admise selon laquelle des facteurs environnementaux ou sociaux entraînent la mortalité post-néonatale, alors que les causes médicales ou endogènes sont généralement associées à la mortalité néonatale (les décès qui se produisent de 0 à 28 jours). Plutôt, elle laisse entendre que les facteurs communs durant les périodes néonatale et post-néonatale peuvent contribuer à la mortalité dans l'une ou l'autre période. Ces facteurs peuvent comprendre les causes biologiques, les habitudes de vie de la mère ou les influences environnementales (Vanlandingham et autres, 1988).

En 1999, parmi les 8 125 naissances chez les Premières nations pour lesquelles on a enregistré des données sur le poids à la naissance, on a inscrit 22,0 % dans la catégorie de PEN (figure 3.2), soit près du double du taux canadien de 12,2 % pour la période de 1992 à 1996 (les plus récentes statistiques disponibles). Sans toutefois nier l'effet concevable du diabète sur le PEN, cet écart peut être en partie attribuable à la fertilité accrue (c'est-à-dire le nombre d'enfants par femme) chez les femmes des Premières nations, car le poids à la naissance est directement lié au nombre de grossesses antérieures vécues par la mère. Le taux de fertilité des *Indiens inscrits* (dans les *réserves* et *hors réserve*) en 1988 a été estimé à 2,7 enfants pour une femme (AINC, 2000), comparativement à 1,5 pour le Canada (données de 1999) (Statistique Canada, 2002).

Parmi les 8 125 naissances chez les Premières nations en 1999, on en a inscrit 6,0 % dans la catégorie de FPN, comparativement à 5,6 % pour l'ensemble du Canada. Les données antérieures de la DGSPNI sur le FPN (de 1989 à 1993) ont indiqué des taux variables (de 3 % à 5 % approximativement), affichant une tendance à la hausse ces dernières années. Par contre, la proportion pour le Canada est demeurée essentiellement la même, c'est-à-dire de 5,4 % à 5,7 % (Lemchuk-Favel, 1996). Malgré la similarité des taux des Premières nations et des taux canadiens, le FPN est reconnu comme une question plus sérieuse que le PEN dans les collectivités des Premières nations, le taux de mortalité des nourrissons étant supérieur (Semenciw et autres, 1986). De plus, il se peut que le FPN fasse l'objet d'une sous-déclaration, ce qui,

dans les données, pourrait contribuer à réduire artificiellement le pourcentage de nourrissons ayant un FPN. Il pourrait en être de même concernant les nourrissons ayant un PEN. Par exemple, si à la naissance un nourrisson n'est pas inscrit à titre de membre des Premières nations et qu'il décède, il se peut que l'enregistrement du poids à la naissance (et peut-être l'enregistrement du décès) ne soit pas inclus dans les données des Premières nations.

À l'échelle internationale, l'Indian Health Service des États-Unis (U.S. Indian Health Service, 2000) a signalé un taux de prévalence de FPN chez les Amérindiens et les Autochtones de l'Alaska de l'ordre de 6 % — taux semblable au taux global des États-Unis — et un taux de PEN de 13 % de toutes les naissances, comparativement au taux de 10 % pour l'ensemble de la population américaine. En Australie, toutefois, le taux de FPN déclaré est de 13 % de toutes les naissances, comparativement au taux de 6 % pour la population non autochtone (Edwards et Madden, 2001).

La *prévalence* du FPN et du PEN s'accroît avec l'âge de la mère. La figure 3.3 illustre l'augmentation proportionnelle de FPN, qui passe de 5,6 % chez les mères de 10 à 14 ans à 9,5 % chez celles de 35 à 39 ans. Toutefois, chez les mères de 40 à 44 ans, la proportion de nouveaux-nés ayant un FPN est de 4,4 %. Pareillement, la tendance relative du PEN s'accroît, passant de 16,7 % chez les mères de 10 à 14 ans à 25,6 % chez celles de 30 à 34 ans, avant de diminuer chez les mères de 35 ans et plus. Cette tendance a également été observée dans la population canadienne (Santé Canada, 2000c) et chez les Amérindiens et les Autochtones de l'Alaska, aux États-Unis (U.S. Indian Health Service, 2000). L'IHS a indiqué que la proportion de FPN augmente de 5 % chez les mères de 20 à 24 ans et passe à 10 % chez celles de plus de 40 ans. La proportion de PEN était la plus faible, c'est-à-dire environ 7 % chez les mères de moins de 15 ans, et a plafonné à 17 % de toutes les naissances chez les mères de 30 à 34 ans.

3.2 STATISTIQUES DE MORTALITÉ

3.2.1 MORTALITÉ GLOBALE

En 1999, le *taux brut de mortalité* chez les Premières nations était de 354,2 décès pour 100 000 habitants. Suivant le taux brut de mortalité, la figure 3.4 classe les 10 principales causes de décès selon les codes de la 9^e révision de la *Classification internationale des maladies (CIM-9)* (voir aussi le tableau 3.1). Les quatre principales causes de décès sont demeurées inchangées depuis la période de 1991 à 1993 (Lemchuk-Favel, 1996). Dans l'ordre, il s'agit des blessures et de l'empoisonnement, des maladies du système circulatoire, du cancer et des maladies du système respiratoire. Les taux bruts de mortalité dans les quatre catégories ont diminué par rapport aux taux de 1991 à 1993, passant de 22,4 % dans le cas du cancer à 40,9 % pour les maladies du système respiratoire. Dans l'ensemble du Canada, les principales causes de décès sont, dans l'ordre, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les blessures (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999).

Au sein de la population des Premières nations, une importante proportion de *blessures non intentionnelles* est attribuable aux accidents d'automobile. Toutefois, le taux de mortalité imputables aux accidents d'automobile (codes E810–825 de la CIM-9) a diminué de 33,8 % comparativement aux taux qui ont été enregistrés de 1991 à 1993, ce qui pourrait s'expliquer par la réduction continue des taux depuis 1979. Il est possible que la *mortalité* à la suite d'un accident d'automobile soit principalement imputable aux distances plus longues qui sont parcourues pour réaliser les activités ordinaires et pour se rendre à des établissements de services d'urgence éloignés, et de l'utilisation accrue de véhicules plus dangereux, comme les véhicules tout terrains (VTT) et les motoneiges, particulièrement dans les régions nordiques (Santé Canada, 2001b). Les accidents fatals découlaient également de la négligence de porter la ceinture de sécurité. Selon les résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991, le port de la ceinture de sécurité par les personnes de 15 ans et plus qui vivent dans les collectivités des Premières nations et des Inuits est

d'environ 50 % (Statistique Canada, 1991), ce qui contraste avec le taux de 80 % dans l'ensemble des populations provinciales, selon les données de Transports Canada pour la même année.

Les accidents de motoneige sont une importante cause de décès dans les régions où les motoneiges servent de moyen de transport remplaçant les automobiles et les camions. Une analyse des blessures dans la zone de Sioux Lookout, au Nord de l'Ontario, de 1992 à 1995, a révélé que les accidents de motoneige représentent près du quart de tous les décès survenus à la suite d'accidents d'automobile chez la population des Premières nations dans cette région (Whitehead et autres, 1996). Une analyse plus récente fondée sur les données d'hospitalisation en Saskatchewan, montre que les automobiles et les VTT étaient en cause dans 13 % des accidents routiers chez les Premières nations dans cette province (données administratives non publiées de Saskatchewan Health, 2001).

Bon nombre de collectivités des Premières nations habitent près d'un cours d'eau. Par conséquent, la noyade est également une cause majeure de décès, surtout dans les climats nordiques où l'eau très froide peut rapidement causer la mort par hypothermie. Les autres causes de blessures et d'empoisonnement sont les chutes (surtout chez les personnes âgées), les empoisonnements accidentels (particulièrement chez les enfants d'âge préscolaire), et les incendies (qui entraînent habituellement la mort des enfants et des personnes âgées).

Durant les périodes de 1985 à 1987 et de 1991 à 1993, les taux de mortalité chez les Premières nations attribuables aux maladies du système circulatoire étaient stables et variaient de 132,0 à 135,0 décès pour 100 000 habitants. En 1999, le taux de mortalité attribuable aux maladies du système circulatoire était de 84,9 décès pour 100 000 habitants, ce qui laisse supposer une amélioration. Toutefois, il pourrait s'agir d'une anomalie pour une année seulement, car l'absence de données pour les années comprises dans l'intervalle entre 1994 et 1998 ne permet pas d'établir une tendance interpolée. Un examen détaillé des admissions aux hôpitaux de l'Ontario en raison d'une cardiopathie ischémique, de 1981 à 1997, a montré que la prévalence de cette maladie augmente

Tableau 3.1
Principales causes de décès, CIM-9¹, Premières nations, 1999

Principaux chapitre de la CIM-9		Taux de 1999 (nombre de décès pour 100 000 habitants)
Chap. 17	Blessures et empoisonnement	107,2
Chap. 7	Maladies du système circulatoire	84,6
Chap. 2	Cancer	58,8
Chap. 8	Maladies du système respiratoire	25,3
Chap. 3	Systèmes endocrinien et immunitaire	16,5
Chap. 9	Maladies du système digestif	16,5
Chap. 16	Symptômes non définis	9,4
Chap. 5	Troubles mentaux	6,6
Chap. 6	Système nerveux	4,6
Chap. 16	Conditions périnatales	4,3

¹ CIM-9 est l'acronyme de la Version 9 de la Classification internationale des maladies.

Voir l'annexe 2 pour une description des chapitres de la CIM-9.

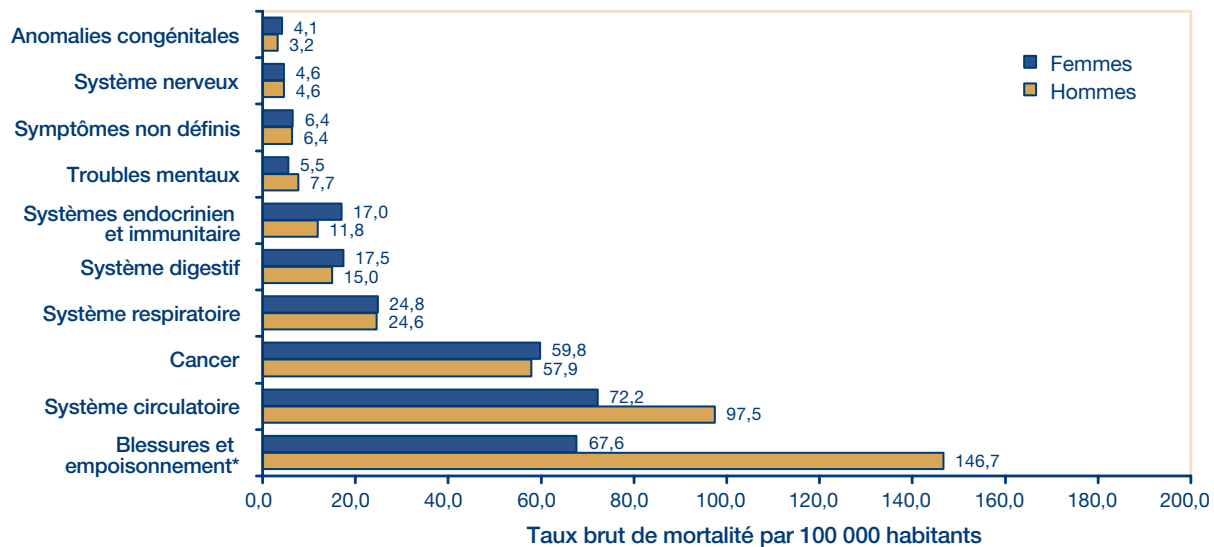
Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

au sein de la population autochtone. Cet examen a aussi révélé que les taux d'hospitalisation des membres des Premières nations avaient plus que doublé au cours de la même période, malgré un taux inférieur dans l'ensemble de la population (Shah et autres, 2000).

En 1999, le taux de mortalité enregistré chez les Premières nations pour des troubles endocriniens était de 16,5 décès pour 100 000 habitants, ce qui constitue une baisse de 8,3 % par rapport au taux de 1991 à 1993. Le diabète était la cause de 77,8 % des décès dans cette catégorie (12,8 décès pour 100 000 habitants). Bien qu'il ne s'agisse pas d'une cause de décès majeure, le diabète est particulièrement inquiétant chez les membres des Premières nations qui vivent dans les réserves, car il survient plus tôt, est plus grave au moment du diagnostic et est assorti de facteurs de risque accru (Santé Canada, 2000a). Chez les Indiens inscrits du Manitoba, 58 % des *congés de l'hôpital* à la suite d'une cardiopathie et 46 % à la suite d'un accident cérébrovasculaire visaient des personnes qui étaient atteintes du diabète (Santé Manitoba, 1997). De 1990 à 1994, chez tous les adultes des Premières nations en dialyse au Manitoba, 71 % étaient atteints du diabète, et chez ceux nécessitant l'amputation d'un membre inférieur, 91 % étaient atteints du diabète (Santé Manitoba, 1999).

La prévalence du diabète varie d'est en ouest ainsi que du nord au sud. Par conséquent, le taux de mortalité national indiqué dans le présent rapport présente des taux régionaux fort divergents. Par exemple, en 1990, le taux ajusté de prévalence du diabète selon l'âge des membres des populations autochtones variait d'un sommet de près de 9 % dans la région de l'Atlantique à moins de 2 % en Colombie-Britannique, et les Territoires affichaient un taux de 1 % ou moins (Szathmary, 1994). Par comparaison, en 1998, le taux de prévalence du diabète diagnostiqué chez les populations amérindienne et autochtone de l'Alaska était de 6 % (U.S. Indian Health Service, 2000). Le taux pour les Autochtones de l'Australie était réparti comme suit : 3,5 % chez les hommes et 4,7 % chez les femmes (Edwards et Madden, 2001). Au moyen de la déclaration volontaire, l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits (1997) a révélé un taux de prévalence du diabète de près de 11 % chez les Premières nations et les Inuits qui ont participé à l'enquête, c'est-à-dire 10 000 adultes des Premières nations et des Inuits du Labrador; le taux de réponse a été de 80 % (Young et autres, 1999).

Figure 3.4
Principales causes de décès chez les Premières nations selon le sexe, 1999



Note :

* Les suicides sont compris dans ce taux, au taux de 13,5 pour 100 000 femmes et de 49,4 pour 100 000 hommes.

Classement selon le taux de mortalité (nombre de décès pour 100 000 habitants) pour les Premières nations en 1999.

Voir l'annexe 2 pour la définition des codes de la CIM-9.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et Statistique Canada. No au catalogue : 82F0075XCB.

3.2.2 PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS SELON LE SEXE

En 1999, le taux brut de mortalité chez les hommes des Premières nations était de 382,3 décès pour 100 000 habitants, ce qui constitue 1,3 fois le taux de 293,3 qui a été enregistré chez les femmes des Premières nations. La figure 3.4 illustre les principales causes de décès selon le sexe en 1999. L'écart entre les taux de mortalité des deux sexes est largement attribuable aux taux de mortalité supérieurs pour les blessures et l'empoisonnement, suivis des maladies du système circulatoire chez les hommes. En 1999, les différences relevées dans les statistiques sur les principales causes de décès sont les suivantes :

Hommes des Premières nations

- On a enregistré 322 décès causés par les blessures et l'empoisonnement chez les hommes des Premières nations, ce qui représente un taux brut de 146,7 décès pour 100 000 habitants, ou près de 40 % de tous les décès chez les hommes. Les genres de blessures mortelles sont les suicides, les

accidents d'automobile, les suffocations et les noyades ainsi que les homicides.

- Les maladies du système circulatoire, affichant un taux brut de 97,5 décès pour 100 000 habitants, représentaient 26 % de tous les décès.
- Le cancer venait au troisième rang des principales causes de décès chez les hommes des Premières nations. En effet, on a enregistré un taux brut de 57,9 décès pour 100 000 habitants. Les cancers les plus fréquents chez les hommes étaient le cancer du poumon, suivi du cancer de la prostate et du côlon. Au sein de la population des Amérindiens et des Autochtones de l'Alaska, on a observé des proportions semblables pour ce qui est des causes de décès attribuables au cancer (Wu et autres, 2002).

Femmes des Premières nations

- La principale cause de décès chez les femmes des Premières nations en 1999 était les maladies du système circulatoire, dont le taux se situait à

72,2 décès pour 100 000 habitants, devant de peu les blessures et l’empoisonnement, dont le taux était de 67,6. Regroupées, les maladies du système circulatoire ainsi que les blessures et l’empoisonnement représentaient près de la moitié de tous les décès des femmes des Premières nations.

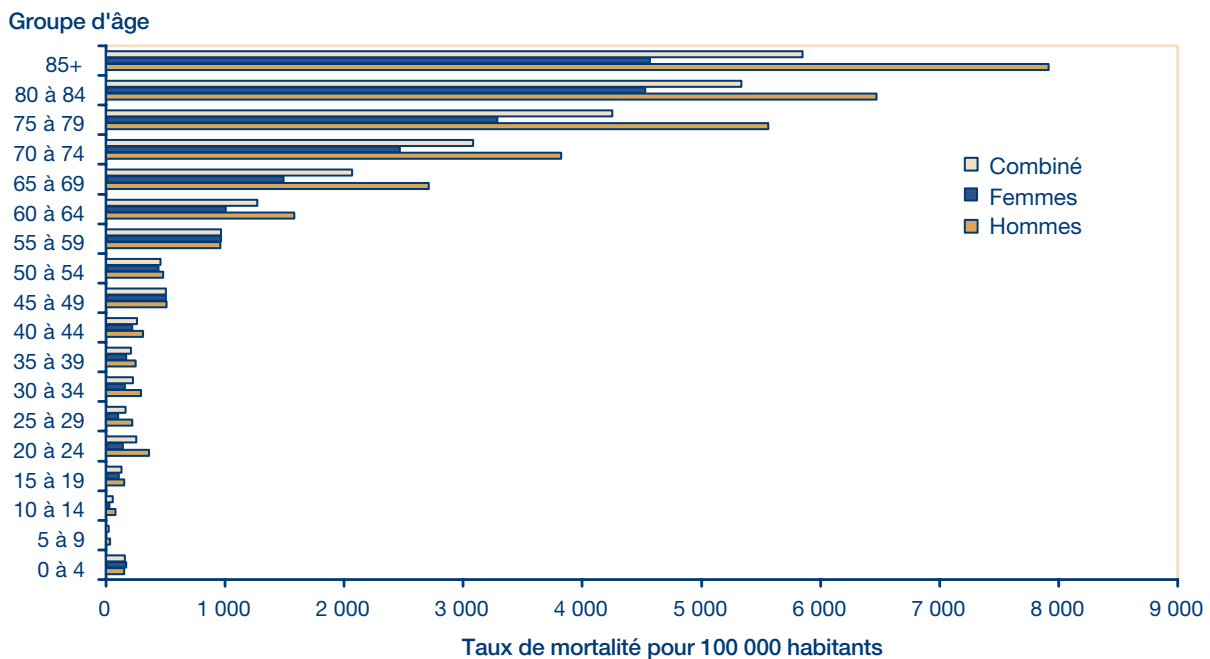
- À l’opposé des hommes, les femmes étaient plus susceptibles de mourir à la suite d’un accident d’automobile que d’un suicide, l’homicide n’étant pas une cause principale de décès dans leur cas.
- Comme dans le cas des hommes, le cancer représentait chez les femmes la troisième cause de décès, ce taux se situant à 59,8 décès pour 100 000 habitants. Les cancers les plus communs chez les femmes étaient le cancer du sein, suivi du cancer du poumon et du côlon. Par contre, les principales causes de décès chez les femmes amérindiennes et autochtones de l’Alaska étaient le cancer du poumon, suivi du cancer du sein et du côlon (Wu et autres, 2002).

- Chez les Premières nations, les femmes étaient beaucoup plus susceptibles que les hommes de mourir en raison d’un trouble endocrinien — 17,0 par rapport à 11,8 décès pour 100 000 habitants, ce qui se reflète d’ailleurs dans le taux de mortalité attribuable au diabète, pour lequel les femmes présentent un taux de 26,8 % supérieur à celui des hommes. Environ les deux tiers des membres des Premières nations ayant reçu un diagnostic de diabète étaient des femmes (Bobet, 1997), ce qui est l’inverse de la tendance observée dans l’ensemble de la population canadienne, où les deux tiers des diagnostics visent des hommes (Santé Canada, 1999).

3.2.3 PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS SELON L’ÂGE

On compare les *taux de mortalité selon l’âge* (fondés sur les groupes d’âge à intervalles de cinq ans) entre les femmes et les hommes des Premières nations dans la figure 3.5 et l’annexe 3. Dans tous les groupes d’âge, les hommes affichaient des taux de mortalité selon l’âge plus élevés que ceux des femmes, sauf

Figure 3.5
Taux de mortalité par âge selon le sexe, Premières nations, 1999



Voir l’annexe 3 pour les données utilisées dans la figure.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

pour les groupes d'âge 0 à 4 ans et 55 à 59 ans. Les écarts les plus importants entre les hommes et les femmes ont été enregistrés chez les 5 à 9 ans (le taux pour les hommes était de 2,8 supérieur à celui des femmes) et chez les 20 à 24 ans (affichant un écart de 2,6). Selon le deuxième rapport sur la santé des Canadiens (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999), les hommes étaient beaucoup plus susceptibles de mourir avant l'âge de 70 ans. Vous trouverez des renseignements sur la mortalité des enfants de moins de 1 an à la section 3.1.1. Les maladies faisant partie de « l'autre » catégorie affichaient un nombre insuffisant de cas et donc, ne permet pas de fournir des renseignements détaillés sur les causes de décès.

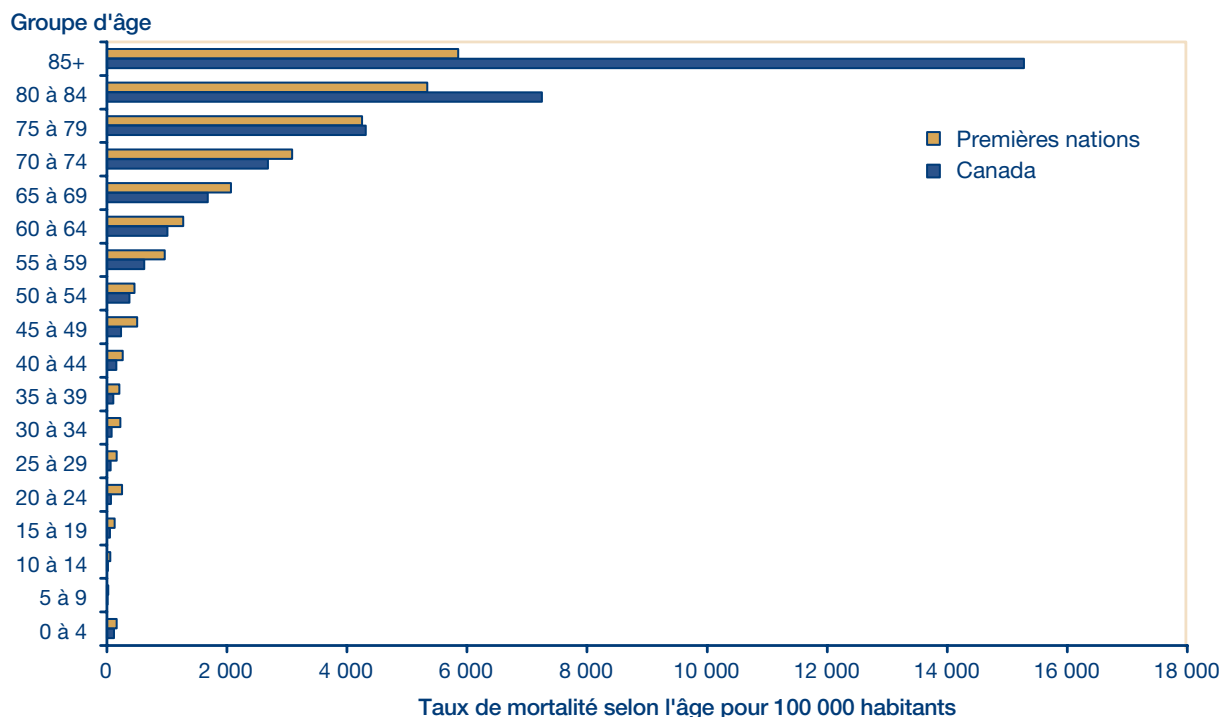
En outre, les taux de mortalité selon l'âge des Premières nations ont été comparés avec les taux de l'ensemble de la population au Canada. Comme il est indiqué à la figure 3.6, dans chaque groupe d'âge de 0 à 4 ans et de 70 à 74 ans, le taux de mortalité chez les membres des Premières nations est plus élevé que

le taux correspondant de la population canadienne. L'écart le plus significatif se présente dans le groupe des 20 à 24 ans, où le taux des Premières nations est d'environ 4 fois supérieur au taux de la population canadienne. Quant aux personnes de plus de 85 ans, le taux de mortalité au Canada était de 2,6 supérieur au taux des Premières nations.

Les principales causes de décès selon le groupe d'âge dans la population des Premières nations sont indiquées à la figure 3.7. Les tendances suivantes sont relevées dans les cinq groupes d'âge qui y sont présentés : les enfants (de 1 à 9 ans), les jeunes (de 10 à 19 ans), les jeunes adultes (de 20 à 44 ans), les adultes d'âge moyen (de 45 à 64 ans), et les personnes âgées (de 65 ans et plus).

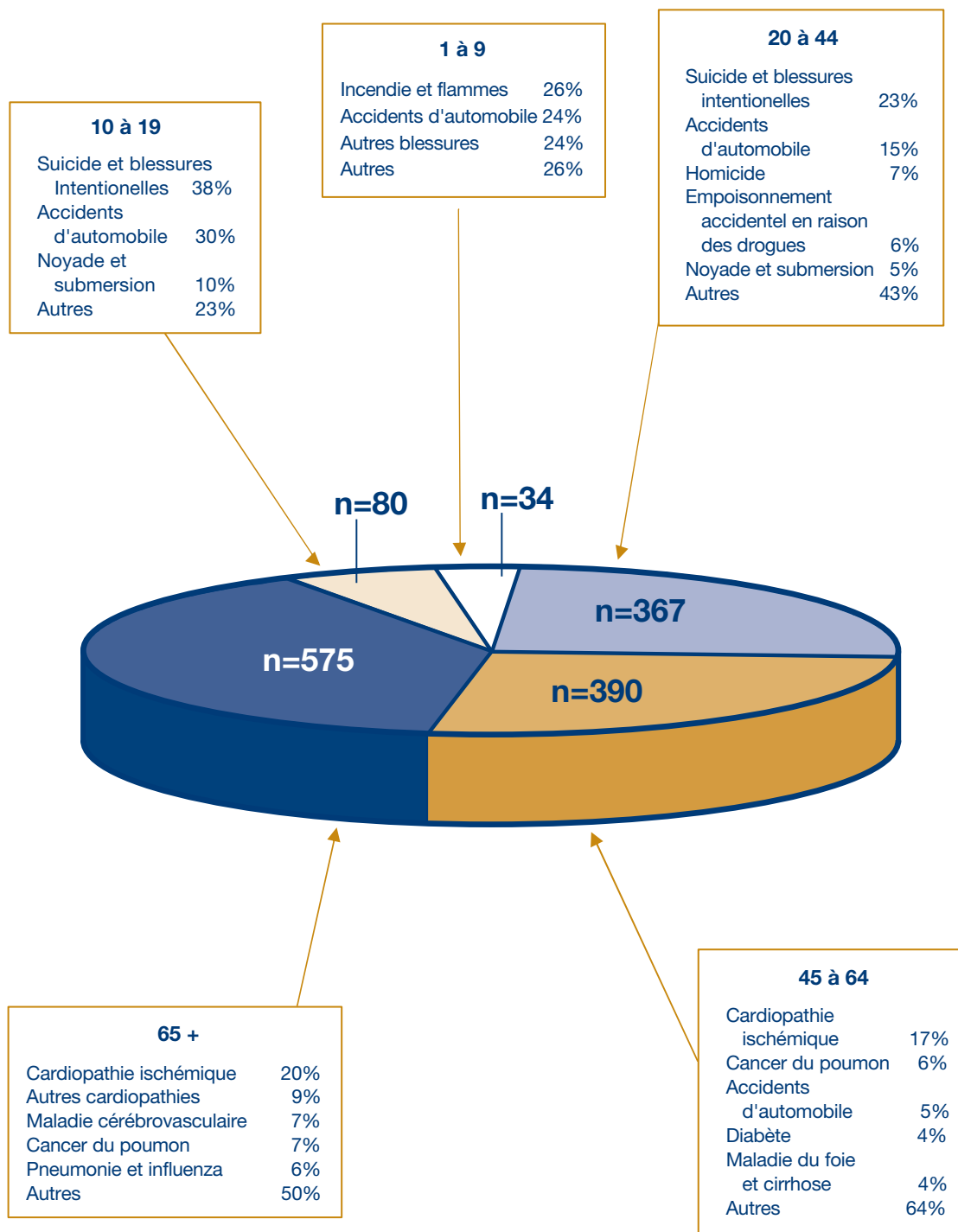
- Pour les personnes de 1 an à 44 ans, les principales causes de décès sont les blessures et l'empoisonnement. Chez les enfants, ces décès sont classés dans la catégorie des blessures non intentionnelles. Par contre, chez les jeunes et les

Figure 3.6
Taux de mortalité brut selon l'âge, Premières nations et Canada



Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits et et Statistique Canada. No au catalogue : 82F0075XCB.

Figure 3.7
Principales causes de décès chez les Premières nations selon le groupe d'âge, 1999



n = nombre de décès.

Voir l'annexe 4 pour les données utilisées dans la présente figure.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

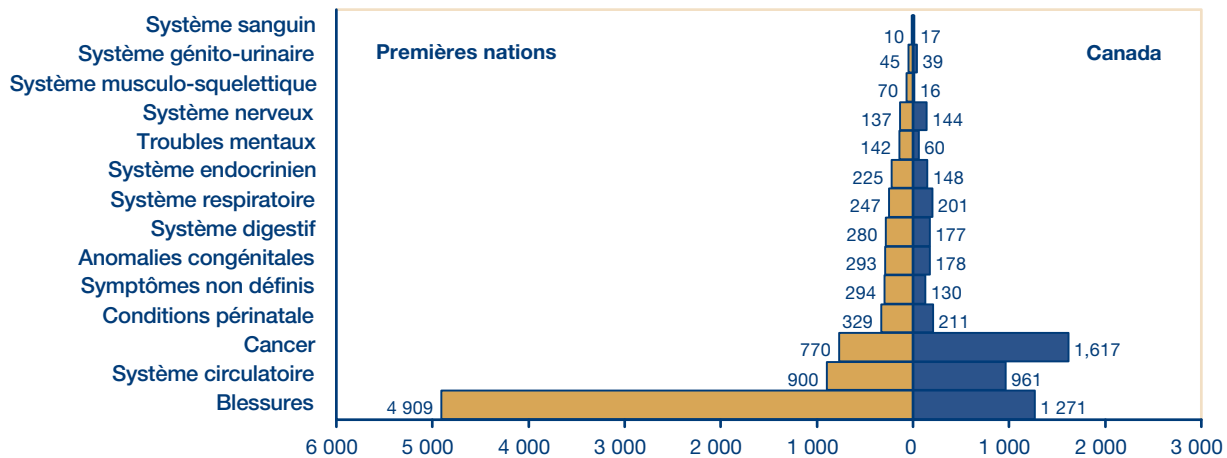
jeunes adultes, les blessures et l’empoisonnement étaient essentiellement intentionnels — le suicide et l’automutilation représentaient 38 % des décès chez les jeunes et 23 % des décès chez les jeunes adultes. De plus, 7 % des décès chez les jeunes adultes étaient imputables à un homicide.

- Les accidents d’automobile étaient l’une des principales causes de décès pour tous les groupes d’âge, à l’exception des personnes âgées.
- Les maladies du système circulatoire, surtout la cardiopathie ischémique, représentaient la cause de décès la plus fréquente chez les adultes d’âge moyen et les personnes âgées, dont les taux se situaient à 17 % et 29 %, respectivement.
- Le cancer du poumon représentait 6 % et 7 % respectivement des décès des adultes d’âge moyen et des personnes âgées.
- Les autres causes communes de décès chez les adultes d’âge moyen étaient le diabète et les maladies chroniques hépatiques et la cirrhose, chacun affichant un taux de 4 %.

Parallèlement, les taux de mortalité selon l’âge sont semblables chez les Amérindiens et les Autochtones de l’Alaska. En effet, au sein de leur population, les accidents (y compris les blessures intentionnelles) constituent la principale cause de décès jusqu’à 45 ans, âge où les maladies cardiovasculaires et le cancer commencent à devenir les principales causes de décès. Le diabète était la troisième cause de décès en importance chez les plus de 65 ans (U.S. Indian Health Service, 2000).

Les statistiques sur les années potentielles de vie perdues (APVP) sont souvent utilisées pour illustrer les causes de décès prématuré (c’est-à-dire pour mettre en évidence les causes qui surviennent à un plus jeune âge). Bien que le cancer et les maladies du système circulatoire soient au nombre des principales causes de décès, ces maladies se manifestent à un âge plus tardif et entraînent donc moins d’années potentielles de vie perdue. Même une baisse partielle des taux de mortalité causés par les blessures aurait de profondes répercussions sur les taux de mortalité prématurée et la santé de l’ensemble de la population (figure 3.8).

Figure 3.8
Années potentielles de vie perdues (APVP) selon la cause de décès, Premières nations et Canada, 1999



Voir l’annexe 2 pour la définition des codes de la CIM-9.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; Statistique Canada, No au catalogue : 82-221-XCB.

3.2.4 COMPARAISON NORMALISÉE DES PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS SELON L'ÂGE

Si l'on se fie aux *taux normalisés selon l'âge*, le taux global de mortalité chez les Premières nations en 1999 était de 662 décès pour 100 000 habitants — ce qui est semblable au taux de 1998 pour le Canada, soit 661 décès pour 100 000 habitants. Toutefois, tel que mentionné dans la section précédente, la majorité des décès surviennent chez les plus jeunes membres de la population des Premières nations et chez les plus âgés dans l'ensemble du Canada. Ainsi, le taux global de mortalité normalisé selon l'âge peut être trompeur. En 1979, le taux de mortalité des Premières nations était de 1 090 décès pour 100 000 habitants, taux qui a diminué de 1,6 % par année jusqu'en 1993. Le taux canadien correspondant était de 690 décès pour 100 000 habitants en 1979, avec une baisse de 1,4 % par année (Lemchuk-Favel, 1996). Cet écart était un peu plus marqué chez les femmes.

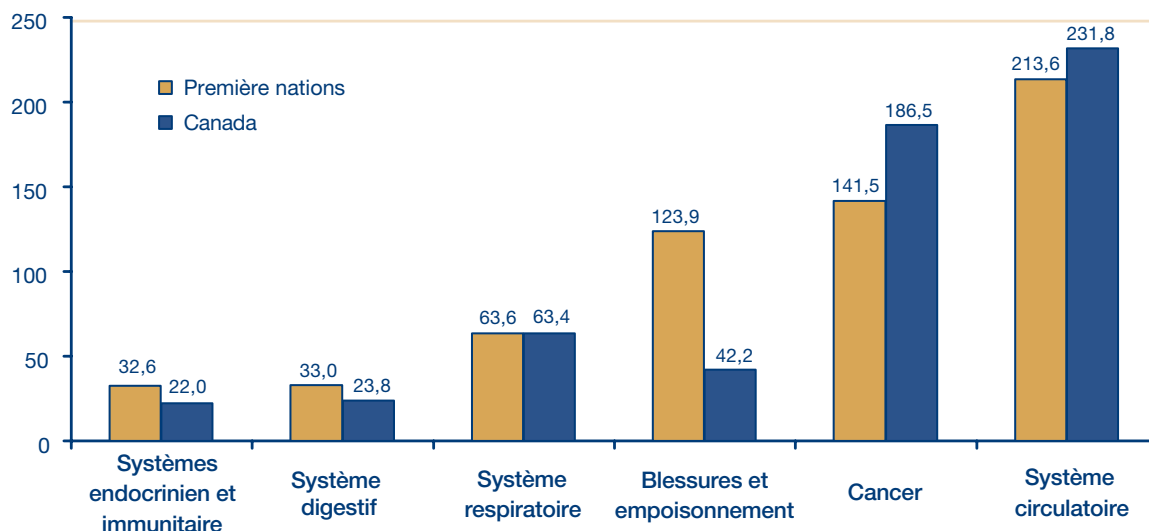
Les taux de mortalité normalisés selon l'âge chez les Premières nations sont supérieurs à ceux du Canada

pour les troubles endocriniens, les maladies du système digestif, les blessures et l'empoisonnement. Les taux de cancers et les taux de maladies du système circulatoire sont plus élevés pour l'ensemble du Canada et les taux de maladies du système respiratoire sont équivoques. Après la normalisation des taux de mortalité des Premières nations par rapport à la population canadienne en 1991, les maladies du système circulatoire prévalent sur les blessures comme principale cause de décès, ce qui peut s'expliquer par le fait que l'ensemble de la population canadienne vieillit et que les maladies du système circulatoire sont plus fréquentes chez les groupes d'âges plus avancés. Les différences les plus notables entre les deux populations, pour ce qui est des causes de décès normalisées selon l'âge, sont les suivantes :

- Le taux lié à la principale cause de décès chez les Premières nations — les maladies du système circulatoire, affichant un taux de 213,6 décès pour 100 000 habitants — était de 8 % inférieur au taux canadien. Ce taux global peut masquer des différences particulières entre les hommes et les femmes. Par exemple, une étude sur la

Figure 3.9
Principales causes de décès normalisées selon l'âge, Premières nations (1999) et Canada (1998)

Taux de mortalité pour
100 000 habitants



Classement selon le taux de mortalité (nombre de décès pour 100 000 habitants) chez les Premières nations en 1999.

Les taux sont normalisés selon la population du Canada en 1991.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; Statistique Canada, N° au catalogue : 82F0075XCB

cardiopathie et les accidents cérébrovasculaires au Canada a révélé que les taux de mortalité étaient plus élevés chez les femmes autochtones que dans l'ensemble de la population des femmes non autochtones, tant pour ce qui est de la cardiopathie que des accidents cérébrovasculaires (Santé Canada, 2000b).

- Les données sur la *morbidité* liée aux maladies cardiovasculaires sont également plus disparates entre les deux populations que ce qu'indique la comparaison au chapitre de la mortalité à la figure 3.9. Une étude des maladies cardiovasculaires menée en 1998 auprès de la population de six Premières nations et de personnes d'origine européenne à Toronto, Hamilton et Edmonton faisait observer que les membres des Premières nations présentaient une fréquence beaucoup plus importante de maladies cardiovasculaires (18,5 % par rapport à 7,6 %). Cette population présentait aussi des taux considérablement supérieurs de tabagisme, d'intolérance au glucose, d'obésité et d'obésité abdominale. Ces taux plus élevés étaient associés à des taux de chômage supérieurs et à un revenu familial annuel inférieur (Anand et autres, 2001).
- L'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits de 1997 a permis de découvrir des taux supérieurs de cardiopathie volontairement déclarée au sein de la population des Premières nations et des Inuits. Suivant la normalisation selon l'âge, le taux des Premières nations et des Inuits était environ 3 fois supérieur à celui de la population canadienne. Des différences similaires ont été notées dans l'enquête sur l'hypertension diagnostiquée par un médecin et déclarée par le répondant, c'est-à-dire que celle-ci était de 2,8 et de 2,5 fois supérieure chez les hommes et les femmes des Premières nations et des Inuits, respectivement (Young et autres, 1999).
- En 1999, le taux de cancer au Canada (186,5 décès pour 100 000 habitants) était un tiers plus élevé que celui des Premières nations (141,5 décès pour 100 000 habitants). On a observé la même tendance dans les données de 1991 à 1993 (Lemchuk-Favel, 1996). Un examen

réalisé dans le cadre de l'ERSPNI (1999) a révélé que les peuples autochtones, qui comprenaient dans cette étude les Métis et les Premières nations, couraient des risques accrus de cancer du rein chez les hommes et de cancer de la vésicule biliaire et du col utérin chez les femmes. Les risques de cancer du sein, du côlon, du poumon et de la prostate étaient moins importants chez les peuples autochtones que chez les non-Autochtones, bien que ces types de cancer soient fréquents chez les Autochtones (Young et autres, 1999). En Colombie-Britannique, le taux de mortalité attribuable au cancer du col utérin des femmes des Premières nations est de 4 à 6 fois supérieur au taux correspondant dans l'ensemble de la population (Band et autres, 1992). Une analyse détaillée des décès causés par le cancer chez les peuples autochtones, entreprise par le South Australian Cancer Registry, a permis de conclure que les taux plus élevés de mortalité chez les peuples autochtones étaient imputables à l'état avancé des tumeurs au moment du diagnostic. On a également observé un taux de survie inférieur dans le cas des cancers primitifs selon la région géographique, le sexe, l'âge au moment du diagnostic, l'année du diagnostic et, le cas échéant, le type histologique (South Australian Cancer Registry, 1997). Une enquête sur le recours aux services de santé menée en Colombie-Britannique a permis de conclure que la participation des femmes des Premières nations aux programmes provinciaux de dépistage du cancer du col utérin était plus irrégulière et moins fréquente. En outre, les Premières nations éprouvent des difficultés à obtenir des services de santé qui sont culturellement acceptables (Clarke et autres, 1998).

- Le taux de blessures et d'empoisonnement des Premières nations (123,9 décès pour 100 000 habitants) était près de 3 fois supérieur au taux canadien, ce qui représente une légère amélioration par rapport au taux de 3,8 fois supérieur établi pour la période de 1991 à 1993. La comparaison des taux peut varier considérablement lorsqu'on tient compte des différentes causes de blessures non intentionnelles. Par exemple, une analyse normalisée selon l'âge des taux des Premières

nations et provinciaux en Colombie-Britannique de 1991 à 1997 a permis de relever les taux croissants suivants dans les Premières nations : le feu ou les flammes (8 fois le taux provincial), la noyade (4 fois), les homicides (5 fois) et les chutes (3 fois) (British Columbia Vital Statistics Agency, 1999).

- Pour ce qui est des maladies du système digestif (1,4 fois plus élevé chez les Premières nations par rapport au taux canadien) et des troubles endocriniens et du système immunitaire (1,5 fois plus élevé), les différences entre les deux populations sont demeurées essentiellement constantes par rapport aux taux de 1991 à 1993. Les décès causés par les troubles endocriniens comprennent les décès attribués au diabète. Comparativement à l'ensemble de la population, le diabète est plus prévalent au sein de la population des Premières nations. Les taux de diabète selon l'âge sont plus élevés — souvent beaucoup plus élevés — dans les réserves des Premières nations et ce, pour tous les groupes d'âge et les deux sexes (Young et autres, 1999). En général, la prévalence normalisée du diabète selon l'âge chez les Premières nations est de 3 à 5 fois supérieure à celle de l'ensemble de la population. L'incidence accrue du diabète de type 2 chez les enfants de 5 à 8 ans, qui autrefois frappait seulement la population adulte, cause des inquiétudes particulières (Harris et autres, 1996; Assemblée des Premières nations, 2002). On a également observé en Australie une prévalence croissante du diabète chez les peuples autochtones, de 2 à 4 fois supérieure à la prévalence du diabète chez la population non autochtone. De plus, le diabète apparaît à un âge beaucoup plus jeune (Australian Indigenous HealthInfoNet, 2002).
- La comparaison des taux de mortalité imputables aux troubles endocriniens et du système immunitaire présentée à la figure 3.9 peut donner lieu à une sous-estimation des taux et ce, pour deux raisons. La première est que le diabète présente des proportions épidémiques chez les Premières nations; la pleine incidence de cette maladie, comme pour toute autre condition chronique, ne sera sans doute pas reflétée dans les taux de morbidité et de mortalité avant un

certain temps. La deuxième est que les études disponibles laissent entendre que les peuples autochtones souffrent de complications plus sérieuses, par exemple, la cardiopathie et l'hypertension, que la population canadienne (Santé Canada, 2000a). Donc, dans certains cas, il est possible que la principale cause de décès indiquée puisse être une maladie cardiovasculaire et non un trouble endocrinien ou du système immunitaire.

- L'écart entre les taux de maladie du système respiratoire chez les populations des Premières nations et du Canada s'est rétréci, passant de 1,8 fois durant la période de 1991 à 1993 à 1,2 fois en 1999.

Les tendances de la mortalité normalisée selon l'âge chez les Amérindiens et les Autochtones de l'Alaska sont semblables à celles des Premières nations. Pour ces premières, les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires, les accidents (taux qui était 3 fois supérieur au taux américain) et le cancer (U.S. Indian Health Service, 2000). Pour ce qui est de la population autochtone de l'Australie, les principales causes de décès en 2000 étaient semblables à celles enregistrées chez les Premières nations. Toutefois, l'ordre de fréquence différait : les décès causés par les maladies du système circulatoire n'étaient pas les plus fréquents (pour un taux de 2,7 fois celui de la population australienne), suivis des cancers (1,5 fois), les blessures (2,3 fois), et les troubles endocriniens (8,3 fois), qui étaient supérieurs aux maladies du système respiratoire (3,6 fois) (Australian Indigenous HealthInfoNet, 2002).

3.2.5 SUICIDE

Parmi toutes les causes de mortalité prématurée, le suicide est l'une des plus tragiques. Il constitue en effet l'une des principales causes de décès chez les membres des Premières nations de 10 à 44 ans. En 1999, le suicide représentait 38 % de tous les décès chez les jeunes (de 10 à 19 ans) et 23 % de tous les décès chez les jeunes adultes (de 20 à 44 ans) des Premières nations. Cette année-là, le taux de suicide des Premières nations était de 27,9 décès pour 100 000 habitants, taux qui s'inscrit dans la variabilité indiquée dans les données antérieures publiées de

1979 à 1993, et portent à croire qu'il n'y a eu aucune diminution constante. Il est intéressant de noter que le taux de 1999 était 2,1 fois supérieur à celui de la population canadienne, qui se chiffrait à 13,2 décès pour 100 000 habitants.

En 1999, les suicides ont représenté environ 1 315,4 années potentielles de vie perdue (APVP) pour 100 000 membres des Premières nations. Il s'agit de la plus importante cause de décès prématuré, même par rapport à toutes les formes de cancer. De plus, le suicide représente presque 50 % d'années potentielles de vie perdue de plus que toutes les maladies du système circulatoire (900 APVP pour 100 000 habitants).

Tous les groupes d'âge des Premières nations jusqu'à 65 ans courent des risques accrus de suicide comparativement à la population canadienne. Les hommes des Premières nations sont plus à risque que les femmes. En se fondant sur les données de 1989 à 1993 (Lemchuk-Favel, 1996), les taux les plus élevés chez les Premières nations étaient ceux des hommes de 15 à 24 et de 25 à 34 ans, et ces taux étaient environ 5 et 4 fois supérieurs aux taux canadiens, respectivement. Par rapport aux taux canadiens, on a enregistré l'écart le plus important chez les femmes de 15 à 24 ans et de 25 à 39 ans — les taux des femmes des Premières nations étaient d'environ 8 et 5 fois supérieurs aux taux canadiens, respectivement. (Il a été impossible de calculer les taux de suicide selon l'âge pour 1999 en raison des données restreintes sur les comparaisons détaillées selon l'âge.)

Les taux de suicide achevés sont typiquement plus élevés chez les hommes. Toutefois, les tentatives de suicide chez les femmes sont habituellement beaucoup plus fréquentes que chez les hommes, tendance qu'on observe aussi dans la population canadienne (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999).

Les suicides peuvent se produire dans une grappe, selon l'époque ou la région géographique, et donc, les taux qui en découlent peuvent être extrêmement élevés. Par exemple, dans la zone de Sioux Lookout en Ontario, le taux de suicide des hommes des Premières nations de 10 à 19 ans était 50 fois supérieur au taux enregistré chez leurs homologues canadiens de 1992 à 1995 (Whitehead et autres, 1996).

Une étude récente a permis de conclure que chez les Premières nations de la Colombie-Britannique, les taux de suicide variaient grandement selon de nombreux marqueurs de continuité culturelle (Chandler et Lalonde, 1998). Une importante diminution du taux de suicide dans la collectivité était liée à un groupement de facteurs :

- l'autonomie de la collectivité (facteur de protection le plus important);
- la maîtrise de l'assise territoriale traditionnelle;
- la présence d'écoles sous la direction de la bande;
- l'administration des services de santé par la collectivité;
- la présence d'établissements culturels;
- l'administration des services de police et d'incendie.

Dans les collectivités ne présentant aucun de ces facteurs, le taux de suicide était de 137,5 décès pour 100 000 habitants, ce qui est comparable au taux nul de suicide dans les collectivités où tous ces facteurs sont regroupés. Le nombre de facteurs sur lesquels la collectivité exerce un contrôle et le taux de suicide étaient étroitement liés.

3.3 MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

L'incidence des 11 *maladies à déclaration obligatoire* chez les populations des Premières nations et du Canada en 1999 est indiquée au tableau 3.2. Aucun cas d'*Haemophilus influenzae* de type B ou de rougeole dans la population des Premières nations n'a été signalé cette année-là. Les taux d'oreillons, de coqueluche et de rubéole étaient 3 fois plus élevés que le taux global au Canada. Le taux de cas déclarés de chlamydia génitale était près de 7 fois supérieur au taux national, alors que le taux de cas déclarés d'hépatite C (suivant le nombre de cas déclarés d'hépatite C chronique ou aiguë) était un peu plus élevé. Les taux de lambliaze, d'hépatite A et de shigellose étaient de plusieurs fois supérieurs aux taux nationaux correspondants. Aucun cas d'*Escherichia coli* à vérotoxine n'a été signalé.

3.3.1 COUVERTURE VACCINALE

L'immunisation est une composante très importante de la lutte contre les maladies infectieuses chez les Premières nations. Une couverture élevée d'immunisation systématique permet d'assurer la prévention des maladies chez les enfants ainsi que la propagation de maladies dans les collectivités. Les vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la polio, la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'*Haemophilus influenzae* de type B sont habituellement administrés dans le cadre du programme des infirmières en santé communautaire (tableau 3.3). Aucun renseignement sur l'immunisation contre l'hépatite B n'a été recueilli, cette vaccination étant également administrée par l'intermédiaire des programmes provinciaux dans les collectivités des Premières nations (c'est-à-dire selon l'âge auquel on recommande d'injecter certains vaccins). Le vaccin contre le bacille

de Calmette-Guérin est inoculé à la naissance dans les collectivités qui présentent des risques élevés de tuberculose, et le vaccin contre l'hépatite A est injecté aux enfants des Premières nations de 12 et de 18 mois en Saskatchewan.

La couverture vaccinale représente la proportion de nourrissons et d'enfants dans une cohorte de naissance d'une année civile donnée qui ont reçu tous leurs vaccins (c'est-à-dire les enfants auxquels les doses exigées ont été administrées) relativement à un antigène à des âges critiques (par exemple, le premier, le second et le sixième anniversaire). Les objectifs nationaux en matière d'immunisation et les seuils d'immunité collective du Canada (Fine, 1993) sont indiqués au tableau 3.4. Par seuils d'immunité collective on entend la proportion de la population qui doit avoir été immunisée pour assurer la répression et l'élimination réussies d'une maladie.

Tableau 3.2

Taux d'incidence de maladies à déclaration obligatoire, Premières nations¹ et Canada², 1999

Maladies à déclaration obligatoire	Premières nations (cas pour 100 000)	Canada (cas pour 100 000)
Maladies pouvant être prévenues par la vaccination systématique		
<i>Haemophilus influenzae</i> de type b	0	0,1
Rougeole	0	0,1
Oreillons	0,8	0,3
Coqueluche	57,6	20,0
Rubéole	0,3	0,1
Maladies transmissibles sexuellement et à diffusion hémotogène		
Chlamydia génitale ²	947,0	138,2
Hépatite C	67,9	63,6
Maladies d'origine entérique, alimentaire et hydrique		
Lambliase	26,8	17,2
Hépatite A	15,4	2,9
Shigellose	69,6	3,6
<i>E. coli</i> à vérotoxine	0	4,9

¹ Des données sur les maladies à déclaration volontaire n'étaient pas accessibles auprès de 47 des 144 collectivités de l'Ontario, et de 29 des 41 collectivités du Québec.

² Les données pour l'ensemble de la population canadienne proviennent de Santé Canada, 2001a.

³ Comprend les données de toutes les régions à l'exception de l'Alberta.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; *Rapport sommaire annuel sur les maladies à déclaration obligatoire*, Santé Canada, *Canadian Communicable Disease Report*, vol. 27S6

Les taux de couverture vaccinale déclarés pour la population des Premières nations sont présentés aux tableaux 3.5, 3.6 et 3.7. Les taux de couverture vaccinale pour tous les antigènes chez les enfants de 1 an étaient plus élevés en 1999 qu'en 1997 (tableau 3.5) à l'exception de l'*Haemophilus influenza* de type B. Les

estimations de la couverture pour le vaccin DCT contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos chez les enfants de 2 ans semblent plus élevées dans les années 1990, alors que la couverture liée au vaccin ROR contre la rougeole, les oreillons et la rubéole était inférieure en 1999 par rapport à 1997 (tableau 3.6).

Tableau 3.3
Calendrier d'immunisation systématique recommandé chez les nourrissons et les enfants des Premières nations

Âge à la vaccination	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (accellulaire)	Vaccin contre le poliovirus inactif	Vaccin conjugué contre <i>haemophilus influenza</i> de type b	Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
2 mois	*	*	*	
4 mois	*	*	*	
6 mois	*	*	*	
12 mois				*
18 mois	*	*	*	*
4-6 ans	*	*		

Source : Santé Canada. *Guide canadien d'immunisation*, 2002, Sixième édition, N° au catalogue : H49-8/2002F

Tableau 3.4
Objectifs nationaux en matière d'immunisation et seuils estimatifs d'immunité collective aux maladies pouvant être prévenues par la vaccination, Canada

Maladies	Objectif national de couverture ¹ (en pourcentage)	Seuils estimatifs d'immunité collective ^{2,3} (en pourcentage)
Diphtérie	97	85
Tétanos	97	s.o.
Coqueluche	95	92 à 94
Poliomyélite	97	80 à 86
<i>Haemophilus influenza</i> de type b invasif	97	s.o.
Rougeole	97	83 à 94
Oreillons	97	75 à 86
Rubéole	97	83 à 85

¹ Couverture vaccinale pour chaque cohorte d'âge au deuxième anniversaire (Anonyme. "National goals and objectives for the control of vaccine-preventable diseases of infants and children." *Can Comm Dis Rep*. 1995; 21, p. 49-54.)

² Adapté de Fine, 1993.

³ Désigne la proportion de la population qui doit être immune pour qu'une maladie soit enrayée en prévenant la transmission courante aux personnes susceptibles. (La proportion "immune" ne se rapporte pas à la proportion "immunisée" pour ce qui est des vaccins qui n'assurent pas une protection intégrale contre la maladie.)

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; *Rapport sommaire annuel sur les maladies à déclaration obligatoire*, Santé Canada, *Canadian Communicable Disease Report*, vol. 27S6

Les données indiquent que la couverture pour tous les vaccins était légèrement moindre en 1999 par rapport à 1997 chez les enfants de 6 ans (tableau 3.7).

L'immunisation contre l'hépatite A chez les enfants des Premières nations de la Saskatchewan a débuté en 1996 afin d'assurer la répression d'une importante épidémie. La figure 3.10 montre la diminution radicale des cas d'hépatite A après la mise en œuvre de ce programme. Les taux de couverture vaccinale ont augmenté depuis 1996 et on a relevé peu de cas ayant eu des conséquences néfastes. Aucun cas d'hépatite A n'a été signalé dans les collectivités des Premières nations de la Saskatchewan en 2000 ou 2001.

À la figure 3.11, on compare les taux de couverture pour l'immunisation systématique chez les enfants de 2 ans dans les populations des Premières nations (1999) et du Canada (1998). Les taux de couverture étaient inférieurs chez les enfants des Premières nations pour tous les antigènes, à l'exception du vaccin conjugué contre l'*Haemophilus influenza* de type B. Malgré ces résultats, les programmes d'immunisation se sont améliorés dans de nombreuses régions du pays au cours des deux dernières décennies. En effet, au début des années 1990, les taux de couverture pour certaines vaccinations systématiques étaient de moins de 50 % dans plusieurs collectivités des Premières nations (McGovern et autres, 1994).

Tableau 3.5
Pourcentage d'enfants de 1 an des Premières nations¹ systématiquement immunisés, 1997 and 1999

Année	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (acellulaire) (en pourcentage)	Vaccin contre le poliovirus inactif (en pourcentage)	Vaccin contre l' <i>haemophilus influenza</i> de type b (en pourcentage)
1997	71,9	72,7	71,8
1999	74,6	74,1	70,9

¹ Comprend les données de la région du Pacifique, de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Manitoba.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Tableau 3.6
Pourcentage d'enfants de 2 ans des Premières nations qui sont systématiquement immunisés, 1993¹, 1997² et 1999²

Année	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (acellulaire) (en pourcentage)	VPO ³ (1993) et vaccin contre le poliovirus inactif (en pourcentage)	<i>Haemophilus influenza</i> de type b (en pourcentage)	Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (en pourcentage)
1993	46,3 (42,9, 49,6) (DT) / 45,8 (42,5, 49,1) (T)	54,1 (50,8, 57,4)	n/a	73,6 (70,7, 76,6)
1997	64,5	68,1	79,7	86,6
1999	67,9	68,8	80,9	79,9

¹ Données tirées d'une enquête menée auprès de 13 collectivités en 1993 (McGovern, K.; Robinson, H.; St. Lewis, S.; Pless, R.; Duclos, P. Étude sur l'immunisation de 1993 de la Direction générale des services médicaux. Rapport préparé pour la Direction générale des services médicaux, 27 juin 1994.); les intervalles de confiance de 95 % pour les estimations de la couverture sont entre crochets;

² Comprend les données pour la région du Pacifique, de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Manitoba.

³ Vaccin oral contre la poliomyélite.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

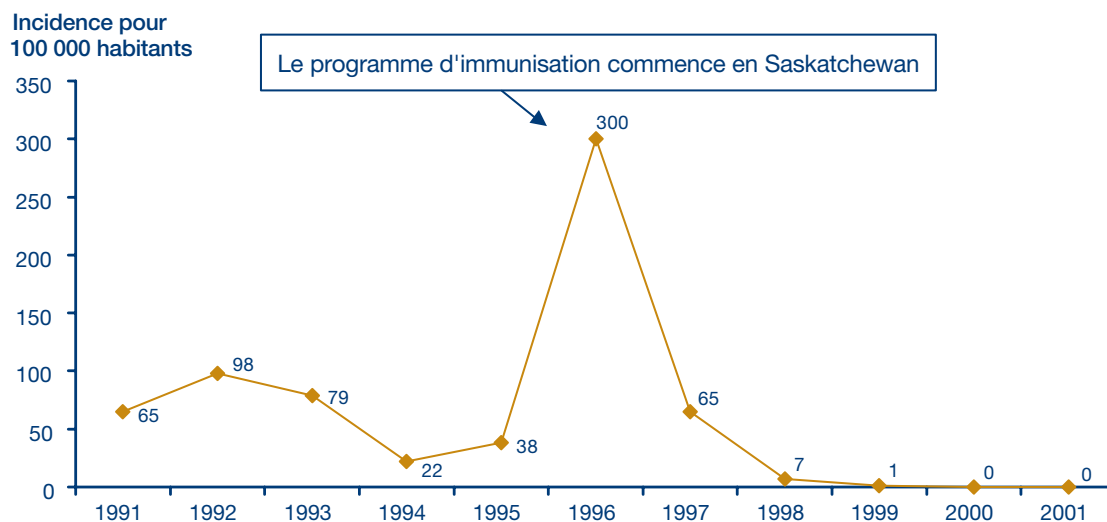
Tableau 3.7
Pourcentage d'enfants de 6 ans des Premières nations qui sont systématiquement immunisés, 1997 et 1999

Année	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (acellulaire) (en pourcentage)	Vaccin contre le poliovirus inactif (en pourcentage)	Vaccin contre le <i>Haemophilus influenza</i> de type b (en pourcentage)	Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (en pourcentage)
1997	81,1	80,6	87,2	84,2
1999	78,3	79,6	85,3	79,2

Comprend les données pour la région du Pacifique, de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Manitoba.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; *Rapport sommaire annuel sur les maladies à déclaration obligatoire*, Santé Canada, *Canadian Communicable Disease Report*, vol. 27S6.

Figure 3.10
Nombre de cas d'hépatite A déclarés et introduction d'un programme d'immunisation en Saskatchewan (1991 à 2001)



Source : Santé Saskatchewan, 2001.

Les facteurs qui ont une incidence sur les objectifs d'immunisation sont les suivants :

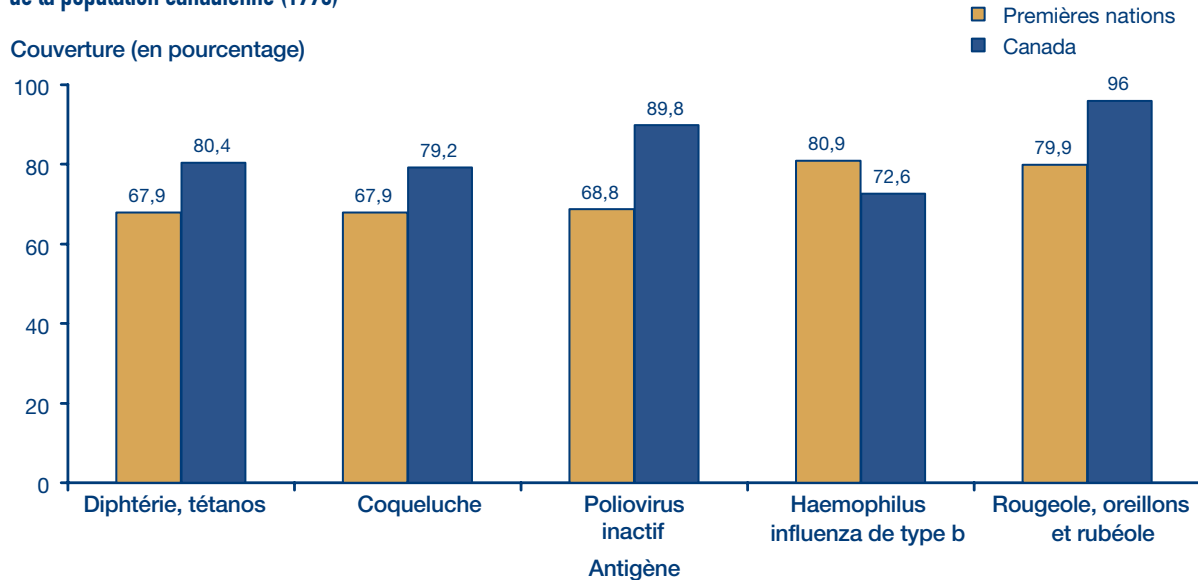
- l'important roulement de professionnels de la santé dans de nombreuses collectivités;
- l'hésitation de certains Autochtones à faire appel au système de santé;
- la crainte d'une réaction défavorable ou une expérience antérieure négative;

- l'absence de ressources visant à sensibiliser la population aux avantages de l'immunisation;

- les importants groupes de pression contre l'immunisation.

(texte adapté d'après l'ouvrage de McGovern et autres, 1994)

Figure 3.11
Comparaison des taux de pourcentage de la couverture vaccinale ordinaire chez les enfants de 2 ans des Premières Nations, dans les réserves (1999) et dans l'ensemble de la population canadienne (1998)



Source: Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; "Paediatrics & Child Health," JCPS, vol. 4, suppl. C, août 1999.

3.3.2 PRÉVENTION DES MALADIES GRÂCE À LA VACCINATION SYSTÉMATIQUE

Aucun cas invasif d'*Haemophilus influenza* de type B, de rougeole, de diphtérie, de poliomyélite ou de tétanos n'a été signalé dans les Premières nations en 1999. Trente cas d'*Haemophilus influenza* de type B ont été déclarés dans l'ensemble du Canada en 1999 — quatre cas, le plus bas niveau jamais atteint, ont été enregistrés en 2000 (Schiefele et autres, 2001). En collaboration avec les autorités provinciales de la santé, la DGSPNI a réussi à enrayer cette maladie grâce à la vaccination systématique des enfants. Néanmoins, en 2001, cinq cas invasifs d'*Haemophilus influenza* de type B et un décès ont été signalés chez les enfants autochtones vivant dans le Nord du Canada, ce qui confirme que la maladie pose toujours un risque pour certaines collectivités. Les cas signalés de diphtérie, de poliomyélite et de tétanos sont extrêmement rares au Canada et représentent moins de 1 cas pour 1 000 000 habitants.

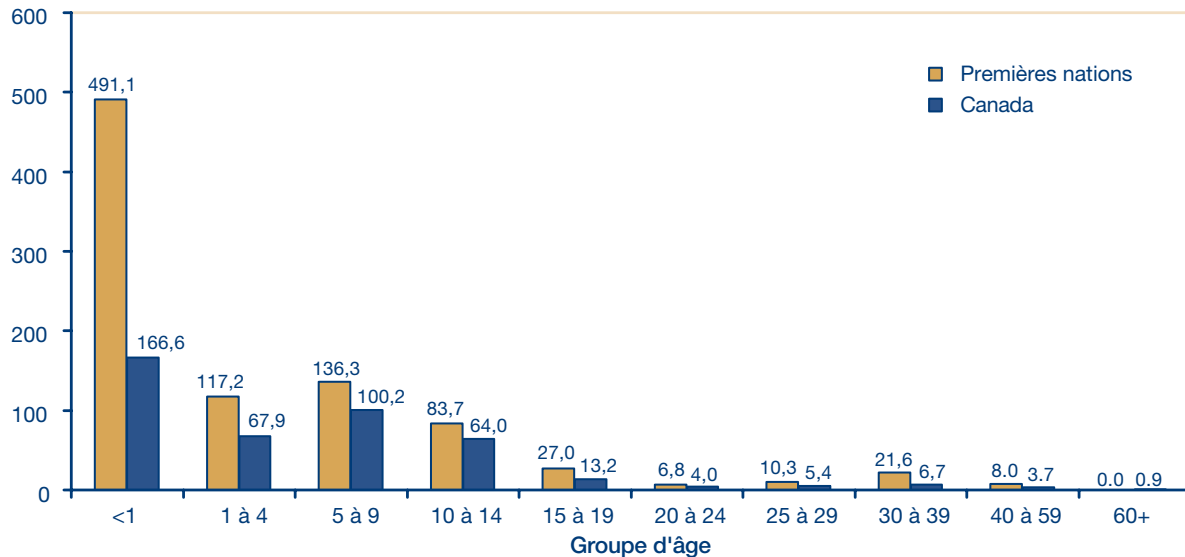
Aucun cas d'embryopathie rubéolique n'a été signalé parmi les collectivités des Premières nations en 1999.

Toutefois, un cas de rubéole a été déclaré, il s'agissait d'une jeune femme du groupe d'âge 10 à 14 ans. S'il n'y a aucun programme d'immunisation contre la rubéole pour les femmes et les écolières dans une population donnée, il est très important d'assurer une couverture élevée de vaccination ROR chez les enfants. En effet, les faibles taux de couverture peuvent faire que l'âge moyen d'infection soit durant l'adolescence et, par le fait même, augmenter les risques d'embryopathie rubéolique (Robertson et autres, 1997).

La coqueluche est une maladie d'origine bactérienne extrêmement infectieuse, qui est transmise d'une personne à une autre par les sécrétions ou les écoulements sortant du nez ou de la bouche. Plusieurs facteurs ont compliqué la lutte contre la coqueluche tant chez les populations des Premières nations que du Canada. Premièrement, l'ancien vaccin à agent entier contre la coqueluche présentait des taux élevés de complications graves. Deuxièmement, son efficacité était relativement faible et l'immunité s'affaiblissait avec le temps. Troisièmement, ce vaccin ne pouvait être administré aux enfants de 7 ans et plus.

Figure 3.12
Taux de coqueluche selon l'âge, Premières nations et Canada, 1999

Taux d'incidence pour
100 000 habitants



Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; *Rapport sommaire annuel sur les maladies à déclaration obligatoire*, Santé Canada, *Canadian Communicable Disease Report*, vol. 27S6.

Ces facteurs ont contribué à propager la coqueluche à un grand nombre d'adolescents et d'adultes vulnérables, facteurs qui sont devenus une source non négligeable d'infection pour les enfants, entraînant des épidémies récurrentes. Un vaccin plus efficace et comportant moins d'effets indésirables est maintenant disponible (AINC, 2000). Malgré tout, comme l'indiquent les données, les collectivités des Premières nations ont enregistré un taux de coqueluche 3 fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population canadienne en 1999 (tableau 3.2). La figure 3.12 montre les taux de coqueluche selon l'âge pour les deux populations. Le taux déclaré chez les enfants de moins de 1 an des Premières nations était de 491,1 cas pour 100 000 habitants; l'écart le plus important entre les deux populations a été enregistré dans ce groupe d'âge.

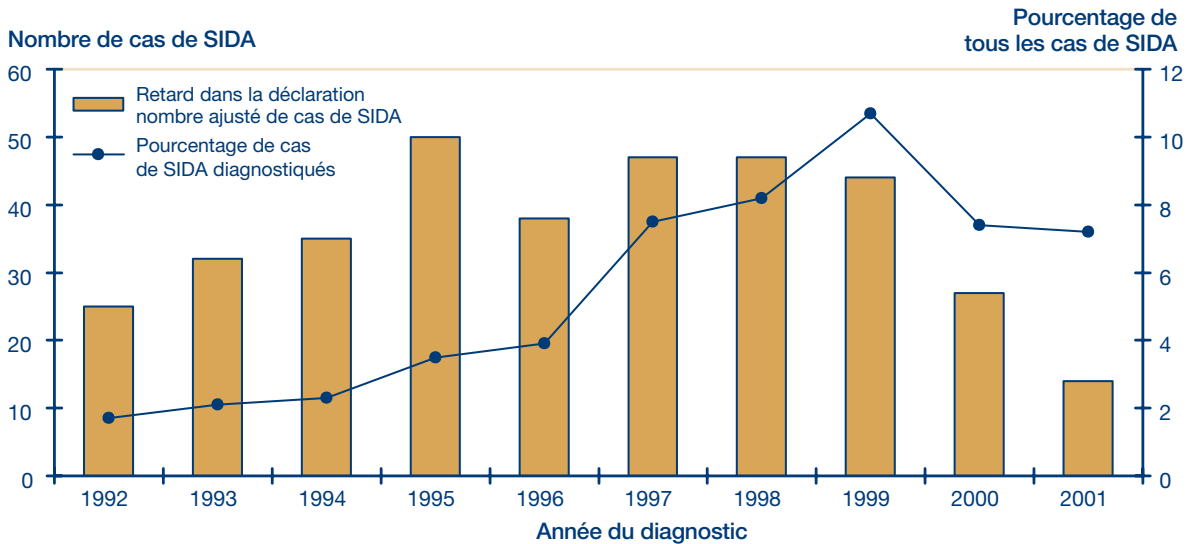
3.3.3 MALADIES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET AGENTS PATHOGÈNES À DIFFUSION HÉMATOGÈNE

Au Canada, 437 cas de SIDA avaient été signalés chez les Autochtones (c'est-à-dire les Premières nations, les Inuits et les Métis) au 31 décembre 2001². La proportion de cas de SIDA chez les Autochtones a grimpé par rapport à tous les cas au Canada avant 1990, passant de 1 % à 7,2 % en 2001 (figure 3.13) (Santé Canada, 2002).

Les proportions d'Autochtones de moins de 30 ans infectés au VIH, qui sont des femmes ou des utilisateurs de drogues injectables, sont toutes plus élevées que les proportions correspondantes chez les non-Autochtones. De 1998 à 2001, environ 605 Autochtones au Canada ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH, soit 25,9 % de tous les cas déclarés au Canada chez les personnes d'origine ethnique connue (AINC, 2000). Il est extrêmement

² Les formulaires de déclaration de cas d'infection au VIH et de SIDA comprennent un champ où les personnes peuvent se déclarer « Autochtone ». Seules les données de la Colombie-Britannique, du Yukon, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador comportent des identificateurs ethniques.

Figure 3.13
Nombre et pourcentage annuels de cas de SIDA, Premières nations et Canada, 1992 à 2001

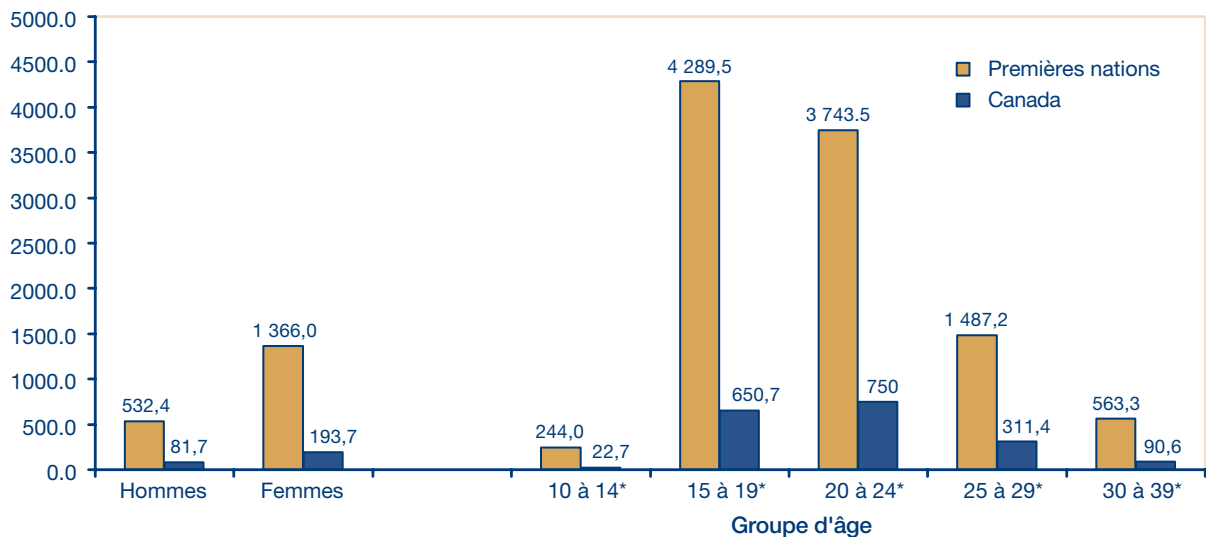


Voir l'annexe 9 pour les données utilisées dans la figure.

Source : Santé Canada, *Le VIH et le SIDA au Canada. Rapport de surveillance se terminant le 31 décembre 2001 ; avril 2002.*

Figure 3.14
Taux de cas déclarés de chlamydia génitale selon le sexe et l'âge, Premières nations et Canada, 1999

Taux d'incidence pour
 100 000 habitants



* Taux des hommes et des femmes combiné.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; *Rapport sommaire annuel sur les maladies à déclaration obligatoire*, Santé Canada, *Canadian Communicable Disease Report*, vol. 27S6.

important de suivre de près les tendances en matière de transmission du VIH et de nouvelles infections, surtout chez les populations à risque élevé comme les peuples autochtones au Canada.

Comme le montre le tableau 3.2, le taux de cas déclarés de chlamydia génitale en 1999 était très élevé chez les Premières nations, soit 947,0 cas pour 100 000 habitants. Affichant un taux de 6 218,5 cas pour 100 000 habitants, les femmes de 15 à 24 ans représentent 54,5 % des cas pour lesquels l'âge et le sexe étaient connus. Ce taux est similaire au taux de l'ensemble de la population canadienne, soit 52,9 % des cas déclarés visaient des femmes de 15 à 24 (Santé Canada, 2001e). Les taux de chlamydia selon le sexe et l'âge pour les populations des Premières nations et du Canada sont présentés dans la figure 3.14 et indiquent une hausse dans toutes les catégories chez les Premières nations. Selon l'âge, l'écart le plus marqué entre deux populations est observé dans le groupe d'âge des 15 à 19 ans. En Australie, on a observé également des taux élevés de maladies transmissibles sexuellement dans les populations

autochtones, par exemple, le taux de chlamydia était 8 fois supérieur à celui de la population non autochtone, tandis que le taux de gonorrhée était 19 fois plus élevé (Australian Indigenous HealthInfoNet, 2002).

La chlamydia génitale qui n'est pas traitée peut provoquer des complications graves, comme une pelvipéritonite, l'infertilité et un risque accru de grossesse ectopique (Westrom et autres, 1992). Les récentes percées technologiques ont permis d'améliorer les tests de dépistage et les régimes de traitement de la chlamydia. La nouvelle dose unique d'azithromycine par voie buccale est plus efficace que l'ancien régime multidose, puisque ce médicament respecte le traitement à 100 % (Kingston et Carlin, 2002).

Le taux de cas déclarés d'hépatite C chez les Premières nations est un peu plus élevé que celui de l'ensemble de la population canadienne (tableau 3.2). On présume que le taux réel de prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) est considérablement sous-évalué dans certaines régions (Ribben et autres, 2000).

Tableau 3.8
Pourcentage de cas déclarés d'hépatite C selon l'âge des 20 à 59 ans,
Premières nations et Canada, 1999

Groupe d'âge	Premières nations, dans les réserves (en pourcentage)	Canada (en pourcentage)
20 à 29	31,0	12,6
30 à 39	34,7	32,5
40 à 59	17,8	44,9

Comprend seulement les cas pour lesquels l'âge de la personne est connu.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; *Rapport sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire*, Santé Canada, *Canadian Communicable Disease Report*, vol. 27S6.

En outre, puisque le VHC est à un stade chronique chez 85 % des adultes atteints et qu'il peut être asymptomatique et non diagnostiqué pendant 20 ans, le taux réel de nouvelles infections est difficile à évaluer dans l'une ou l'autre population (Fondation canadienne du foie, 2000). Une proportion plus élevée de cas d'hépatite C est signalée chez les membres des Premières nations à un âge plus jeune (tableau 3.8).

Les taux relatifs d'infection à l'hépatite C aiguë chez les Autochtones (Premières nations, Inuits et Métis) et les personnes non autochtones nées au Canada ont été évalués en se fondant sur les données de quatre établissements utilisant le système national de surveillance améliorée de l'hépatite C. En 1999 et 2000, l'incidence de l'hépatite C aiguë chez les Autochtones était 8,4 fois supérieure à celle des non-Autochtones pour lesquels des données ont été saisies dans le système de surveillance. La grande

majorité des nouvelles infections chez les Autochtones et les non-Autochtones étaient associées à l'utilisation de drogues injectables³. Des études spéciales et des projets de surveillance ont permis d'obtenir des données sur le VHC dans les groupes qui présentent des risques élevés de transmission et d'exposition. Dans une collectivité essentiellement autochtone de la Saskatchewan, 40,7 % des utilisateurs de drogues injectables étaient VHC positifs (Siushansian et autres, 2000). Une étude des membres des Premières nations qui ont subi des traitements aux centres de désintoxication de la Colombie-Britannique a montré que 18 % des patients avaient obtenu des résultats positifs au test de dépistage des anticorps du VHC (Mathias et autres, 2000). Dans une enquête auprès d'utilisateurs de drogues injectables à Winnipeg, un nombre disproportionné de personnes se sont déclarées Autochtones (Elliott et Blanchard, 1999).

3.3.4 TUBERCULOSE

Les taux de tuberculose dans les Premières nations sont demeurés de 8 à 10 fois supérieurs à ceux de la population canadienne dans les années 1990 (tableau 3.9). Le taux de 61,5 cas pour 100 000 habitants dans les Premières nations en 1999 était en partie imputable à d'importantes éclosions dans plusieurs régions — 41 % des cas de tuberculose ont été contractés dans cinq collectivités. Des taux élevés de tuberculose ont été relevés chez d'autres populations. En Australie, le taux de tuberculose est 4 fois plus élevé chez les peuples autochtones (Australian Indigenous HealthInfoNet, 2002), tandis qu'aux États-Unis, le taux de mortalité attribuable à la tuberculose est plus de 6 fois plus élevé chez les Amérindiens et les Autochtones de l'Alaska (U.S. Indian Health Service, 2000).

Tableau 3.9
Taux normalisé selon l'âge¹ de cas déclarés de tuberculose pour 100 000 habitants et ratio normalisé de morbidité (RNM), Premières nations et Canada, 1990 à 1999²

Année	Premières nations	Canada	RNM (en pourcentage)
1990	69,4	7,2	960
1991	59,5	7,2	830
1992	74,8	7,4	1010
1993	54,3	7,0	780
1994	56,3	7,1	790
1995	53,4	6,5	820
1996	49,0	6,3	780
1997	53,3	6,6	810
1998	41,6	5,9	710
1999	61,5	5,9	1 040

¹ Tous les taux sont normalisés selon la population canadienne de 1996.

² Les chiffres pour le Québec ne sont pas compris dans les taux.

Source : : Santé Canada. *La tuberculose dans les communautés des Premières nations*, 1999. Ottawa : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2001c.

³ Communication privée avec M^{me} Leslie Forrester, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.

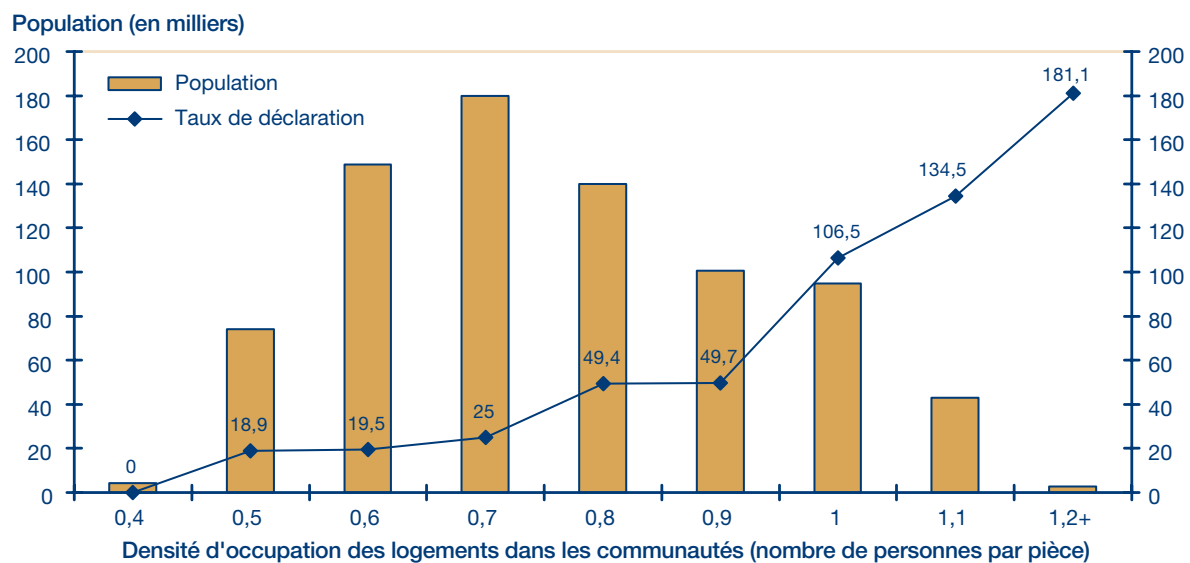
Le cycle de transmission de la tuberculose est exacerbé par les conditions de logements dans bon nombre de collectivités. En effet, les taux d'occupation élevés multiplient les risques d'exposition aux individus infectés à la tuberculose. La figure 3.15 montre le lien entre la densité d'occupation des logements dans les collectivités (le nombre de personnes par pièce) et le taux de cas de tuberculose déclarés (Santé Canada, 2001a). La tuberculose se contracte beaucoup plus dans les collectivités qui présentent des taux d'occupation élevés. Il est également admis que les collectivités dont les logements sont surpeuplés peuvent également être plus susceptibles de présenter d'autres facteurs de risque d'infection à la tuberculose (par exemple, la pauvreté, la toxicomanie, l'éloignement et diverses conditions médicales sous-jacentes) (voir la section 4.3).

3.3.5 MALADIES INTESTINALES, ALIMENTAIRES ET D'ORIGINE HYDRIQUE

Le tableau 3.2 présente les taux de lambliaze, d'hépatite A, de shigellose et d'*Escherichia coli* (*E. coli*) à vérotoxine pour l'ensemble de la population des

Premières nations et de celle du Canada; ces taux ont tendance à être plus élevés chez les enfants (figure 3.16). En 1999, l'incidence de cas déclarés d'infection au virus de l'hépatite A (VHA) chez les enfants des Premières nations (de 0 à 14 ans) était 12 fois supérieure à celle de la population canadienne. Les enfants de 5 à 9 ans présentaient l'incidence la plus importante selon l'âge d'infection au VHA (64,7 cas pour 100 000 habitants). La majorité des infections au VHA chez les enfants de 0 à 6 ans sont asymptomatiques, tandis que les symptômes se manifestent chez la plupart des enfants plus âgés et des adultes infectés au VHA. Lorsque la transmission du VHA est élevée dans une collectivité, mais suffisamment faible pour que l'âge moyen à l'infection soit de plus de 6 ans, la collectivité présente des risques d'éclotions cycliques d'infection au VHA (Shaw et autres, 1990). Des éclotions ont été signalées dans de nombreuses collectivités des Premières nations dans les années 1990, d'où l'élaboration des « Lignes directrices sur l'immunisation contre l'hépatite A » par la DGSPNI et la mise en oeuvre d'un programme d'immunisation dans une région donnée (Santé Canada, 1998; Harb et autres, 2000). Le principal

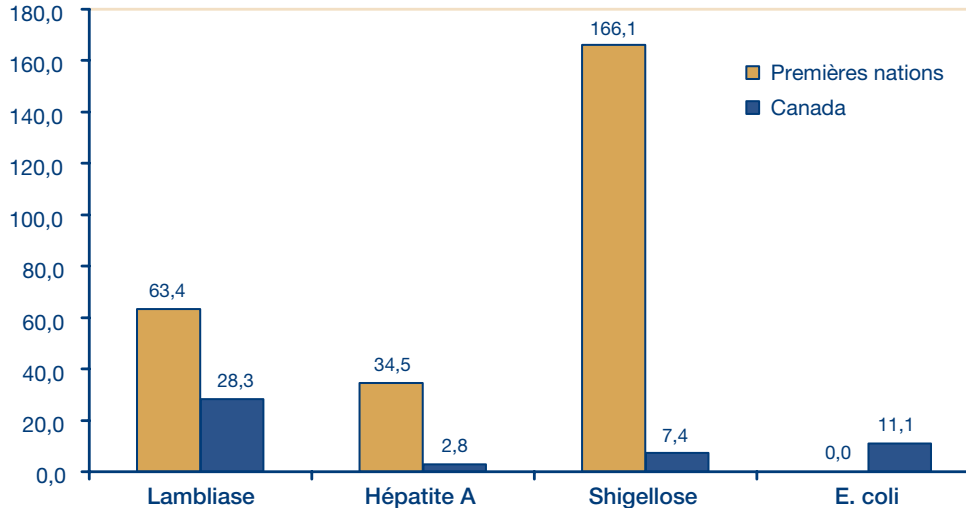
Figure 3.15
Taux de déclaration de cas de tuberculose et de population générale selon la densité de logement communautaire, 1997 à 1999



Source : Santé Canada. *La tuberculose dans les collectivités des Premières nations*, 1999. Ottawa : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2001c

Figure 3.16
Maladies d'origine entérique, alimentaire et hydrique chez les enfants
de 0 à 14 ans, Premières nations et Canada, 1999

Taux d'incidence pour
100 000 habitants



Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits; *Rapport sommaire annuel sur les maladies à déclaration obligatoire*, Santé Canada, *Canadian Communicable Disease Report*, vol. 27S6.

vecteur de transmission du VHA est de personne à personne, habituellement par voie oro-fécale. Le fait d'être exposé aux aliments et à l'eau contaminés au VHA peut également entraîner l'infection, c'est pourquoi les collectivités où les logements sont surpeuplés, où les installations d'évacuation des eaux usées sont inadéquates ou qui n'ont pas de réseau d'aqueduc courent des risques accrus d'éclosions de VHA (Wu et autres, 2001).

Le taux de cas déclarés de shigellose au sein des collectivités des Premières nations en 1999 était près de 20 fois supérieur au taux de l'ensemble du Canada (tableau 3.2). La population des Premières nations où des cas de shigellose ont été signalés représente 1,1 % de la population canadienne. Malgré cela, 23,0 % du total des cas déclarés de shigellose et 47,0 % des cas chez les enfants de 0 à 14 sont attribués aux Premières nations. Exactement 86 % des cas chez les Premières nations en 1999 se rapportaient aux enfants de 0 à 14 ans, tandis que 30 % des

cas chez les non-Autochtones ont été déclarés dans ce groupe d'âge (figure 3.16). Une situation semblable prévaut en Australie, où le taux de shigellose est 13 fois plus élevé dans la population autochtone (Australian Indigenous HealthInfoNet, 2002).

La proportion élevée de cas de shigellose chez les enfants des Premières nations est typique d'une population aux prises avec une propagation épidémique de la maladie. La transmission continue de se produire dans de nombreuses collectivités, soit d'une personne à l'autre ou par voie oro-fécale ou indirectement en ingérant des aliments ou de l'eau contaminés. La transmission est amplifiée lorsque l'alimentation en eau ne permet pas au quotidien le lavage des mains au savon ou si les logements sont surpeuplés. En outre, les risques sont élevés dans les ménages et les collectivités qui n'ont pas de système d'évacuation des eaux usées ou dans lesquels ces systèmes ne satisfont pas aux normes de conception et d'installation établies. Dans les collectivités des

Premières nations du Manitoba (tableau 3.10), les taux plus élevés de shigellose ont été associés aux systèmes d'évacuation des eaux usées inappropriés, aux réseaux d'aqueduc qui ne sont pas conformes aux normes et aux logements surpeuplés (Rosenburg et autres, 1997).

3.4 TAUX DE MORBIDITÉ CHOISIS

Les statistiques sur les congés ou les sorties de l'hôpital servent souvent à examiner les tendances de la morbidité. Au fil du temps, les taux d'hospitalisation pour la population des Premières nations qui vivent dans les réserves⁴ ont été généralement le double de ceux de l'ensemble de la population du Manitoba et de 55 % à 64 % supérieurs aux taux de l'ensemble de la population de la Saskatchewan (figure 3.17). Dans tous les groupes, les taux d'hospitalisation ont diminué au fil du temps, la réduction la plus importante ayant été enregistrée en Saskatchewan (-25 %), suivie des Premières nations dans les réserves (-21 %) et du Manitoba (-14 %).

Tant les membres des Premières nations que dans la population canadienne, les blessures donnent lieu à de nombreuses admissions à l'hôpital. Pour chaque décès attribuable aux blessures, il y a environ 21 cas d'hospitalisation et 320 visites à l'urgence (Sous-comité de la prévention et du contrôle des blessures du Comité consultatif sur la santé de la population, 2001).

Les taux de congés de l'hôpital ou de morbidité pour les blessures intentionnelles sont près de 5 fois plus élevés chez les membres des Premières nations dans les réserves que dans l'ensemble de la population de la Saskatchewan (figure 3.18). Des exemples de blessures intentionnelles comprennent les voies de fait et les tentatives de suicide. L'écart entre les deux populations n'est pas aussi prononcé dans le cas des blessures non intentionnelles (par exemple, les chutes et les accidents routiers), mais le taux brut est tout de même plus élevé de deux tiers chez les membres des Premières nations. Bien que les taux de blessures intentionnelles soient moins élevés que les taux de blessures non intentionnelles, 32 % de toutes les blessures chez les Premières nations (dans les réserves et hors réserves) de la Saskatchewan sont intentionnelles, tandis que seulement 14 % de toutes les blessures sont intentionnelles pour l'ensemble de la population de la Saskatchewan. Aucune autre province n'a été en mesure d'extraire des données sur les causes exogènes de décès (données codées selon la catégorie « blessures » ou données codées E) sur la population des Premières nations.

Les maladies chroniques sont à l'origine de la plupart des cas d'hospitalisation. Pour les principales formes de cancer (du poumon, colorectal et de la prostate), le taux de congés de l'hôpital pour la population des Premières nations dans les réserves est stable et de beaucoup inférieur aux taux provinciaux

Tableau 3.10
Ratio des taux de cas déclarés de shigellose dans les collectivités ayant des déterminants environnementaux donnés, Premières nations du Manitoba, 1992 à 1994

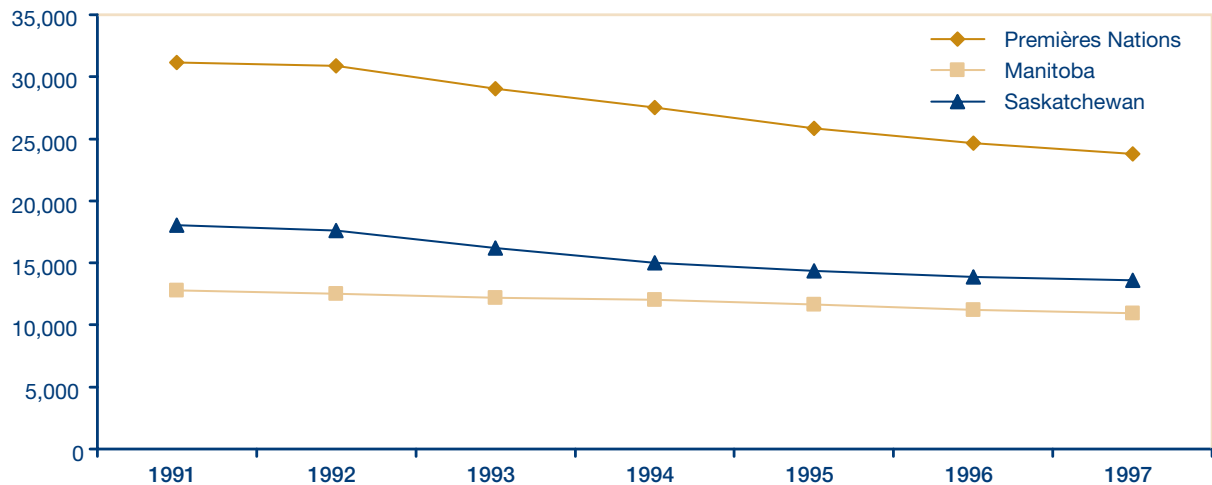
Déterminant	Ratio des taux (intervalle de confiance de 95 %)
Absence par rapport à présence d'un système d'évacuation des eaux usées	2,0 (1,6, 2,6)
Camion au baril par rapport à livraison à l'aide d'un système de tuyauterie	6,0 (3,5, 9,1)
Densité de logement (8,0 personnes et plus par pièce par rapport à 2,3 personnes par pièce)	5,6 (2,0, 15,6)

Source : Adapté de Rosenberg, T.; Kendal, I.O.; Blanchard, J.; Martel, S.; Wakelin, C.; Fast, M. "Shigellosis on Indian reserves in Manitoba: Its relationship to crowded housing, lack of running water, and inadequate sewage disposal." Paru dans *American Journal of Public Health* 1997; 87, p. 1547-51.

⁴ Les statistiques sur les congés de l'hôpital des membres des Premières nations dans les réserves n'étaient disponibles que pour la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba.

Figure 3.17
**Congés de l'hôpital pour toutes les causes, Premières nations¹,
 Manitoba et Saskatchewan, 1991 à 1997**

Taux brut pour
 100 000 habitants

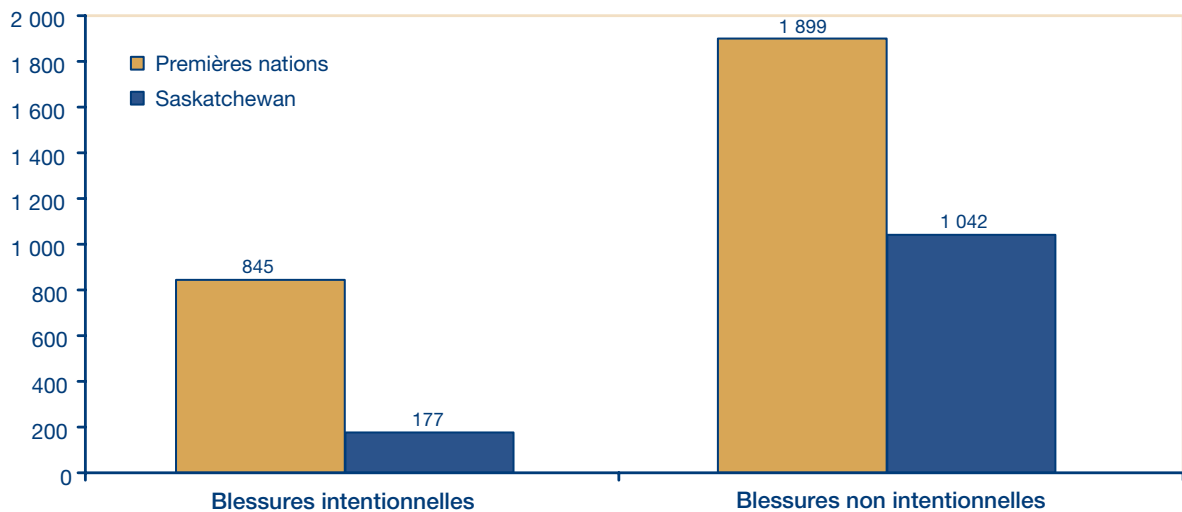


¹ Les Premières nations comprennent la population dans les réserves et hors réserve au Manitoba et en Saskatchewan. Voir l'annexe 10 pour les données utilisées dans la présente figure.

Source : Santé Manitoba; Santé Saskatchewan.

Figure 3.18
**Congés de l'hôpital à la suite de blessures intentionnelles et non intentionnelles en Saskatchewan,
 Premières nations¹ et ensemble de la population, 1997**

Taux brut pour
 100 000 habitant

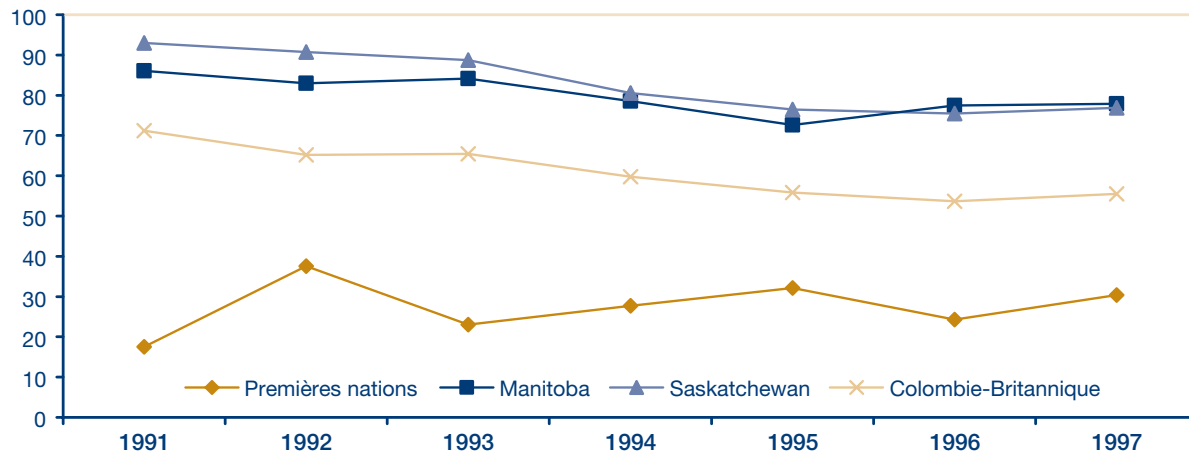


¹ Les Premières nations comprennent la population dans les réserves et hors réserve.

Source : Santé Saskatchewan, base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 3.19
Congés de l'hôpital à la suite d'un cancer colorectal¹, Premières nations,²
Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1991 à 1997

Taux brut pour
100 000 habitants



¹ Le cancer colorectal a été attribué les codes 153, 154 et 159.0 dans la CIM-9.

² Les Premières nations comprennent la population dans les réserves et hors réserve de certaines régions de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba.

Voir annexe 11 pour les données utilisées dans la présente figure.

Source : Santé Manitoba; Santé Saskatchewan, Ministry of Health Planning de la Colombie-Britannique, base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé.

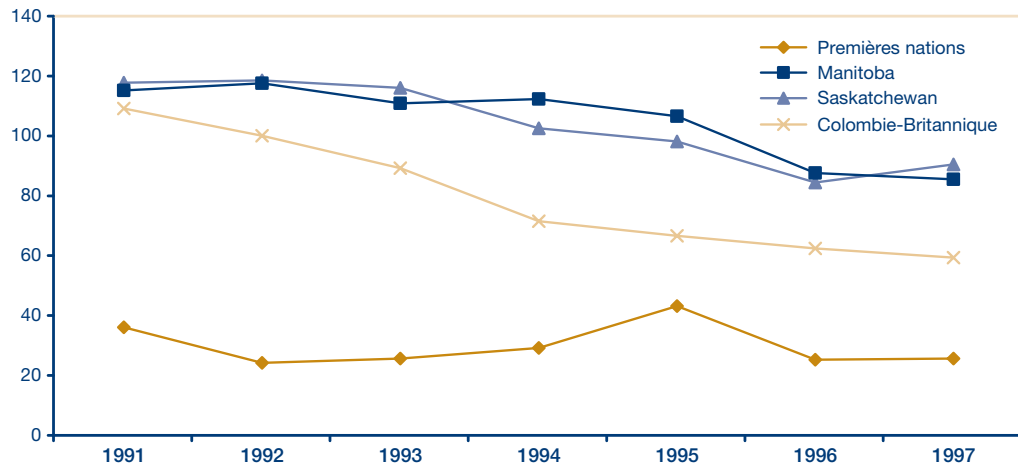
pour l'ensemble de la population de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de la Saskatchewan (figures 3.19 à 3.21). Pour ce qui est du cancer du sein, toutefois, les hospitalisations ont augmenté vers 1995, à un tel point que le taux des Premières nations était presque similaire aux taux provinciaux (figure 3.22). L'augmentation des diagnostics de cancer du sein résulte sans doute d'un effort de dépistage concerté qui a entraîné la multiplication des diagnostics et des traitements dans les provinces (Santé Canada, 2001c), même si on ne sait pas si ces programmes ont eu une incidence sur les femmes des Premières nations. Il faut également souligner qu'il ne s'agit pas de nouveaux diagnostics sur le cancer, mais que les données portent sur les personnes qui ont reçu un traitement durant une année donnée.

Parallèlement au cancer, le taux de congés de l'hôpital pour les maladies cérébrovasculaires ou les accidents cérébrovasculaires chez les Premières nations est inférieur aux taux de toutes les provinces (figure 3.23), mais il a augmenté au cours des dernières années.

Le taux d'hospitalisation pour le diabète chez les Premières nations (figure 3.24) est au moins le double et, dans le cas de la Colombie-Britannique, le triple de celui de l'ensemble de la population de la province. Encore une fois, il ne s'agit pas de nouveaux diagnostics, mais les chiffres expriment le nombre de membres des Premières nations qui devaient être admis à l'hôpital. On doit faire preuve de prudence lorsqu'on utilise les taux d'hospitalisation, car on ne sait pas si ces données signifient qu'un plus grand nombre de membres des Premières nations devraient être admis à l'hôpital ou que chaque membre des Premières nations aurait besoin d'un plus grand nombre d'admissions au cours d'une année donnée. Une forte proportion de personnes qui avaient besoin d'être hospitalisées pour d'autres conditions (46 % des patients ayant subi un accident cérébrovasculaire et 58 % des cas de cardiopathie) souffraient également de diabète (Santé Manitoba, 1997). On peut obtenir des renseignements sur les taux de mortalité liée au diabète dans la section 3.2.1.

Figure 3.20
**Congés de l'hôpital à la suite d'un cancer de la trachée, des bronches et du poumon¹,
 Premières nations², Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1991 à 1997**

Taux brut pour 100 000 habitants



¹ Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon a été attribué le code 162 dans la CIM-9.

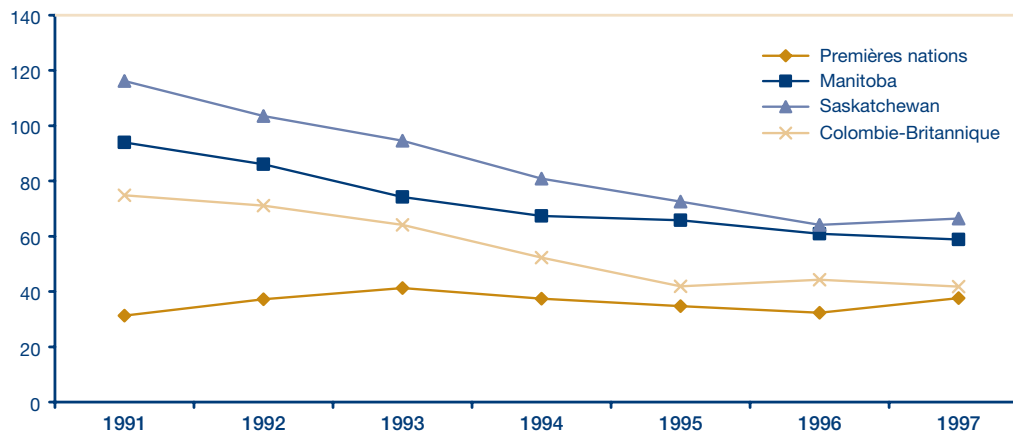
² Les Premières Nations comprennent la population dans les réserves et hors réserve de certaines régions de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba.

Voir l'annexe 11 pour les données utilisées dans la présente figure.

Source : Santé Manitoba; Santé Saskatchewan, Ministry of Health Planning de la Colombie-Britannique, base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 3.21
**Congés de l'hôpital à la suite d'un cancer de la prostate¹, Premières nations², Manitoba,
 Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1991 à 1997**

Taux brut pour 100 000 habitants



¹ Le cancer de la prostate a été attribué le code 185 dans la CIM-9.

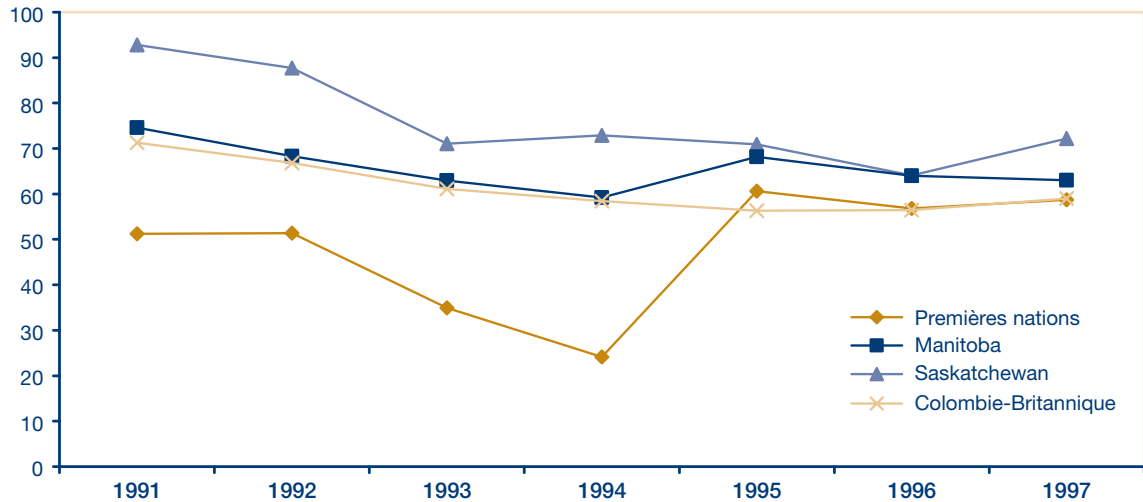
² Les Premières Nations comprennent la population dans les réserves et hors réserve de certaines régions de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba.

Voir l'annexe 11 pour les données utilisées dans la présente figure.

Source : Santé Manitoba; Santé Saskatchewan, Ministry of Health Planning de la Colombie-Britannique, base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 3.22
Congés de l'hôpital à la suite d'un cancer du sein chez les femmes¹, Premières nations²
Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1991 à 1997

Taux brut pour 100 000 habitants



¹ Le cancer du sein chez la femme a été attribué le code 174 dans la CIM-9.

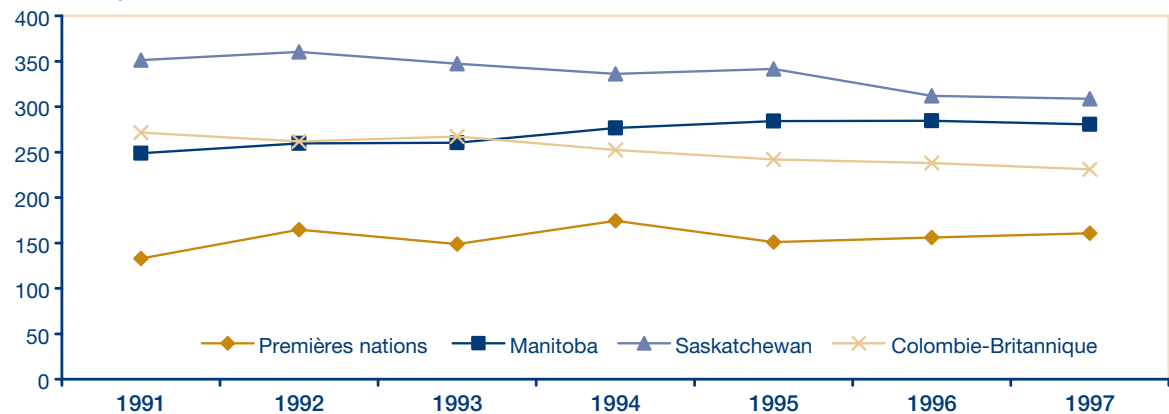
² Les Premières Nations comprennent la population dans les réserves et hors réserve de certaines régions de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba.

Voir l'annexe 11 pour les données utilisées dans la présente figure.

Source : Santé Manitoba; Santé Saskatchewan, Ministry of Health Planning de la Colombie-Britannique, base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 3.23
Congés de l'hôpital à la suite de maladies cérébrovasculaires¹,
Premières nations², Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1991 à 1997

Taux brut pour 100 000 habitants



¹ Les maladies cérébrovasculaires ont été attribuées les codes 430 à 438 dans la CIM-9.

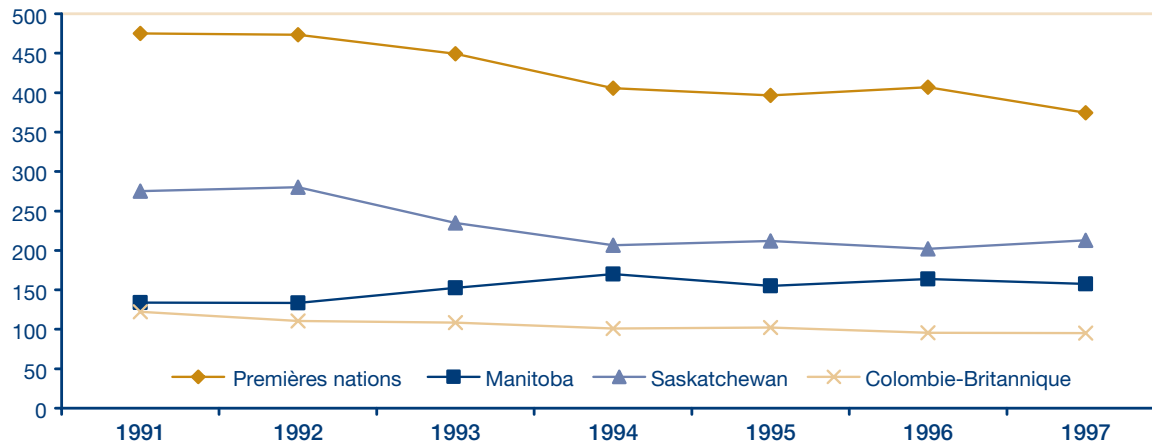
² Les Premières Nations comprennent la population dans les réserves et hors réserve de certaines régions de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba.

Voir l'annexe 11 pour les données utilisées dans la présente figure.

Source : Santé Manitoba; Santé Saskatchewan, Ministry of Health Planning de la Colombie-Britannique, base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 3.24
Congés de l'hôpital en raison du diabète¹, Premières nations², Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1991 à 1997

Taux brut pour 100 000 habitants



¹ Le diabète a été attribué le code 250 dans la CIM-9.

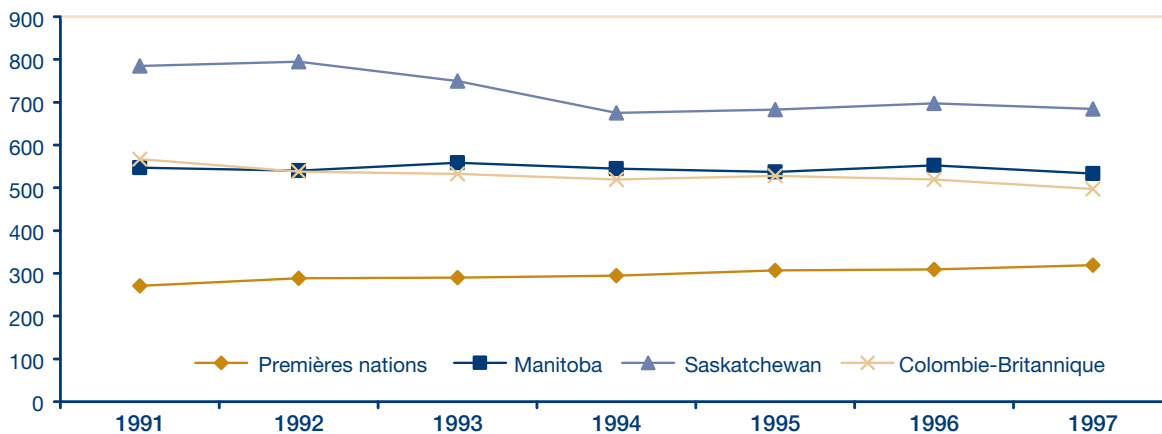
² Les Premières Nations comprennent la population dans les réserves et hors réserve de certaines régions de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba.

Voir l'annexe 11 pour les données utilisées dans la présente figure.

Source : Santé Manitoba; Santé Saskatchewan, Ministry of Health Planning de la Colombie-Britannique, base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 3.25
Congés de l'hôpital à la suite d'une cardiopathie ischémique¹, Premières nations², Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 1991 à 1997

Taux brut pour 100 000 habitants



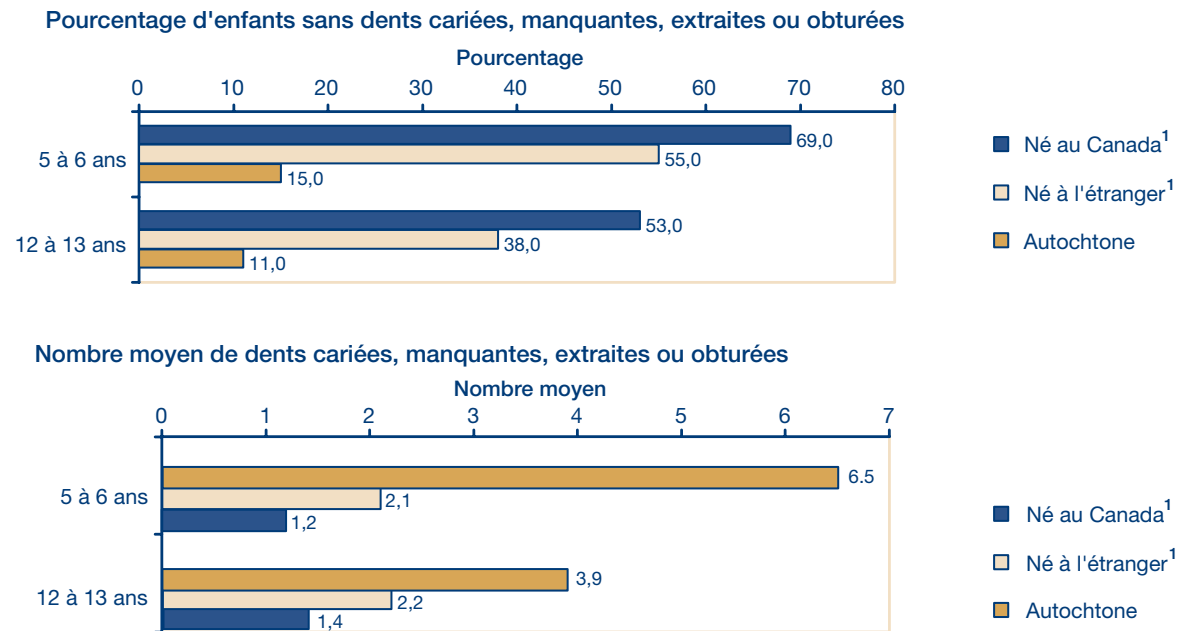
¹ La cardiopathie ischémique a été attribuée les codes 410 à 414 dans la CIM-9.

² Les Premières Nations comprennent la population dans les réserves et hors réserve de certaines régions de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba.

Voir l'annexe 11 pour les données utilisées dans la présente figure.

Source : Santé Manitoba; Santé Saskatchewan, Ministry of Health Planning de la Colombie-Britannique, base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 3.26
État de santé dentaire des enfants de 5 à 6 ans et de 12 à 13 ans en Ontario, 1990 à 1994



Voir l'annexe 6 pour les taux.

¹Ne comprend pas les autochtones canadiens.

Adapté de : Lawrence, H. et J.L. Leake. 2001. "The U.S. Surgeon General's Report on Oral Health in America: A Canadian Perspective. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 67(10), p. 587. www.cda-adc.ca/jcda/vol-67/issue-10/587.html.

Sources : MOH DIS, 1993-94, OHS Enfants autochtones du Canada 1990-91, Leake et Main, 1996.

Le taux d'hospitalisation pour la cardiopathie ischémique (figure 3.25) chez les Premières nations semble être la moitié du taux en Colombie-Britannique et au Manitoba et le tiers de celui de l'ensemble de la population de la Saskatchewan. Comme il s'agit de l'une des principales causes de décès chez les deux populations, on pourrait s'attendre à des taux d'hospitalisation similaires. Toutefois, avant de tirer des conclusions, il faut analyser davantage ces conditions ainsi que l'accès aux soins et aux traitements.

3.5 SANTÉ DENTAIRE

Par rapport à l'ensemble de la population canadienne, les peuples autochtones affichent un taux plus élevé de caries dentaires et de maladies bucco-dentaires. Les facteurs qui peuvent influencer sur ces résultats sont

les suivants : un régime alimentaire à forte teneur en sucre, l'accès aux sources d'eau fluorée, l'accès aux services de prévention et de traitements dentaires (Wein et McIntyre, 1999). Les deux derniers facteurs sont particulièrement évidents dans les régions éloignées du pays.

Le sexe, l'âge, le revenu et la race ou l'ethnicité sont considérés comme des déterminants importants de l'état de santé dentaire (Lawrence et Leake, 2001). Toutefois, le seul indicateur ordinaire de la santé dentaire déclaré par la DGSPNI est le recours aux services dentaires par l'intermédiaire du programme des services de santé non assurés (Santé Canada, 2001d). D'autres enquêtes et études périodiques ont fourni des exposés sommaires sur l'état de santé dentaire des populations des Premières nations et des Inuits (Leake, 1992; Saskatchewan Indian Federated Collège, 2000; Wein et McIntyre, 1999). Par exemple,

L'Enquête sur la santé dentaire des enfants de 1990-1991 menée par la Direction générale des services médicaux a révélé que 91 % des enfants des Premières nations et des Inuits avaient des caries; les enfants de 5 à 6 ans avaient en moyenne 7,8 dents cariées alors que les 12 et 13 ans en avaient, 4,4 (Leake, 1992). L'enquête a également montré une corrélation favorable entre une meilleure santé dentaire et l'accès à l'eau fluorée. Près de 75 % avaient accès à des soins dentaires, tandis que 25 % avaient de toute évidence des besoins qui n'étaient pas satisfaits à cet égard. L'Enquête sur la santé dentaire des enfants des Premières nations et des Inuits de 1996-1997 a révélé des résultats similaires, c'est-à-dire que les enfants autochtones de 6 et 12 ans visés par l'enquête présentaient des taux de caries dentaires (définies comme des dents cariées, manquantes ou obturées) de 2 à 5 fois supérieurs à ceux des enfants non autochtones du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, également visés par l'enquête (Saskatchewan Indian Federated College, 2000).

Dans une étude menée en Ontario, la santé dentaire des enfants autochtones a été comparée à celle de deux populations non autochtones comparables — les personnes nées au Canada et à l'étranger. L'étude a révélé que ces enfants sont de 3 à 4 fois plus susceptibles que les enfants autochtones (dans le cas présent, des Premières nations et des Inuits) d'être exempts de carie. Les taux de caries dentaires étaient de 2 à 5 fois plus élevés chez les enfants autochtones (figure 3.26 et annexe 6) (Lawrence et Leake, 2001).

L'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits de 1997 a révélé qu'environ la moitié des répondants avaient reçu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'enquête (Wein et McIntyre, 1999). Au nombre des services dentaires fournis à la population admissible se trouvaient les soins dispensés par des spécialistes en soins dentaires ainsi que des traitements et des soins préventifs donnés par un dentiste contractuel dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, de même que les services de paiement à l'acte prévus dans le programme des services de santé non assurés (SSNA).

En 1999 et 2000, 38 % des clients du programme des SSNA ont eu recours aux services dentaires, c'est-à-dire qu'ils ont obtenu au moins un service

(Santé Canada, 2001d). Fait intéressant à noter, 44 % des demandeurs de soins dentaires avaient moins de 20 ans, tandis que seulement 2 % avaient plus de 65 ans. En général, un pourcentage plus élevé de femmes que d'hommes ont recours aux services dentaires dans le cadre du programme des SSNA. En 1999, les dépenses liées aux soins dentaires du programme des SSNA ont totalisé 107 millions de dollars. Une bonne partie de cette somme (32,6 millions de dollars) a été engagée pour des traitements de restauration, comme les couronnes et les obturations. Les traitements préventifs de détartrage et de polissage se sont chiffrés à 11,2 millions de dollars, alors que les demandes de remboursement pour les services de diagnostics d'examen et de rayons X ont totalisé 11,1 millions de dollars.

3.6 TABAGISME

D'un point de vue culturel, le tabagisme fait bonne figure au sein des collectivités autochtones (Reading, 1999) en raison des cérémonies traditionnelles et des propriétés spirituelles et médicinales associées au tabac. Son usage non traditionnel pose toutefois un problème, tant chez les populations autochtones que chez les populations non autochtones. Le taux de tabagisme et d'utilisation de tabac à mâcher chez les Premières nations est beaucoup plus important que celui de l'ensemble de la population. L'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, menée par Statistique Canada pour le compte de Santé Canada, a indiqué que le pourcentage de fumeurs au Canada a diminué, passant de 30 % en 1990 à 23 % en 2000.

Selon l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits de 1997, le taux de tabagisme était de 62 % chez les Premières nations et de 72 % chez les Inuits. Parmi les membres des Premières nations et des Inuits qui fument, 60 % ont commencé avant 16 ans (Reading, 1999).

Étant donné les effets néfastes du tabagisme et des décès qui en résultent, il faut de toute évidence que les Premières nations et les Inuits diminuent leur consommation de tabac. Selon les chiffres publiés par la Société canadienne de pédiatrie, « [...] les hommes et les femmes dans les réserves affichent des taux d'accidents cérébrovasculaires de

40 % supérieurs et de cardiopathie de 60 % supérieurs à ceux des autres Canadiens. Le cancer du poumon est une cause majeure de décès — les femmes inuites ont les taux de [cancer] parmi les plus élevés au monde» (Comité de la santé des Indiens et des Inuits et Société canadienne de pédiatrie, 1999).

3.7 TOXICOMANIE

Les enquêtes et la recherche ont constamment montré que l'usage abusif d'alcool et d'autres substances représente un problème majeur au sein des collectivités autochtones. Toutefois, les statistiques courantes et comparables sur les prévalences pour l'ensemble du Canada n'ont pas été établies; il est donc impossible de faire des comparaisons pertinentes. Quoi qu'il en soit, des éléments de preuve sont présentés ci-dessous :

- Une analyse des données sur la mortalité attribuable aux blessures et à l'empoisonnement chez les Premières nations en Saskatchewan de 1985 à 1987 a montré que la consommation d'alcool était en cause dans 92 % des accidents d'automobile, 46 % des suicides chez les 15 à

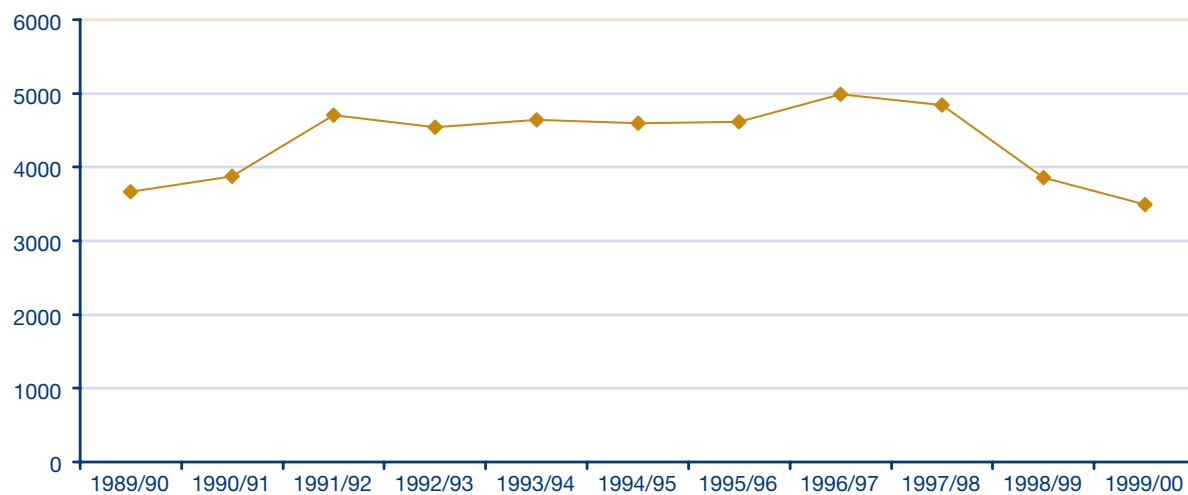
34 ans, 38 % des homicides, 50 % des incendies et noyades mortels, 80 % des expositions mortelles, et 48 % des décès dans la catégorie « autres » (Szabo, 1990).

- En 1985-1986, les peuples autochtones ont eu recours aux centres de traitement de toxicomanie de l'Ontario 6 fois plus que ce qui avait été prévu, compte tenu du nombre d'Autochtones dans la province ou de l'utilisation égale par habitant par les Autochtones et les non-Autochtones (Adrian, 1989).
- L'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991 a révélé que 73 % des répondants des Premières nations étaient d'avis que la consommation d'alcool posait un problème dans leur collectivité, alors que 59 % ont indiqué que l'usage abusif de drogues était un problème (Statistique Canada, 1993).
- Selon la Northwest Territories Alcohol and Drug Survey (enquête sur l'usage d'alcool et de drogues dans les Territoires du Nord-Ouest) de 1996, les Autochtones de 15 ans et plus des Territoires du Nord-Ouest étaient près de 3 fois

Figure 3.27

Nombre de patients admis à un centre de traitement du Programme national de la lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA), 1989-1990 à 1999-2000

Nombre total d'admissions



Voir l'annexe 5 pour les taux.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

plus susceptibles que les résidents non autochtones d'avoir fait usage de marijuana ou de hachisch l'année précédente. Ils étaient également 3,5 fois plus susceptibles d'avoir fait usage de diéthylamide de l'acide lysergique (LSD), d'amphétamine (speed), de cocaïne, de crack ou d'héroïne. En outre, cette population était environ 11 fois plus susceptible d'avoir inhalé des solvants ou des aérosols que les répondants non autochtones, et près de 24 fois plus susceptible que l'ensemble de la population d'avoir fait de même (Bureau de la statistique des Territoires du Nord-Ouest, 1996).

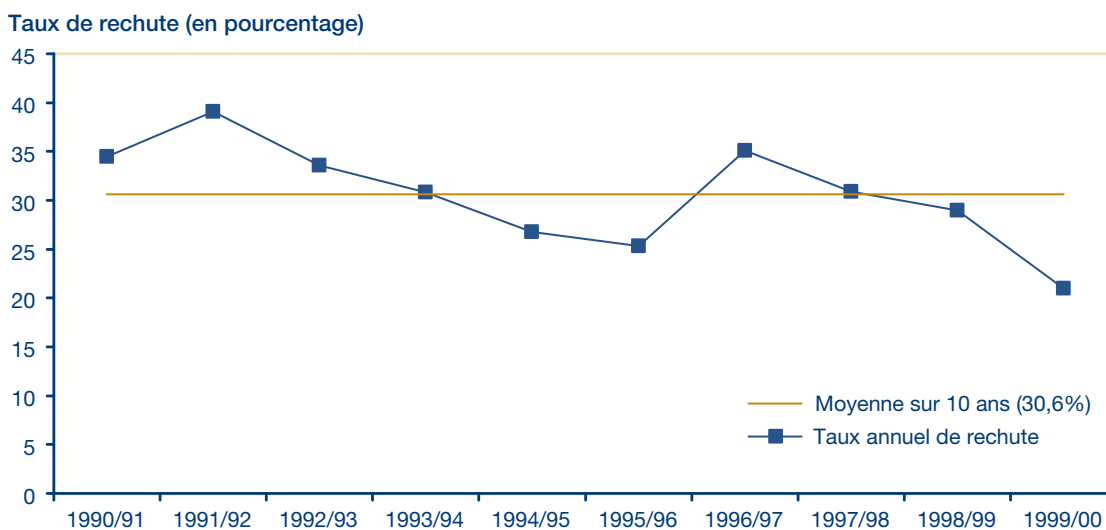
- Plus de la moitié des répondants de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits ont déclaré n'avoir réalisé aucun progrès dans la réduction de leur consommation d'alcool et de drogues entre 1995 et 1997 (Svenson et Lafontaine, 1999).
- Un jeune Autochtone sur cinq a indiqué avoir fait usage de solvants; un usager de solvant sur trois est âgé de moins de 15 ans, et plus de la moitié de ces jeunes ont commencé à utiliser des solvants avant leur 11^e anniversaire (Scott, 1997).

- En 1996-1997, 46 % des personnes hébergées dans les centres de désintoxication et de traitements dans le district de santé de Regina étaient des descendants des Premières nations ou des Métis (Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, 1998). Selon le Recensement de 1996, les Premières nations et les Métis représentent environ 11 % de la population de la Saskatchewan.

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) de Santé Canada compte 53 centres de traitement et 7 centres de traitement d'abus des solvants dans les collectivités des Premières nations et des Inuits au Canada, ainsi que des travailleurs communautaires qui offrent des services de prévention et de promotion. Le nombre annuel d'admissions dans les centres de traitement a fluctué entre 4 500 et 4 700 durant la seconde moitié des années 1990, avant d'atteindre le sommet de 4 987 en 1996-1997 (figure 3.27).

Le taux d'admission a chuté de 30 % en 1999-2000, mais le nombre de lits dans les centres de traitement n'a pas diminué. Les explications possibles comprennent les séjours prolongés qui laissent peu de

Figure 3.28
Taux de rechute établi par les centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA), 1990-1991 à 1999-2000



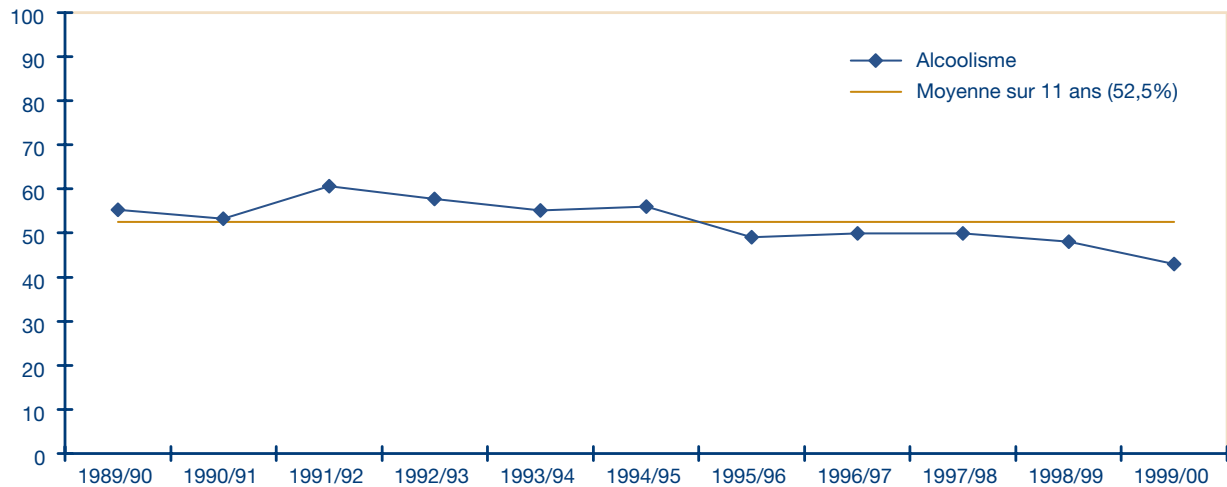
Voir l'annexe 5 pour les taux.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Figure 3.29

Nombre d'admissions pour abus d'alcool en tant que principale substance, dans un centre de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA), 1989-1990 à 1999-2000.

Pourcentage de toutes les admissions



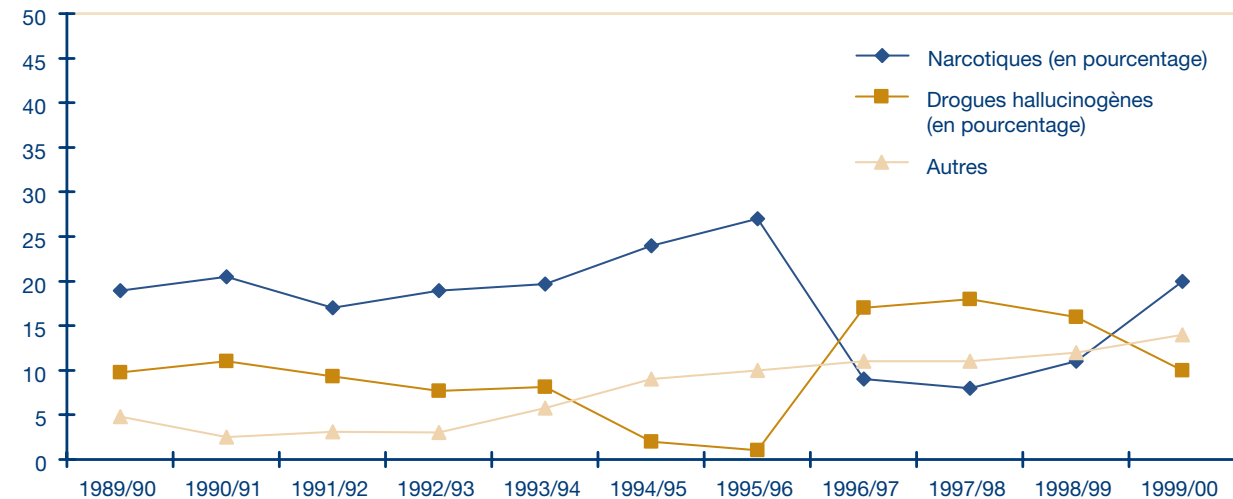
Voir l'annexe 5 pour les taux.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Figure 3.30

Nombre d'admissions pour abus de drogues comme principale substance, dans un Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA), 1989-1990 à 1999-2000.

Pourcentage de toutes les admissions



Voir l'annexe 5 pour les taux.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

nouveaux espaces disponibles chaque année; le remaniement des programmes en vertu duquel certains services changent au fil du temps afin de tenir compte des priorités établies; le profil changeant des clients; et le nombre réduit de réadmissions. Les figures 3.28 à 3.30 ajoutent du poids aux deux dernières hypothèses, comme suit :

- À mesure que diminue le taux d'admission, le taux de rechute baisse également (c'est-à-dire le nombre de clients qui reprennent leur consommation d'alcool ou de drogues après leur traitement). Ce taux a baissé de 40 % entre 1996-1997 et 1999-2000 (figure 3.28).
- Le pourcentage de clients du PNLAADA qui cherchent à obtenir des traitements pour l'alcoolisme — la majorité des admissions durant la période de 1989-1990 à 1999-2000 — a chuté depuis 1996-1997, le taux le plus faible enregistré depuis 11 ans (43 %) (figure 3.29).
- Le pourcentage de clients du PNLAADA ayant déclaré faire usage de drogues hallucinogènes et d'autres drogues non-stupéfiantes comme substances primaires est en hausse depuis le milieu des années 1990, passant de 10 % à 14 % en 1999-2000. Entre-temps, le pourcentage de clients qui font usage de stupéfiants a diminué, se situant à 27 % en 1995-1996. Toutefois, les données de 1999-2000 semblent indiquer que l'abus de stupéfiants connaît un regain ces dernières années (figure 3.30).

3.8 SANTÉ DES INUITS

À l'heure actuelle, on extrait des systèmes administratifs une petite quantité de données sur la santé des Inuits. Par ailleurs, on ne recueille pas systématiquement des données et on ne transmet pas de renseignements dans ce domaine à la DGSPNI de Santé Canada. La seule information qui existe est tirée des recensements ou d'enquêtes spéciales (par exemple, l'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991 de Statistique Canada) ainsi que des recherches universitaires. Les secteurs de compétences du Québec, de Terre-Neuve-et-Labrador, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut déclarent des données sur la santé de tous leurs résidents, sans toutefois

distinguer les données sur les Inuits. Par conséquent, le présent rapport ne comprend pas de données sur les naissances et les décès des Inuits. On présente ci-dessous un aperçu sommaire des données sur la santé des Inuits qui ont été publiées par le passé.

- Selon le Recensement de 1996, le Canada compte 41 000 Inuits, dont 60 % avaient moins de 25 ans au moment du recensement. L'espérance de vie des Inuits est inférieure à celle des Premières nations. Au Nunavut, en 1999, l'espérance de vie déclarée des Inuits est de 67,7 ans pour les hommes et de 70,2 ans pour les femmes (Ministère de la santé et des services sociaux du Nunavut, 2002). Par contre, au Nunavik, au Nord du Québec, l'espérance de vie des hommes inuits est de 65 ans alors qu'il est de 64 ans pour les femmes inuites (Hodgins, 1997).
- Comme dans le cas des Premières nations, le taux de grossesse et de naissance chez les adolescentes inuites est plus élevé que celui de l'ensemble de la population canadienne. Dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, le taux était de 61,8 grossesses déclarées pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans en 2000 (Archibald et Grey, 2000).
- Le taux de mortalité infantile dans le Nunavik, au Nord du Québec, qui représente 25,5 décès pour 1 000 naissances vivantes au cours de la période de 1990 à 1994, dépasse celui des Premières nations. Bien qu'il soit très élevé, le taux du Nunavik connaît un repli depuis les 50 dernières années (Hodgins, 1997).

Les données disponibles sur le diabète des Inuits sont peu concluantes, ce qui permet de croire que le diabète épidémique n'a pas tellement de répercussions sur cette population (Santé Canada, 2000a). Dans l'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991, le taux de prévalence du diabète chez les Inuits était de 1,9 % (MacMillan et autres, 1996). En 1997, selon l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, les Inuits du Labrador affichaient un taux de 4,0 %, qui était plus élevé que le taux canadien comparable (Commission de la santé des Inuits du Labrador, 1999). Les facteurs de risque tels que l'obésité et une pauvre condition physique, se sont accrues chez les collectivités des

Inuits et sont considérés comme des avertissements hâtifs, en l'absence de données se rapportant aux Inuits sur les taux de diabète ainsi que les complications et les tendances qui en découlent (Inuit Tapirisat du Canada, 1999).

Comme c'est le cas d'autres populations, les blessures sont la principale cause de décès chez les Inuits. Un examen de la mortalité chez les Inuits du Nunavik a montré que 55 % des hommes et 27 % des femmes décèdent des suites de leurs blessures (Hodgins, 1997).

On a établi que le suicide constitue la priorité majeure en matière de santé chez les Inuits (Inuit Tapiriit Kanatami, Ministère de la santé, 2002). Le taux global de suicide déclaré chez les Inuits est de 79,0 décès pour 100 000 habitants, ce qui fait contraste avec le taux brut de mortalité de 32,2 décès chez les Premières nations (voir la section 3.2.5) et de 13,2 décès du Canada (données de 1996). Ce taux est tout de même inférieur au taux de 82 suicides pour 100 000 habitants déclaré dans la région du Nunavik, selon des données de 1991 à 1995 (Hodgins, 1997).

Fait particulier aux Inuits du Labrador, la même enquête a révélé un taux de prévalence du tabagisme de 65 % (63 % chez les hommes et 67 % chez les femmes), et 46 % des fumeurs ont commencé à fumer avant l'âge de 16 ans. Toujours selon l'enquête, chez les Inuits du Labrador, 76 % des hommes et 52 % des femmes fument plus de 12 cigarettes par jour (Reading, 1999).

Les Inuits qui vivent dans les collectivités du Nord ne sont pas à l'abri des éclosions de maladies transmissibles. Bien qu'il n'existe pas de données propres aux Inuits, les taux de chlamydia, de coqueluche et de tuberculose pour les Territoires du Nord-Ouest sont souvent beaucoup plus élevés que les taux canadiens pour ces maladies (Santé Canada, 2002). À l'heure actuelle, il n'existe pas de données sur ces maladies pour le Nunavut.

3.9 INCIDENCE SUR LES COLLECTIVITÉS

En 1999, les taux bruts de mortalité des Premières nations avaient diminué pour ce qui est des principales causes de décès, c'est-à-dire les blessures et l'empoisonnement, les maladies du système circulatoire, le

cancer et les maladies du système respiratoire, comparativement aux taux enregistrés de 1991 à 1993. Néanmoins, à l'exception du cancer, les taux normalisés selon l'âge pour les Premières nations étaient supérieurs aux taux canadiens comparables. Du point de vue des services de santé, il faut faire preuve d'une certaine prudence concernant le déclin de ces taux de mortalité, car les progrès médicaux ont permis de sauver la vie de personnes qui, par le passé, auraient succombé à des conditions fatales. Dans ces cas, la demande de services de santé a augmenté parce qu'il faut maintenant assurer des soins ou des traitements pour les maladies qui sont devenues chroniques.

Les maladies du système circulatoire, le cancer et le diabète sont à l'origine de plus de 40 % des décès chez les Premières nations. Ces problèmes de santé chroniques représentent un fardeau considérable pour les personnes atteintes, qui voient leurs activités réduites et qui ont besoin de soins personnels. À mesure que s'accroît l'espérance de vie, comme on l'indique au chapitre 2, on prévoit que les maladies chroniques et la prévalence de l'incapacité augmenteront. Quant aux Premières nations, le fardeau sur le système de soins de santé s'alourdira, puisque toutes les facettes des services, allant des soins primaires aux soins hospitaliers, seront en cause, tout comme les soins à domicile et communautaires, la sensibilisation et la promotion touchant la santé ainsi que les services de réadaptation et de santé mentale. Il faudra tisser des liens ou les améliorer entre les systèmes de santé communautaires et provinciaux afin de jeter un pont entre les secteurs de compétence et d'assurer un continuum de soins aux particuliers.

En outre, les programmes d'intervention hâtive, comme les tests de dépistage communautaires, peuvent permettre de diagnostiquer les maladies chroniques ou les complications à un stade précoce. Des exemples comprennent : les tests de PAP et les examens mammographiques en vue de dépister le cancer; les examens de la vue, cardiovasculaires et rénaux pour détecter les complications associées au diabète et les tests d'hypertension et de cholestérol pour dépister les maladies cardiovasculaires. Un autre exemple d'intervention hâtive est le programme de lutte contre le tabagisme qui met l'accent sur la prévention auprès des jeunes des Premières nations avant même que ces derniers aient commencé à fumer.

BIBLIOGRAPHIE

ADRIAN, M. 1989, *Statistics on Alcohol and Drug Use in Canada and Other Countries, Volume 1: Statistics on Alcohol Use — Data Available for 1988*, Toronto, Addictions Research Foundation.

AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. 2000, *Analyse des conditions socioéconomiques de 1991 et de 1996*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

ALBERMAN E. 1994, « Low birth weight and prematurity », paru dans *The Epidemiology of Childhood Disorders*, I.B. Pless, New York, Oxford University Press.

ANAND, S.S., et autres. 2001, « Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among Aboriginal people in Canada: the Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP) », *Lancet*, vol. 358, p. 1147 à 1153.

ARCHIBALD, L., et R. GREY. 2000, *Evaluation of Models of Health Care Delivery in Inuit Regions*, Inuit Tapirisat du Canada.

ASSEMBLÉES DES PREMIÈRES NATIONS. 1999, *Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)*, fiche d'information. Adresse Internet : <http://www.afn.ca/Programs/Health%20Secretariat/factsheets/FS-SIDS-e.pdf> (site consulté en juin 2002).

_____. *First Nations Health Priorities*. Adresse Internet : <http://www.afn.ca/Programs/Health%20Secretariat/First%20Nations%20Health%20Priorities.htm> (site consulté en juin 2002).

AUSTRALIAN INDIGENOUS HEALTHINFO.NET. 2002, *Summary of Indigenous Health*. Adresse Internet : http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/html/html_keyfacts/keyfacts_summary.htm (site consulté en juin 2002).

BAND, P.R., et autres. 1992, « Rate of death from cervical cancer among Native Indian women in British Columbia », *Journal of the Canadian Medical Association*, vol. 147, p. 1802 à 1804.

BARKER, D.J.P., et P.M. CLARK. 1997, « Fetal undernutrition and disease in later life », *Reviews of Reproduction*, vol. 2.

BOBET E. 1997, *Diabetes among First Nations People: Information from the 1991 Aboriginal Peoples Survey carried out by Statistics Canada*, Ottawa.

BRITISH COLUMBIA VITAL STATISTICS AGENCY. 1999, *Status Indian Trend Analysis by Four Areas: Over the Period 1987 to 1997*. Rapport rédigé pour le compte de la Direction générale des services médicaux, Santé Canada, Vancouver.

_____. 1998, *Quarterly Digest*, vol. 7, n° 4. Adresse Internet : http://www.vs.gov.bc.ca/stats/quarter/q4_97 (site consulté en juin 2002).

BUREAU DE LA STATISTIQUE DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST. Novembre 1996, *1996 NWT Alcohol and Drug Survey: Rates of Use for Alcohol, Other Drugs and Tobacco*. Adresse Internet : <http://www.stats.gov.nt.ca/Stainfo/Health/alcdrug/report.html> (site consulté en juin 2002).

CHANDLER, M.J., et C. Lalonde. 1998, « Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations », *Transcultural Psychiatry*, vol. 35, n° 2.

CLARKE, H.F., et autres. 1998, « Reducing cervical cancer among First Nations women », *Canadian Nurse*, vol. 94, n° 3, p. 36 à 41.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. 1999, *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL SUR L'IMMUNISATION. 2000, « Statement on adult/adolescent formulation of combined acellular pertussis, tetanus, and diphtheria vaccine », *Canadian Communicable Disease Report*, vol. 26, n° ASC-1, p. 1 à 8.

COMITÉ DE LA SANTÉ DES INDIENS ET DES INUITS, et SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. 1999, « Tobacco Use among Aboriginal children and youth », *Paediatrics and Child Health*, vol. 4, n° 4, p. 277 à 281.

COMMISSION DE LA SANTÉ DES INUITS DU LABRADOR. 1999, *What you told us in the Health Survey*, vol. 1, p. 1 à 6.

DEAN, H., R. MUNDY, et M. MOFFAT. 1992, « Non-insulin dependent diabetes mellitus in Indian children in Manitoba », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 147, p. 52 à 57.

DYCK, R.F., H. KLOMP, et L. TAN. 2001, « From 'Thrifty Genotype' to 'Hefty Fetal Phenotype': The Relationship Between High Birthweight and Diabetes in Saskatchewan Registered Indians », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 92, n° 5, p. 340 à 344.

EDWARDS, R.W., et R. MADDEN. 2001, *The Health and Welfare of Australia's Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples 2001*, Canberra, Australian Bureau of Statistics.

ELLIOTT, L., et J. BLANCHARD. 1999, *The Winnipeg Drug Injection Epidemiology (W.I.D.E.) Study: A Study of the Epidemiology of Injection Drug Use and HIV Infection in Winnipeg, Manitoba*, Winnipeg, Santé publique et épidémiologie, Santé Manitoba.

FINE, P.E.M. 1993, « Herd Immunity: History, theory, practice », *Epidemiological Review*, vol. 15, p. 265 à 302.

FONDATION CANADIENNE DU FOIE. 2000, « Hepatitis C: Medical information update », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 91, suppl. 1, p. S4 à S9.

HALES, C.N., et D.J.P. BARKER. 1992, « Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus: the thrifty phenotype hypothesis », *Diabetologia*, vol. 35, p. 595 à 601.

- HARB, J., et autres. 2000, « Hepatitis A in the northern interior of British Columbia: An outbreak among members of a First Nations community », *Canadian Communicable Disease Report*, vol. 26, p. 157 à 161.
- HARRIS, S., B. PERKINS, et E. WHALEN-BROUGH. 1996, « Non-insulin-dependent diabetes mellitus among First Nations children », *Canadian Family Physician*, vol. 42, p. 869 à 876.
- HARRIS, S.B., et autres. 1997, « The epidemiology of diabetes in pregnant Native Canadians. A risk profile », *Diabetes Care*, septembre, vol. 20, n° 9, p. 1422 à 1425.
- HODGINS S. 1997, *Health and what affects it in Nunavik: how is the situation changing?*, Kuujuaq, Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
- HULL, J. 2000, *Aboriginal Postsecondary Education and Labour Market Outcomes, Canada 1996*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- INDIAN HEALTH SERVICE. 2000, *Indian Health Service FY 2001 Performance Plan et FY 1999 Performance Report*. 2000. Adresse Internet : http://www.ihs.gov/adminmngrrsources/budget/downloads/FY_2002/GPRA_2002/GPRA_P40_100.pdf (site consulté en juin 2002).
- INUIT TAPIRISAT DU CANADA. 1999, *Discussion Paper on Diabetes as it Relates to Inuit in Canada*, juin, Ottawa, Inuit Tapirisat du Canada.
- INUIT TAPIRIIT KANATAMI. MINISTÈRE DE LA SANTÉ. 2002. Adresse Internet : <http://www.itk.ca/english/itk/departments/health/index.htm> (site consulté en juin 2002).
- KINGSTON, M., et E. CARLIN. 2002, « Treatment of sexually transmitted infections with single dose therapy. A double-edged sword », *Drugs*, vol. 62, p. 871 à 878.
- LAWRENCE, H.P., et J.L. LEAKE. 2001, « The US Surgeon General's Report on Oral Health in America: A Canadian Perspective », *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 67, n° 10, p. 587.
- LEAKE, J.L. 1992, *Report on the Oral Health Survey of Canada's Aboriginal Children Aged 6 and 12*, Toronto, Department of Community Dentistry, Université de Toronto.
- LEMCHUK-FAVEL L.T. 1996, *Tendances relatives aux taux de mortalité des Premières nations*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- MACMILLAN, H., et autres. 1996, « Aboriginal Health », *Journal of the Canadian Medical Association*, vol.155, p. 1569 à 1578.
- MATHIAS, R.G., et autres. 2000, *AIDS, hepatitis and HTLV infections at First Nations Drug and Alcohol Treatment Centres, British Columbia, 1992-1999*. Rapport présenté à la Direction générale des services médicaux, Santé Canada, région du Pacifique.
- MCCANCE, D.R., et autres. Avril 1994, « Birthweight and non-insulin dependent diabetes: thrifty genotype, thrifty phenotype, or surviving small baby genotype? », *BMJ*, vol. 9, n° 308, p. 942 à 945.
- MCGOVERN, K., et autres. 1994, *Medical Services Branch 1993 Immunization Study*. Rapport préparé pour le compte de la Direction générale des services médicaux, Santé Canada, le 27 juin.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVUT. 2002, *Report on Comparable Health Indicators for Nunavut and Canada*, Iqaluit, gouvernement du Nunavut.
- MOFFATT, M.E., D. GRAY, et B.D. POSTL. 1988, « Sudden infant death syndrome in Manitoba. Confirmation of high rates for Indians », *Arctic Medical Research*, vol. 47, suppl. 1, p. 526 à 528.
- READING, J. 1999, « The Tobacco Report », paru dans *l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits*, Ottawa, Comité directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, p. 87 à 136.
- RÉSEAU COMMUNAUTAIRE CANADIEN D'ÉPIDÉMIOLOGIE DES TOXICOMANIES. 1998, *Regina Report 1997*. Adresse Internet : <http://ccsa.ca/ccendu/Reports/1997Regina.htm> (site consulté en juin 2002).
- RIBEN, P., et autres. 2000, « Hepatitis C in Canada's First Nations and Inuit populations: an unknown burden », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 91, suppl. 1, p. S16 à S17.
- ROBERTSON, S.E., et autres. 1997, « Control of rubella and congenital rubella syndrome (CRS) in developing countries, part 2: Vaccination against rubella », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 75, p. 69 à 80.
- ROSENBERG, T., et autres. 1997, « Shigellosis on Indian reserves in Manitoba: Its relationship to crowded housing, lack of running water, and inadequate sewage disposal », *American Journal of Public Health*, vol. 87, p. 1547 à 1551.
- SANTÉ CANADA. Avril 2002, « Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada : une question pressante », *Actualités en épidémiologie sur le VIH-SIDA*, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.
- _____. 2001a, *La tuberculose dans les communautés des Premières nations, 1999*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- _____. 2001b, *Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les Autochtones du Canada*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- _____. 2001c, *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada, Rapport de 1997-1998*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- _____. 2001d, *Rapport annuel sur le programme des services de santé non assurés 1999-2000*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- _____. 2001e, « Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire », *Canadian Communicable Disease Report*, vol. 27, n° S6, p. 1 à 147.

- _____. 2000a, *Le diabète dans les populations autochtones du Canada : les faits*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- _____. 2000b, *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2000*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- _____. 2000c, *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2000*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- _____. 1999, *Le diabète au Canada : Statistiques nationales et possibilités d'accroître la surveillance, la prévention et la lutte*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- _____. 1998, *Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population*, Regina, Planning and Evaluation Unit, Région de la Saskatchewan, Direction générale des services médicaux.
- _____. *Maladies à déclaration obligatoire en direct*. Adresse Internet : http://cythera.ic.gc.ca/dsol/ndis/index_f.html (site consulté en juin 2002).
- SANTÉ MANITOBA. 1999, *Diabetes: A Manitoba Strategy*, Comité directeur sur le diabète, Santé Manitoba.
- _____. 1997, *Epidemiology of diabetes in First Nations*, Epidemiology and Diabetes Units, Santé Manitoba.
- SASKATCHEWAN INDIAN FEDERATED COLLEGE, NATIONAL SCHOOL OF DENTAL THERAPY. 2000, *Report on the 1996-1997 Oral Health Survey of First Nations and Inuit Children in Canada*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- SCHIEFELE, D., et autres. 2001, « Historic low *Haemophilus influenzae* type b case tally — Canada 2000 », *Canadian Communicable Disease Report*, vol. 27, p. 149 à 150.
- SCOTT, K. 1997, « Indigenous Canadians », dans *Canadian Profile 1997: Alcohol, Tobacco and Other Drugs*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- SEMENCIW, R.M., et autres. 1986, « Risk Factors for Postneonatal Mortality: results from a Record Linkage Study », *International Journal of Epidemiology*, vol. 77, p. 269 à 273.
- SHAH, B.R. J.E. HUX, et B. ZINMAN. 2000, « Increasing rates of ischemic heart disease in the native population of Ontario, Canada », *Archives of Internal Medicine*, vol. 160, n° 12, p.1862 à 1866.
- SHAW, F.E. Jr., et autres. 1990, « Hepatitis transmission among the Sioux Indians of South Dakota », *American Journal of Public Health*, vol. 80, p. 1091 à 1094.
- SIUSHANSIAN, J., et autres. 2000, *Northern Exposures: HIV and HCV spread among injection drug users in small Canadian community*. Document présenté lors de la XIII International Conference on AIDS, tenue à Durban, Afrique du Sud, du 9 au 14 juillet.
- SOUS-COMITÉ DE LA PRÉVENTION ET DU CONTRÔLE DES BLESSURES DU COMITÉ CONSULTATIF SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. Juin 2001, *National Priorities for Injury Prevention and Control: A Discussion Paper*. Version provisoire.
- SOUTH AUSTRALIAN CANCER REGISTRY. 1997, *Epidemiology of cancer in South Australia*, Adelaide, South Australian Cancer Registry.
- STATISTIQUE CANADA. 2002, *Rapport sur l'état de la population du Canada*, Ottawa, produit n° 91-209-XPB au catalogue de Statistique Canada.
- _____. 1999a, *Aperçu des statistiques sur la santé*, Ottawa, produit n° 82F0075XCB au catalogue de Statistique Canada.
- _____. 1999b, *Indicateurs de la santé*, Ottawa, produit n° 82-221-XCB au catalogue de Statistique Canada.
- _____. 1993, *Langue, tradition, santé, habitudes de vie et préoccupations sociales : Enquête auprès des peuples autochtones de 1991*, produit n° 89-533-XPB au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministère de l'Approvisionnement et des Services Canada.
- _____. 1991, *Enquête auprès des peuples autochtones*, Ottawa, produit n° 89-535-XPB au catalogue de Statistique Canada. Cité dans *Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People*, Direction générale des services médicaux, Santé Canada (non publié).
- SVENSON, K.A., et C. LAFONTAINE. 1999, « The Search for Wellness », chapitre 6, dans *l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits*, Ottawa, Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, p. 181 à 216.
- SZABO, E.L. 1990, *A Study of Mortality Related to Alcohol Use Among the Status Indian Population of Saskatchewan*. Document présenté lors du 8th International Congress on Circumpolar Health, tenu à Whitehorse, Yukon, du 20 au 25 mai.
- SZATHMARY, E. 1994, « Non-insulin dependent diabetes mellitus among aboriginal North Americans », *Annual Reviews of Anthropology*, vol. 23, p. 457 à 482.
- U.S. INDIAN HEALTH SERVICE. 2000, *Trends in Indian Health*, [8 dossiers]. Adresse Internet : ihs.gov/PublicInfo/Publications/trends98/trends98.asp (site consulté en juin 2002).
- VANLANDINGHAM, M.J., et autres. 1988, « Birthweight-specific Infant Mortality for Native Americans compared with Whites, Six States, 1980 », *American Journal of Public Health*, vol. 78, n° 5, p. 499 à 503.
- WEIN, F., et L. MCINTYRE. 1999, « Health and Dental Services for Aboriginal People », dans *l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits*, Ottawa, Comité directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, p. 217 à 245.

WESTROM, L., et autres. 1992, « Pelvic Inflammatory Disease and fertility: cohort study of 1,844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopy », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 19, p. 185 à 192.

WHITEHEAD, S., et autres. 1996, *Developing an Injury Morbidity and Mortality Profile in the Sioux Lookout Zone: 1992-1995*. Projet appuyé par le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes.

WU, J., S. ZOU, et A. GIULIVI. 2001, « Hepatitis A and Its Control », *Canada Communicable Disease Report*, vol. 27, n° S3.

WU, X.C., et autres. 2002, *Cancer in North America 1995-1999, Volume One, Incidence*, Springfield, North American Association of Central Cancer Registries.

YOUNG, T.K., et autres. 1999, « Chronic Diseases », dans *l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits : Rapport national*, Ottawa, Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, p. 55 à 86.

CHAPITRE 4 DÉTERMINANTS NON MÉDICAUX DE LA SANTÉ

La santé d'un individu et d'une population est un phénomène complexe qui relève de l'interaction d'une myriade de déterminants tels que l'emploi, le revenu, l'environnement, le logement et l'éducation. Dans le présent chapitre, on examine les caractéristiques de ces déterminants non médicaux dans les populations des Premières nations et des Inuits en

s'appuyant sur les données de Statistique Canada, du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada.

4.0 POINTS SAILLANTS

- “Un plus grand nombre d'élèves des *Premières nations*¹ ont poursuivi leurs études jusqu'en 12^e année en 1997-1998 par rapport à 1987-1988 (74 % comparativement à 37 %). En 1996, la population des Premières nations (dans les *réserves* et hors *réserve*) a obtenu des résultats inférieurs à ceux de la population canadienne pour tous les indicateurs du niveau de scolarité (par exemple, le taux d'achèvement des études secondaires, l'inscription à un établissement postsecondaire et l'obtention d'un diplôme universitaire). Selon les données du Recensement de 1996, le niveau de scolarité des Inuits était inférieur ou comparable à celui des Premières nations.
- En 1996, le taux de chômage des Premières nations était 2 fois plus élevé que celui du Canada. On a associé un niveau supérieur de scolarité à des taux inférieurs de chômage et à un écart moins prononcé entre les membres des Premières nations et les autres Canadiens.
- Dans les collectivités des Premières nations, seulement 56,9 % des maisons étaient considérées adéquates en 1999-2000 (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2002).
- En 1999-2000, 41,4 % des collectivités des Premières nations (situées à 60⁰ de latitude Sud) ont déclaré qu'au moins 90 % de leurs logements étaient raccordés à des installations centrales de traitement de l'eau.
- Chez les Premières nations, le taux de participation à la population active en 1996 était de 59 %, et le taux d'emploi, de 43 %. Ces taux sont comparables à ceux de l'ensemble du Canada, qui s'établissait à 68 % et 62 %, respectivement. Le taux d'emploi le plus élevé chez les Premières nations cette année-là a été enregistré dans le groupe d'âge des 25 à 44 ans. D'ailleurs, chez les *Inuits*, le taux de participation à la population active (66 %) et le taux d'emploi (52 %) se situaient à mi-chemin entre ceux des Premières nations et du Canada.
- Parallèlement, 33,6 % des collectivités des Premières nations ont déclaré qu'au moins 90 % des maisons étaient raccordées au système communautaire d'évacuation des eaux usées.

¹ Les termes en italique dans le texte sont définis dans le glossaire.

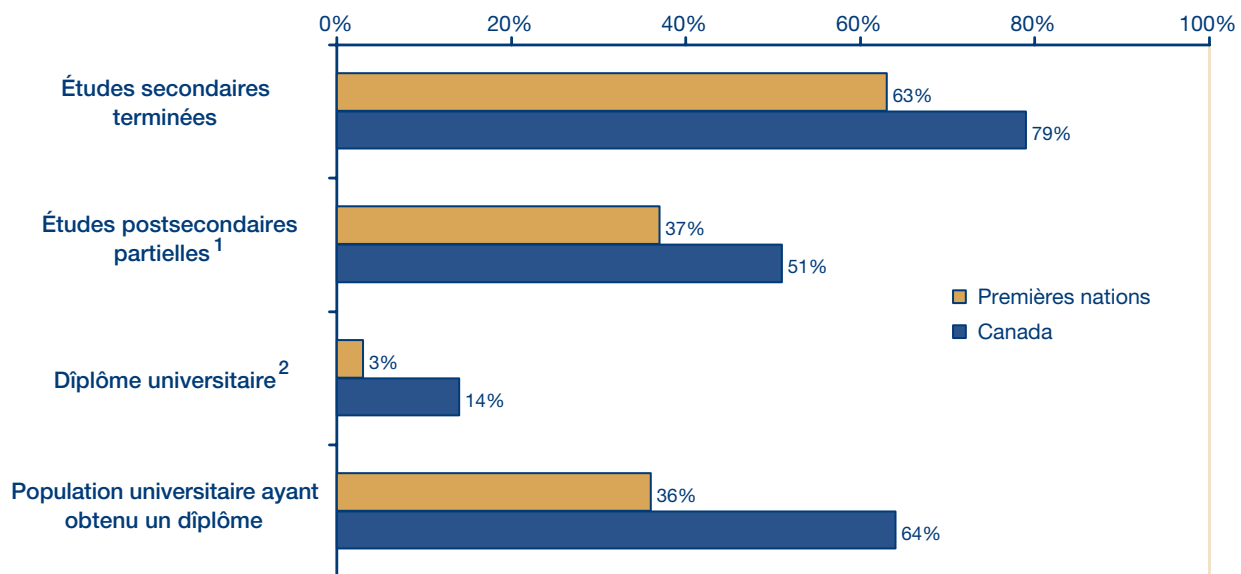
4.1 NIVEAUX DE SCOLARITÉ

Le niveau de scolarité représente l'un des nombreux déterminants socioéconomiques rattaché à la santé. Dans l'ensemble de la population canadienne, les personnes dont le niveau de scolarité est inférieur déclarent un piètre état de santé (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999). Par le passé, les *taux* d'achèvement des études secondaires chez les membres des *Premières nations* étaient plus faibles que ceux des autres Canadiens. Cette situation est toutefois en voie de s'améliorer. Un plus grand nombre d'élèves des *Premières nations* ont poursuivi leurs études jusqu'en 12^e année en 1997-1998, soit 74 % comparativement à 37 % en 1987-1988, et ce, au cours d'années scolaires consécutives (AINC, 1998). On ne connaît pas la raison de cette tendance, qui pourrait être attribuable à plusieurs facteurs : le nombre d'écoles administrées par les bandes a augmenté de 54 % entre 1990-1991 et 1999-2000 (AINC, 2002); les subventions fédérales visant

l'enseignement postsecondaire ont augmenté, passant de 109 millions de dollars en 1987-1988 (AINC, 1999) à 280 millions en 2000-2001 (AINC, 2001b) et plus de 13 universités canadiennes offrent des programmes d'études autochtones depuis 1980. Selon l'Enquête régionale sur la santé des *Premières nations* et des *Inuits* (ERSPNI), 3 répondants sur 4 ont déclaré que des progrès avaient été réalisés quant aux programmes culturels dans les écoles (Svenson et Lafontaine, 1999).

Le Recensement de 1996 fournit les données comparatives les plus récentes sur le niveau de scolarité des *Premières nations*, des *Inuits* et des Canadiens. Les *Premières nations* (dans les réserves et hors réserve) se classent à un échelon inférieur pour ce qui est de tous les indicateurs du niveau de scolarité (par exemple, le taux d'achèvement des études secondaires, l'inscription à un établissement postsecondaire et l'obtention d'un diplôme universitaire) (figure 4.1). Bien que ces indicateurs se soient améliorés depuis le Recensement de 1991, le taux

Figure 4.1
Niveau de scolarité, *Premières nations* et Canada, 1996



Note :

¹ Comprend les programmes universitaires, de métiers et les autres programmes postsecondaires non universitaires.

² Population de 15 ans et plus qui ne fréquente pas l'école.

Source : Hull, J. 2000. *Aboriginal Post Secondary Education and Labour Market Outcomes. Canada 1996*. Ottawa : Affaires indiennes et du Nord Canada.

global de réussite scolaire des Canadiens a également progressé. Par conséquent, la réussite scolaire relative chez les membres des Premières nations, comparativement à celle des autres groupes, est demeurée à peu près la même au cours de cette période. En outre, l'analyse des données du recensement révèle que les membres des Premières nations sont davantage portés à prendre plus de temps pour terminer leurs études postsecondaires que les autres groupes de la population (Hull, 2000).

Selon les données du recensement sur le niveau de scolarité des Inuits, ces derniers obtiennent des résultats inférieurs ou comparables à ceux des Premières nations pour la plupart des indicateurs. En 1996, 39 % des Inuits n'avaient pas terminé la 9^e année, par rapport à 25 % des Premières nations. Même si 21 % des Inuits et des Premières nations avaient obtenu un certificat ou un diplôme d'études postsecondaires, un nombre proportionnellement moins élevé d'Inuits avaient obtenu un diplôme universitaire (1,3 % par rapport à 3,0 %) (Hull, 2000).

Les Affaires indiennes et du Nord Canada produisent également des statistiques sur l'inscription aux établissements postsecondaires et les taux d'achèvement des études postsecondaires chez les populations des Premières nations et des Inuit². Toutefois, ces statistiques se rapportent uniquement aux personnes qui reçoivent des fonds des AINC en vue de poursuivre leurs études (il ne s'agit pas de tous les demandeurs). De 1994-1995 à 1998-1999, le taux d'inscription aux établissements postsecondaires des membres des Premières nations et les Inuits de 17 à 34 ans a atteint une moyenne annuelle de 6 % à 7 % (AINC, 2002). La constance de ce taux n'est pas directement liée à l'offre de fonds pour les études, car les investissements des AINC dans l'enseignement postsecondaire ont augmenté de 8 % environ de 1995-1996 à 1998-1999 (AINC, 2002). Il est intéressant de noter que le taux canadien parallèle d'inscription aux établissements postsecondaires est également demeuré constant au cours de cette période, bien qu'à des niveaux plus élevés (11 % à 12 % en moyenne par année).

De 1993-1994 à 1996-1997, on a observé une légère tendance chez les diplômés des Premières nations et des Inuits. En effet, ces derniers se sont davantage dirigés vers les études universitaires plutôt que vers les études postsecondaires non universitaires. Le changement le plus significatif était le nombre de diplômés universitaires, qui a grimpé de 40 % au cours de cette période, passant de 3,5 % de tous les diplômés d'études postsecondaires à 4,9 %. On a relevé un nombre presque égal d'inscriptions aux programmes universitaires par rapport aux programmes non universitaires. Quoi qu'il en soit, la majorité des étudiants des Premières nations et des Inuits qui terminent leurs études obtiennent un diplôme d'un établissement non universitaire (Direction générale de la gestion de l'information, 2000).

4.2 EMPLOI ET REVENU

Au même titre que le niveau de scolarité, le statut d'emploi et le revenu ont également des répercussions sur la santé. Les Canadiens dans le quintile inférieur de revenu étaient 4 fois plus susceptibles que les Canadiens dans le quintile supérieur de revenu d'indiquer que leur état de santé était médiocre ou passable (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999). Le Recensement de 1996 offre de nouveau la perspective la plus complète relativement à l'emploi chez les Premières nations et les Inuits par rapport à l'ensemble de la population canadienne (figure 4.2). Pour ce qui est des trois indicateurs de base (la participation à la population active, le taux d'emploi et le taux de chômage), les membres des Premières Nations (dans les réserves et hors réserve) éprouvent plus de difficultés que la population canadienne, et l'écart est significatif (Hull, 2000).

- Le taux d'activité de 1996 pour l'ensemble de la population canadienne (68 %) était 1,2 fois supérieur aux taux d'activité de la population des Premières nations dans les réserves (59 %). Cette disparité s'accroît lorsqu'on tient compte de l'âge. L'écart entre les Premières nations et le Canada était plus grand dans le groupe d'âge des 15 à 24 ans, se situant à 30 points de pourcentage. (Le taux de participation à la population active comprend les travailleurs et ceux qui se cherchent un emploi.)

² Les données englobent tous les étudiants Indiens inscrits et les Inuits qui ont reçu des fonds des AINC, qu'ils aient vécu dans une réserve ou non.

- L'écart entre le taux d'emploi des Premières nations (43 %) et celui des Canadiens (62 %) était considérable (19 points de pourcentage) par rapport à l'écart entre les taux d'activité (9 points de pourcentage). Toutefois, cet écart s'est légèrement rétréci par rapport à 1991. C'est dans le groupe d'âge des 25 à 44 ans qu'on enregistrait le taux d'emploi le plus élevé chez les Premières nations en 1996.
- Le taux de chômage des Premières nations en 1996 était environ 3 fois plus élevé que celui du Canada. Chez les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge, les taux des Premières nations étaient au moins 2 fois plus élevés. Le taux de chômage le plus élevé a été enregistré dans le groupe d'âge des 15 à 24 ans (41 %). Au sein des deux populations, on a établi qu'un niveau supérieurs de scolarité est lié à des taux de chômage inférieurs. La scolarité peut donc contribuer à réduire l'écart entre les membres des Premières nations et les autres Canadiens.

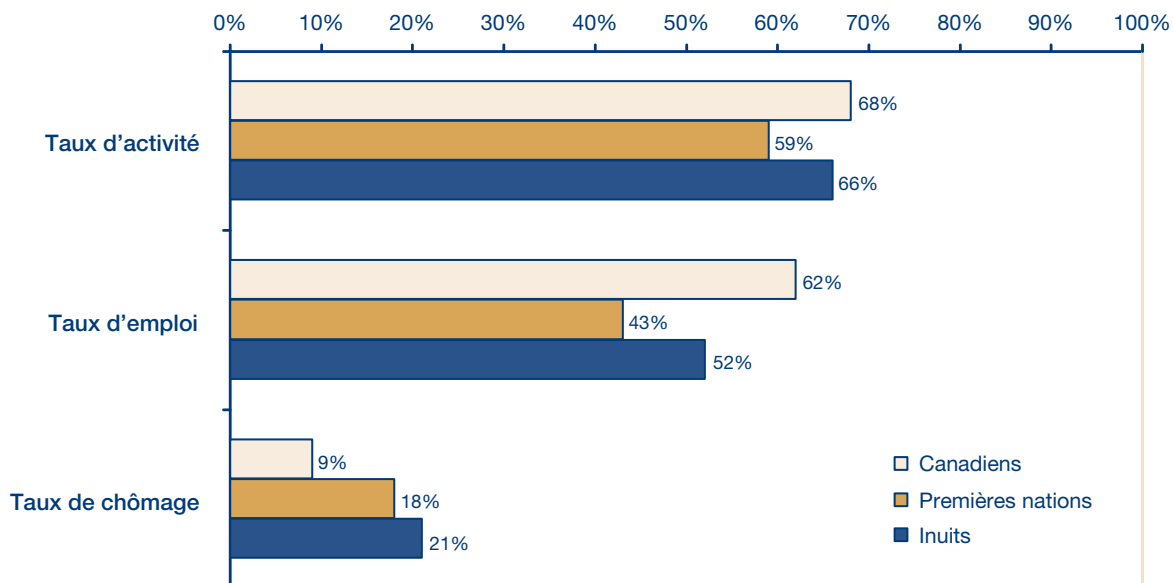
Chez tous les *peuples autochtones* (les Premières nations, les Inuits, les Métis et les autres Autochtones), le lien entre l'âge, le niveau de scolarité

et le chômage suit la même tendance : le chômage est moins élevé chez les 25 à 44 ans et les personnes plus scolarisées, particulièrement les titulaires d'un certificat d'études postsecondaires (Hull, 2000).

Les données sur le chômage des Premières nations déclarées par les AINC pour 1997-1998 indiquent peu de changements par rapport aux taux de 1996. En effet, le taux de chômage dans les réserves des Premières nations s'élevait à 29 %, comparativement à 10 % pour l'ensemble du Canada (AINC, 2000a). En 2000-2001, les ratios emploi-population pour les Premières nations dans les réserves étaient considérablement plus élevés chez les titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (64 %) que chez les titulaires d'un diplôme de l'enseignement secondaire (45 %) (AINC, 2002).

Chez les Inuits, les taux d'activité et d'emploi tirés des données du Recensement de 1996 (bien qu'ils aient été un peu plus faibles que chez les Métis et les autres groupes autochtones qui ne sont pas membres des Premières nations) n'étaient pas aussi bas que ceux des Premières nations pour tout groupe d'âge ou niveau de scolarité donné.

Figure 4.2
Indicateurs d'emploi, Premières nations, Inuits et Canada, 1996



Source : Hull, J. 2000. *Aboriginal Post Secondary Education and Labour Market Outcomes. Canada 1996*. Ottawa : Affaires indiennes et du Nord Canada.

Tout comme les taux d'emploi moins élevés chez les Premières nations, le revenu moyen est également inférieur à celui de l'ensemble de la population canadienne — quel que soit l'âge ou le niveau de scolarité (Hull, 2000). Selon les résultats du Recensement de 1996, les niveaux de revenu des membres des Premières nations qui vivent dans les réserves représentaient seulement la moitié de ceux de l'ensemble des Canadiens (Armstrong, 1999). Cependant, les niveaux de revenu des Premières nations augmentent au fil du temps. Entre 1990 et 1995, le revenu personnel moyen de tous les Indiens inscrits a augmenté, passant de 11 941 \$ à 14 833 \$ (AINC, 2000b). Quant aux Indiens inscrits qui vivent dans les réserves, le revenu personnel moyen a grimpé de 31,5% au cours de la même période, comparativement à 17,2 % pour l'ensemble de la population canadienne. Bien que le niveau de scolarité et l'écart entre les hommes et les femmes jouent un rôle significatif dans la participation à la population active et le niveau de revenu d'une personne, de nombreux autres facteurs géographiques, sociaux, institutionnels et culturels sont vraisemblablement aussi importants tels que les marchés du travail régionaux, la discrimination et les différents contextes sociaux (Hull, 2000).

4.3 LOGEMENT ET INFRASTRUCTURE COMMUNAUTAIRE

Par le passé, on a établi un lien entre les conditions de logement et l'état de santé (Young et autres, 1991). Toutefois, pour les collectivités des Premières nations et des Inuits, il existe peu de recherches sur lesquelles on puisse s'appuyer pour mettre en évidence ce lien causal direct. Il est difficile de prendre isolément des facteurs comme le logement, le réseau d'aqueduc et les installations sanitaires pour mesurer de façon précise l'incidence des facteurs individuels sans tenir compte des autres déterminants de la santé tels que le statut socioéconomique, l'accessibilité aux services de santé et la nutrition. Ces contraintes ont amené les AINC et la DGSPNI de Santé Canada à recueillir des données statistiques sur la qualité des logements, des réseaux d'aqueduc et des systèmes d'évacuation des eaux usées ainsi que sur la qualité de l'eau dans les réserves.

La figure 4.3 présente l'étude de la qualité des logements dans les réserves ainsi que des réseaux

d'aqueduc et des systèmes d'évacuation des eaux usées entre 1989-1990 et 1999-2000 tel que déclaré par les AINC. Le logement demeure un enjeu de taille puisque seulement 56,9 % des maisons dans les réserves étaient considérées comme convenables en 1999-2000, bien que ce taux ait augmenté de 11,2 points de pourcentage par rapport à celui d'il y a 11 ans.

En outre, le surpeuplement demeure un problème, car 19 % des logements dans les réserves comptent plus d'une personne par pièce, comparativement à 2 % des logements dans l'ensemble du Canada (AINC, 2000b). Tel qu'on l'a déjà mentionné dans les sections 3.3.4 et 3.3.5, le surpeuplement peut contribuer considérablement à la multiplication des risques de propagation des maladies transmissibles. Le taux de tuberculose augmente au même rythme que le nombre de personnes par pièce (figure 3.15).

On a établi que la présence de moisissure dans les maisons présentait un problème dans les collectivités des Premières nations (Boles, 1998). Les maisons inadéquates peuvent contribuer à la formation de moisissure, ce qui entraîne un bon nombre de problèmes de santé. Les données sur la prévalence de moisissure dans les maisons des Premières nations n'étaient pas disponibles au moment de rédiger le présent rapport.

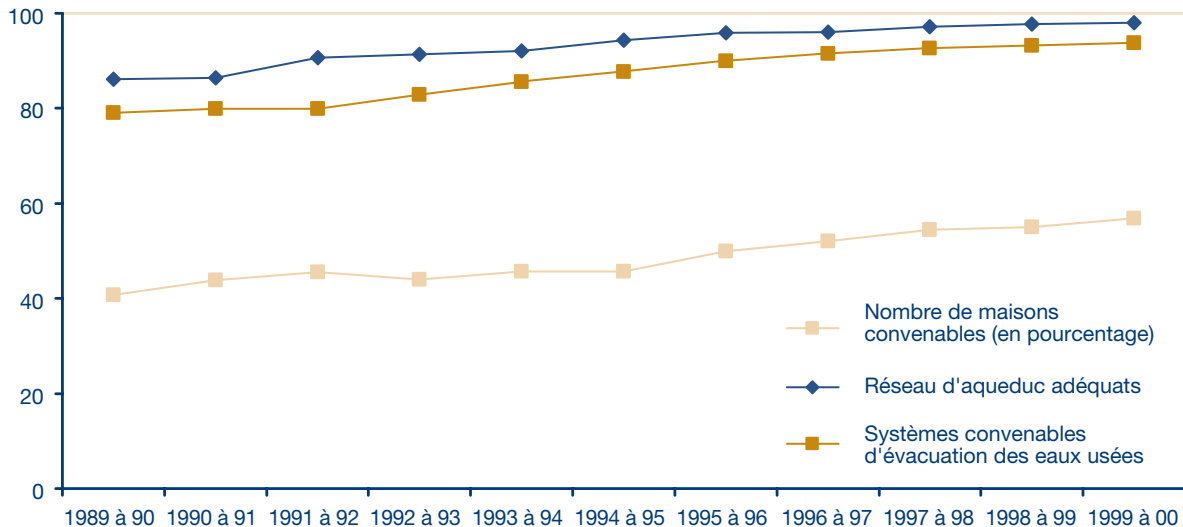
La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) a adopté des critères différents pour évaluer la qualité des logements (Spurr et autres, 2001). Il convient de souligner que les statistiques dont il est question dans le présent document sont fondées sur le Recensement de 1996, dont la couverture de la population des Premières nations dans les réserves était incomplète. Parmi les 59 000 ménages interrogés dans les réserves, 12 % des maisons (6 765 ménages) ne satisfaisaient pas aux mesures de la qualité (aucune réparation majeure nécessaire) et de la logeabilité (nombre suffisant de chambres à coucher) des logements.

À la figure 4.3, l'indicateur « réseau d'aqueduc adéquat » décrit des modes variés d'alimentation en eau, y compris par camion, même si un logement n'a pas la plomberie nécessaire pour permettre cette alimentation (telle qu'un réservoir ou un système sous pression). En 1999-2000, selon cet indicateur, 98,1 % des maisons des Premières nations étaient dotées

Figure 4.3

Pourcentage de maisons dans les réserves dotées d'un réseau d'aqueduc et d'un système d'évacuation des eaux usées adéquats, collectivités des Premières nations, 1989-1990 à 1999-2000

En pourcentage



Notes :

1. Par unité de logement convenable, on entend le nombre d'unités de logement qui n'ont pas besoin de rénovations ou de remplacements mineurs ou majeurs.
2. Les systèmes convenables d'alimentation en eau sont les suivants : la tuyauterie, les puits communautaires et particuliers, le camionnage de type A et B, et les autres. Note : Bien que l'alimentation en eau par camionnage de type B (du camion au baril) soit convenable, il n'en demeure pas moins que les maisons n'ont pas de plomberie pour accommoder ce service, mais elles peuvent tout de même être considérées comme inadéquates.
3. Les systèmes convenables d'évacuation des eaux usées sont les suivants : la tuyauterie, les fosses et les champs d'épuration communautaires et particuliers, les camions de vidange de fosses septiques et les autres.
4. Les données de la Colombie Britannique ne comprennent pas les mises à jour apportées à l'infrastructure depuis 1987 chez certaines Premières nations participant au programme des modes optionnels de financement.
5. Les données de 1990-1991 ont été utilisées pour la Colombie-Britannique en 1991-1992.

Source : Système de gestion des immobilisations de 1989-2000, Direction générale de la gestion de l'information, Affaires indiennes et du Nord, Canada.

d'un réseau d'aqueduc adéquat. Toutefois, en 1999, seulement 41,4 % des collectivités des Premières nations et des Inuits ont déclaré qu'au moins 90 % des maisons étaient dotées d'une tuyauterie raccordée aux installations centrales de traitement de l'eau (Santé Canada, 2000).

La qualité de l'eau — un indicateur des résultats encore plus approprié — permet davantage de faire le point sur ce déterminant de la santé. En 1999, on a avisé 65 collectivités des Premières nations et des Inuits de faire bouillir l'eau pendant des périodes variées, qui représentaient en moyenne 183 jours pour chaque collectivité touchée. Dans la figure 4.4,

on indique les périodes durant lesquelles les collectivités devaient faire bouillir l'eau à la suite d'un avis en 1999. Dans cette analyse, on a omis 15 collectivités, puisque l'avis de faire bouillir l'eau était toujours en vigueur à la fin de l'année. Par ailleurs, il a été impossible d'obtenir des données pour les trois territoires. Parmi les 50 collectivités restantes, plus du quart avaient reçu un avis de faire bouillir l'eau pour une période de six mois à un an. Dans seulement 24 % des cas, l'avis a été révoqué moins d'une semaine plus tard, puisque la qualité de l'eau avait été rétablie. De nombreuses maladies transmissibles telles que la lambliaose et la shigellose (deux maladies infectieuses aiguës caractérisées par la diarrhée, la

fièvre et la nausée), sont causées par la consommation d'eau contaminée (figure 3.16)(Rosenburg et autres, 1997).

Les indicateurs ne révèlent pas la qualité de l'eau potable dont chaque personne peut faire usage. Lorsqu'il y a pénuries d'eau, une personne peut être forcée de choisir entre nettoyer ou cuisiner avec l'eau potable disponible — deux activités nécessaires pour promouvoir une bonne santé. En ce qui a trait aux collectivités où se trouvent des réservoirs d'eau communautaires, il n'existe pas de données sur la fréquence de remplissage de ces réservoirs ni sur le nombre de fois où il y a eu des pénuries ou des rationnements.

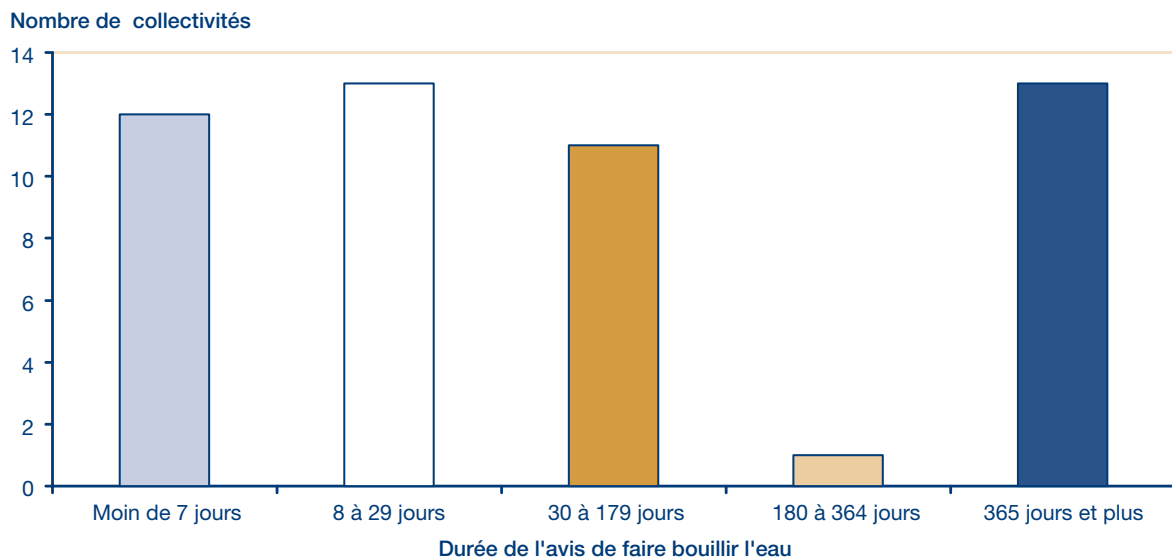
La troisième mesure que les AINC utilisent relativement à la qualité de l'infrastructure du logement (notamment l'efficacité des systèmes d'évacuation des eaux usées) comprend les systèmes de tuyauterie ainsi que les systèmes septiques communautaires ou particuliers. Selon les AINC, le pourcentage de

maisons ayant un système d'évacuation des eaux usées convenable a augmenté au sein des Premières nations, passant de 79,1 % en 1989-1990 à 93,8 % en 1999-2000 (figure 4.3). Toutefois, en tenant compte des systèmes communautaires d'évacuation des eaux usées, 33,6 % des collectivités des Premières nations et des Inuits comptaient au moins 90 % de maisons raccordées à ces systèmes en 1999 (Rosenburg et autres, 1997).

Le lien entre la médiocrité des logements et le risque de contracter la shigellose a été établi dans des études épidémiologiques antérieures (voir le tableau 3.10). De toute évidence, les collectivités des Premières nations n'ayant pas de système d'évacuation des eaux usées couraient 2 fois plus de risques de contracter la shigellose. Les personnes dont la tuyauterie était raccordée à une installation centrale de traitement de l'eau, plutôt que de s'alimenter en eau en utilisant le système «du camion au baril », étaient 6 fois plus susceptibles de contracter la shigellose, alors que celles dont les logements comptaient plus de

Figure 4.4

Nombre de collectivités des Premières nations qui ont reçu un avis de faire bouillir l'eau¹ selon la durée de l'avis, 1999²



¹ Les données de l'Ontario ne sont pas comprises.

² Quinze collectivités étaient toujours visées par un avis de faire bouillir l'eau à la fin de l'année; elles ne sont pas comprises dans les données.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

8 personnes par pièce couraient 5,6 fois plus de risques de contracter cette maladie (Rosenburg et autres, 1997).

En 2002, on a procédé à une enquête sur la contamination des réseaux d'aqueduc de Walkerton ainsi que sur la qualité de l'eau potable en Ontario. Dans le rapport Walkerton, on a consacré un chapitre entier aux recommandations visant à améliorer la qualité de l'eau utilisée par les Premières nations dans les réserves en Ontario. Le rapport indiquait qu'en septembre 2000, 22 des 179 réseaux d'aqueduc (ou 12 %) comportaient des risques élevés de contamination, c'est-à-dire qu'il s'agissait de systèmes qui étaient une source potentielle de préoccupations pour la santé et la sécurité. Ces systèmes ne se conformaient pas aux paramètres énoncés dans les recommandations sur la qualité de l'eau potable au Canada. De plus, il était nécessaire de communiquer des avis de faire bouillir l'eau, et d'autres problèmes de nature similaire (O'Connor, 2002). Il importe de souligner que ce nombre représente une amélioration par rapport aux 40 collectivités désignées à risque élevé (22 %) en 1995. Le rapport recommandait entre autres : « d'inciter les Premières nations et le gouvernement fédéral à adopter des normes officielles sur l'eau potable, qui soient applicables aux réserves et qui soient aussi contraignantes, sinon plus, que celles établies par le gouvernement fédéral. »

4.4 LANGUES ET CULTURES TRADITIONNELLES

La culture et la tradition sont des éléments intégraux de la démarche holistique des peuples autochtones relativement à la santé et au bien-être. Dans le cadre de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits (ERSPNI) de 1997, qui visait environ 10 000 répondants adultes des collectivités des Premières nations et des Inuits, on a constaté que plus de 80 % des participants avaient répondu « oui » à la question suivante : « Croyez-vous que le retour aux pratiques traditionnelles soit une bonne idée pour promouvoir le mieux-être de la collectivité ? » (Svenson et Lafontaine, 1999).

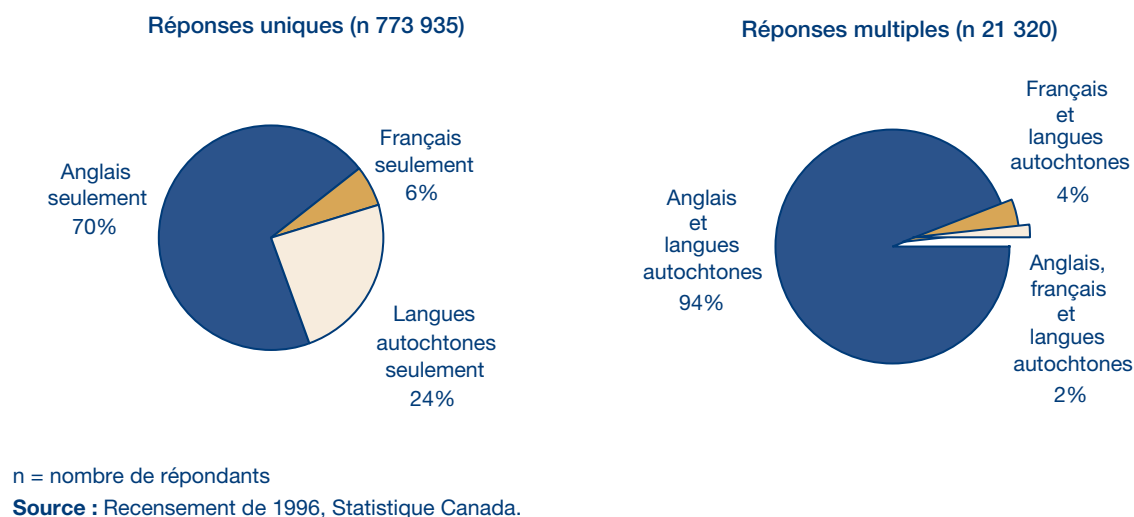
L'un des aspects les plus visibles de la tradition autochtone est la langue. Par exemple, l'ERSPNI a montré un lien direct entre la perception des répondants sur la façon dont les enfants comprennent la

culture autochtone et leur capacité de parler une langue autochtone. (Dans le cas présent, le mot « Autochtone » comprend les Premières nations, les Inuits ou les Métis.) Inversement, la langue peut avoir une incidence sur le mieux-être, faisant intervenir la qualité des services de santé et leur accessibilité, comme le besoin de faire appel à un interprète pour faciliter la prestation des soins ou quand l'information sur la santé n'est pas disponible dans les langues autochtones.

Le Recensement de 1996 a révélé que 70 % des personnes qui s'étaient déclarées Autochtones avaient indiqué l'anglais comme langue maternelle, tandis que 24 % avaient indiqué une langue autochtone (figure 4.5). Parmi ces 24 %, 2 personnes sur 3 avaient appris le cri, l'inuktitut ou l'ojibwa. Seulement 2,5 % de tous les répondants autochtones ont déclaré qu'ils avaient appris plus d'une langue maternelle. Au nombre de ceux-ci, l'écrasante majorité (94 %) avaient appris l'anglais ainsi qu'une langue autochtone (figure 4.5) (Norris, 1998).

Même si le nombre de personnes qui ont déclaré parler une langue maternelle autochtone a augmenté de près de 24 % depuis les recensements de 1981 et 1996, moins de ces personnes, toutes proportions gardées, parlaient une langue autochtone à la maison, ce qui laisse entendre que la vitalité linguistique s'affaiblit (Norris, 1998). On considère que seulement 3 des 50 langues autochtones au Canada — le cri, l'inuktitut et l'ojibwa — ne sont actuellement pas menacées de disparaître. Deux groupes — les Premières nations dans les réserves et les Inuits — montrent l'indice le plus élevé de continuité, soit 80 % et 85 %, respectivement (Norris, 1998), ce qui est attribuable à l'éloignement géographique et à la forte concentration de personnes parlant une de ces trois langues autochtones principales. L'ERSPNI et le Recensement de 1996 ont montré que la capacité de parler une langue autochtone est directement liée au vieillissement. Entre le Recensement de 1981 et celui de 1996, le nombre d'enfants qui parlaient une langue maternelle autochtone a diminué.

Figure 4.5
Population autochtone selon la langue maternelle, 1996



4.5 ÉLOIGNEMENT

Les nombreuses collectivités des Premières nations et des Inuits qui ne sont pas situées à proximité des centres urbains ou dans une localité urbaine se trouvent à une certaine distance des services de santé provinciaux et territoriaux. Le degré d'isolement d'une collectivité peut avoir une incidence sur les ressources qu'elle peut obtenir auprès des services de santé communautaire. En outre, l'isolement peut avoir des répercussions sur l'accessibilité aux services d'urgence offerts dans les réserves.

On définit l'éloignement selon la distance à parcourir pour obtenir des services médicaux et le type de transport utilisé pour y avoir accès. On a classé les 626 collectivités provinciales des Premières nations dans une des quatre catégories d'éloignement (figure 4.6). La majorité (64,2 %) des collectivités ont été classées dans la catégorie « non isolées » ou de type IV, parce qu'elles ont un accès routier aux services médicaux et qu'elles sont situées à moins de 90 km de ceux-ci. Les collectivités « semi-isolées » ou de type III (14,4 %), ont également un accès routier aux services médicaux, mais elles sont situées à plus de 90 km de distance. Les collectivités « isolées » ou de type II (17,9 %) peuvent compter sur des vols réguliers et des services téléphoniques convenables, mais elles n'ont

pas d'accès routier aux services médicaux. En dernier lieu, les collectivités « éloignées et isolées » ou de type I (3,5 %) ne sont pas desservies par des vols réguliers ou des routes et les services téléphoniques et de transmission par radio sont restreints.

Le tableau 4.1 montre la répartition des nombres de types de collectivité selon la région pour toutes les collectivités provinciales des Premières nations. Les collectivités « isolées » sont dispersées dans la région du Pacifique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba et l'Ontario. La majorité des collectivités « isolées » se trouvent dans trois régions : au Québec (25,8 %), en Ontario (24,1 %) et au Manitoba (21,4 %). Les collectivités « semi-isolées » sont réparties dans toutes les régions sauf l'Atlantique, qui n'en compte aucune.

L'emplacement géographique peut non seulement influencer sur l'accès aux services de santé, mais peut également affecter d'autres déterminants de la santé comme l'économie locale, l'infrastructure communautaire et la culture. L'analyse géographique des collectivités des Premières nations et des Inuits, qui est fondée sur des indicateurs de bien-être tels que le niveau de scolarité, les taux d'emploi, le revenu et le logement, a révélé que les collectivités situées près des centres urbains ou des régions riches en ressources sont économiquement favorisées.

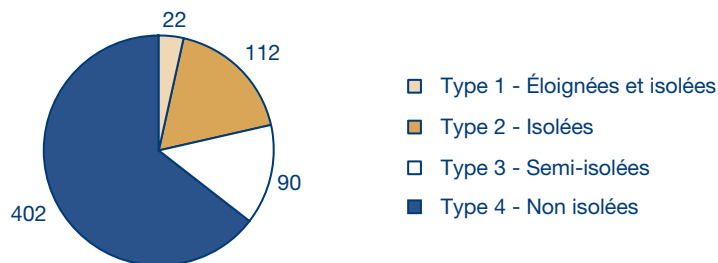
Toutefois, l'emplacement n'est pas l'unique facteur ayant une incidence sur le bien-être. L'analyse comporte d'autres facteurs significatifs, notamment la langue, la structure par âge de la population et les indicateurs du niveau de scolarité (Armstrong, 1999).

4.6 INCIDENCE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ SUR LES COLLECTIVITÉS

De nombreuses variables, y compris les facteurs géographiques, culturels et sociaux, peuvent influencer sur les caractéristiques de l'éducation et l'activité des collectivités des Premières nations. Par exemple,

l'achèvement des études secondaires est insuffisant en soi pour assurer la participation et la réussite dans les établissements postsecondaires; il faut prêter attention à l'environnement socioéconomique élargi. Cela étant dit, les diplômés d'établissements postsecondaires sont susceptibles d'accroître leurs niveaux d'emploi et de revenu (Hull, 2000). Une analyse s'impose si l'on veut cerner la nature du lien entre ces déterminants et leur incidence sur la santé.

Figure 4.6
Nombre de collectivités des Premières nations et des Inuits selon le degré d'isolement, 2002



Note : Les données comprennent toutes les collectivités des Premières nations et des Inuits dans les provinces et non seulement celles qui ont déclaré des renseignements sur la santé pour la présente publication.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Tableau 4.1
Répartition des collectivités des Premières nations et des Inuits selon la région, 2002

	Non isolée	Semi-isolée	Isolée	Éloignée et isolée	Total
Pacifique	153	31	14	8	206
Alberta	31	19	4	4	58
Saskatchewan	62	12	8	2	84
Manitoba	27	10	24	1	62
Ontario	78	12	27	7	124
Québec	17	6	29	0	52
Atlantique	34	0	6	0	40
	402	90	112	22	626

Note : Les données comprennent toutes les collectivités des Premières nations et des Inuits dans les provinces et non seulement celles qui ont déclaré des renseignements sur la santé pour la présente publication.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

BIBLIOGRAPHIE

- AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. 2002, *Données ministérielles de base — 2001*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- _____. 2001b, *Estimations : Affaires indiennes et du Nord Canada et Commission canadienne des affaires polaires, pour la période se terminant le 31 mars 2001*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- _____. 2000a, *Analyse des conditions socioéconomiques de 1991 et de 1996*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- _____. 2000b, *Document d'information : projets pilotes relatifs à la réforme de la sécurité du revenu*. Adresse Internet : http://www.ainc-inac.gc.ca/nr/prs/j-a2000/99175bk_f.html (site consulté en juin 2002).
- _____. 1999, *Données ministérielles de base — 1998*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- _____. 1998, *Rapport sur le rendement des Affaires indiennes et du Nord Canada et de la Commission canadienne des affaires polaires, pour la période se terminant le 31 mars 1998*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- ARMSTRONG, R. 1999, « Profil de la situation des collectivités des Premières nations », *Tendances sociales canadiennes*, produit n° 11-008-XPB au catalogue de Statistique Canada, hiver, p. 15 à 19.
- BOLES, B. 1998, « A Study of Recurring Mold Problems on the Roseau River Reserve, Manitoba. », *Research Highlights Technical Series*, p. 99 à 101. Adresse Internet : http://www.cmhc-schl.gc.ca/publications/en/rh-pr/tech/99-101_e.pdf (site consulté en juin 2002).
- COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. 1999, *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé des Canadiens*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- DIRECTION GÉNÉRALE DE LA GESTION DE L'INFORMATION. Juin 2000, *Vue d'ensemble des données sur les programmes du MAINC*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- HULL, J. 2000, *Aboriginal Post Secondary Education and Labour Market Outcomes, Canada 1996*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- NORRIS, M.J. 1998, « Les langues autochtones au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, produit n° 11-008-XPB au catalogue de Statistique Canada, hiver, p. 8 à 17.
- O'CONNOR, D.R. 2002, *Part Two — Report of the Walkerton Inquiry: A Strategy for Safe drinking Water*, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- ROSENBERG, T., et autres. 1997, « Shigellosis on Indian reserves in Manitoba, Canada: Its relationship to crowded housing, lack of running water, and inadequate sewage disposal. » *American Journal of Public Health*, vol. 87, p. 1547 à 1551.
- SANTÉ CANADA. 2000, *Statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits*.
- SPURR, P., I. MELZER, et J. ENGELAND. Janvier 2001, « Études spéciales sur les données du Recensement de 1996 : conditions de logement des ménages autochtones », *Les point en recherche : série socioéconomique*, n° 55-6. Adresse Internet : <http://www.cmhc-schl.gc.ca/publications/fr/rh-pr/socio/socio055-6.pdf> (site consulté en juin 2002).
- SVENSON, K.A., et C. LAFONTAINE. 1999, « The Search for Wellness », chapitre 6, dans *l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits*, Ottawa, Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, p. 181 à 216.
- YOUNG, T.K., et autres. 1991, *The Health Effects of Housing and Community Infrastructure on Canadian Indian Reserves*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

GLOSSAIRE

BLESSURE INTENTIONNELLE

Causes de maladie ou de décès à la suite de blessures infligées volontairement par la personne elle-même ou par d'autres personnes. L'expression désigne également les suicides (codes E950-E959 de la CIM-9) et les homicides (codes E960-E969 de la CIM-9).

BLESSURE NON INTENTIONNELLE

Causes de maladie ou de décès à la suite de blessures infligées non volontairement par la personne elle-même ou par d'autres personnes. On traite des blessures non intentionnelles dans le chapitre « Causes externes de décès » de la CIM-9, à l'exception des codes E950 à E959 relatifs aux suicides et des codes E960 à E969 relatifs aux homicides.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES — 9^E RÉVISION (CIM-9)

Méthode normalisée qu'on utilise actuellement afin de coder les maladies. On se sert de cette méthode dans le présent rapport.

CONGÉ DE L'HÔPITAL

Il s'agit du nombre de personnes qui ont quitté l'hôpital à la suite d'une intervention réussie, d'une sortie ou d'un décès. Les congés de l'hôpital servent souvent à examiner les tendances de la morbidité associée à une maladie. Dans le présent contexte, l'expression ne comprend pas les consultations externes.

CONSEIL TRIBAL

Groupe régional de membres des Premières nations qui assure des services communs à un groupe de Premières nations.

FACTEUR DE RISQUE

Facteur associé à la possibilité accrue de contracter une maladie; il peut s'agir d'une cause ou simplement d'un indicateur de risque. Les facteurs associés à un risque moindre sont désignés comme des facteurs de protection.

HORS RÉSERVE

Désigne les personnes, les services ou les objets qui ne font pas partie d'une réserve, mais qui se rapportent à une Première nation.

INCIDENCE

Le nombre de nouveaux cas d'une maladie ou le nombre de nouvelles occurrences (par exemple la tuberculose) dans une population donnée, au cours d'une période précise, et qui est souvent exprimé en taux pour 100 000 habitants (voir « Prévalence »).

INDIEN

Il s'agit du mot qui désigne les peuples autochtones du Canada, sauf les Inuits et les Métis. Les peuples indiens figurent parmi les trois groupes étant reconnus dans la *Loi constitutionnelle* de 1982. La *Loi* précise que les peuples autochtones du Canada sont les Indiens, les Inuits et les Métis. En outre, trois définitions juridiques visent les Indiens du Canada : les Indiens inscrits, les Indiens non inscrits et les Indiens visés par un traité.

INDIEN INSCRIT

Il s'agit d'une personne indienne inscrite au sens de la *Loi sur les Indiens*. La *Loi* énonce les exigences qui permettent de déterminer qui sont les Indiens inscrits.

INDIEN NON INSCRIT

Il s'agit d'une personne indienne qui n'est pas inscrite au sens de la *Loi sur les Indiens*, soit parce que ses ancêtres n'étaient pas inscrits, soit parce que son statut a été révoqué en vertu des anciennes dispositions de la *Loi sur les Indiens*.

INNU

Peuples des Premières nations (Indiens) Naskapi et Montagnais qui habitent dans le Nord québécois et au Labrador.

INUIT

Désigne le peuple autochtone du Nord du Canada qui vit au-delà de la limite de la zone arborée du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest, du Nord québécois, et du Labrador. Le mot signifie « personne » en inuktitut, langue des Inuits. Le singulier d'Inuit est Inuk.

LOI SUR LES INDIENS

Il s'agit du texte législatif fédéral où sont énoncées certaines obligations du gouvernement fédéral. C'est le texte qui régleme l'administration des réserves indiennes. La *Loi* a été modifiée plusieurs fois, la dernière étant en 1985.

MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MALADIE TRANSMISSIBLE)

Il s'agit d'une maladie qui constitue une menace pour la santé publique et qui, par conséquent, doit être signalée aux représentants de l'hygiène publique. La déclaration de ces maladies est prescrite par les provinces et les territoires. Par conséquent, les maladies à déclaration obligatoire peuvent varier d'une province ou d'un territoire à l'autre. Les administrations provinciales et territoriales ne sont pas obligées de déclarer les maladies à l'administration fédérale. Toutefois, on obtient à cet égard une entente selon un consensus du Comité consultatif de l'épidémiologie (CCE), qui comprend des représentants de tous les territoires et des provinces. À l'heure actuelle, on compte 47 maladies à déclaration obligatoire au pays.

MORBIDITÉ

Nombre de cas diagnostiqués d'une maladie donnée ou d'une autre condition dans une population particulière et à un moment donné. La morbidité est souvent exprimée en taux pour 100 000 habitants. Dans le rapport, on utilise les statistiques sur les congés ou les sorties de l'hôpital pour calculer le taux de morbidité.

MORTALITÉ

Nombre de décès imputables à une maladie donnée ou à une autre condition dans une population particulière et à un moment donné. La mortalité est souvent exprimée en taux pour 100 000 habitants.

PEUPLES AUTOCHTONES

Les descendants des premiers habitants de l'Amérique du Nord. Trois peuples autochtones, soit les Indiens, les Métis et les Inuits, sont reconnus dans la Constitution du Canada. Ces trois peuples distincts ont un héritage, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles qui leur sont propres.

POPULATION NORMALISÉE

Il s'agit de la répartition de la population dont on se sert pour établir des taux qui sont assortis de la même structure par âge, et qui permet de faire une comparaison convenable des différents taux. Se reporter à « Taux normalisé selon l'âge ».

PREMIÈRES NATIONS

Cette expression est entrée dans l'usage dans les années 1970 et remplace le mot « Indien », que de nombreuses personnes trouvaient offensant. Bien que l'expression « Premières nations » soit largement utilisée, il n'existe pas de définition juridique. L'expression « peuples des Premières nations » désigne les peuples indiens du Canada, à la fois inscrits et non inscrits. De nombreux Indiens ont adopté l'expression « Premières nations » à la place de « Bande » dans le nom de leur collectivité.

PRÉVALENCE

Nombre de cas d'une maladie donnée ou d'une autre condition dans une population particulière et à un moment donné. La prévalence est souvent exprimée en taux pour 100 000 habitants.

PROJET DE LOI C-31

Il s'agit de la mesure législative qui a précédé la *Loi modifiant la Loi sur les Indiens* de 1985. La *Loi* a permis d'éliminer certaines dispositions discriminatoires de la *Loi sur les Indiens*, y compris celle en vertu de laquelle le statut d'Indien inscrit était révoqué lorsqu'une Indienne se mariait avec un non-Indien. Le projet de loi C-31 a permis aux personnes touchées par les dispositions discriminatoires de l'ancienne *Loi sur les Indiens* de demander le rétablissement de leur statut.

RAPPORT DE DÉPENDANCE

Mesure statistique sommaire servant à comparer la proportion d'enfants (de 0 à 15 ans) ou de personnes âgées (de 65 ans et plus) à la population en âge de travailler (de 15 à 64 ans); ce chiffre est ensuite multiplié par 100. Le rapport de dépendance sert à évaluer l'importance des soins de santé qui sont offerts à la population.

RÉGION

Zone administrative établie par la DGSPNI qui, dans la majorité des cas, correspond à une province. Les provinces de Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard sont souvent regroupées et désignées comme la région de l'Atlantique. De même, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut sont regroupés dans le Secrétariat du Nord. Par le passé, on désignait la Colombie-Britannique comme la région du Pacifique.

RÉSERVE

Terres réservées par le gouvernement fédéral pour l'usage et l'occupation d'un groupe ou d'une bande d'Indiens.

SIDA

Voir « VIH-SIDA ».

SURVEILLANCE

Comprend la collecte et l'examen de données, l'analyse et la diffusion des résultats sur l'incidence (les nouveaux cas), la prévalence, la morbidité, la survie et la mortalité. Dans le cadre des activités de contrôle, on peut également recueillir des données sur les connaissances, les attitudes et les comportements du public par rapport aux pratiques de prévention du cancer, contribuer au dépistage, améliorer la survie et la qualité de vie.

SYSTÈME D'INFORMATION SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS (SISPNI)

Système électronique fournissant un soutien pour la gestion de cas, la planification fondée sur les résultats et le processus de décision relativement aux collectivités autochtones du Canada.

TAUX

Proportion d'un groupe touché durant une période (par exemple une année) qui est souvent exprimée sous forme de cas (décès, congés, etc.) pour 100 000 habitants au cours d'une année.

TAUX BRUT (DE MORTALITÉ OU DE MORBIDITÉ)

Représente le nombre de nouveaux cas ou de décès attribuables à une maladie. Ce nombre est divisé par la population totale qui pourrait être touchée, sans tenir compte de l'âge ou d'autres facteurs. Le nombre est habituellement exprimé en taux pour 100 000 habitants au cours d'une année.

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE

Nombre de décès chez les nourrissons nés vivants avant le 364^e jour de vie complet pour 1 000 naissances vivantes (à un lieu et à un moment donnés).

TAUX NORMALISÉ SELON L'ÂGE

Il s'agit d'une procédure en vertu de laquelle les moyennes pondérées des taux selon l'âge sont employées pour modifier les taux en fonction d'une population normalisée, de façon à minimiser les effets des écarts dans la composition selon l'âge de populations données (comme les provinces ou les régions de recensement). Puisque le cancer est plus fréquent chez les groupes de personnes âgées, la population âgée obtiendra un taux brut d'incidence plus élevé. Les taux normalisés selon l'âge permettent de comparer les groupes de personnes dont les antécédents et la structure par âge sont différents. Par exemple, lorsqu'on compare le cancer du sein dans les différents pays, on établit la comparaison par rapport à une population donnée pour que l'écart entre les taux d'incidence ne soit pas attribuable à un seul pays dont le nombre de citoyens âgés est plus élevé. Les taux normalisés selon l'âge pour les deux sexes sont ajustés afin de tenir compte des différences possibles par rapport à la répartition selon le sexe.

TAUX SELON L'ÂGE

Nombre de cas pour 100 000 personnes par année selon un groupe d'âge précis et limité. On utilise habituellement cinq groupes d'âge.

VIH-SIDA

Le SIDA est une maladie grave et constituant un danger de mort, qui est associé au stade avancé de l'infection au VIH, virus de l'immunodéficience humaine. Le VIH porte atteinte au système immunitaire qui, en retour, entraîne chez la personne qui en est affectée, une grande fragilité à d'autres infections et formes de cancer qui autrement seraient combattues et détruites par un système immunitaire sain.

Sources:

Santé Canada : Surveillance des maladies en ligne (<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/dsol-smed/>)

Santé Canada : Section de la santé génésique (<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/index.f.html>)

Affaires indiennes et du Nord Canada : Définition (http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/info/info111_f.html)

ACRONYMES UTILISÉS DANS LE PRÉSENT RAPPORT

AINC	Affaires indiennes et du Nord canadien	SISPNI	Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits
APVP	Année potentielle de vie perdue	SSNA	Services de santé non assurés
BCG	Bacille de Calmette-Guérin (vaccin)	VHA	Virus de l'hépatite A
CIM-9	Classification internationale des maladies — 9 ^e révision	VHC	Virus de l'hépatite C
CCE	Comité consultatif sur l'épidémiologie	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
DCT	Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos	VTT	Véhicules tout terrains
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits		
ERSPNI	Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits		
FPN	Faible poids à la naissance		
IHS	Indian Health Service (États-Unis)		
ISC	Infirmière en santé communautaire		
PEN	Poids élevé à la naissance		
PNLAADA	Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones		
RNM	Ratio normalisé de morbidité		
ROR	Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole		
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement		
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquis		
SMSN	Syndrome de mort subite du nourrisson		

REMERCIEMENTS

Le présent rapport est le fruit d'un travail laborieux et de l'engagement de nombreux membres des organisations énumérées ci-dessous.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS, ADMINISTRATION CENTRALE

Ellen Bobet, Michael Clark, Carol Delahunty, Rene Dion, Judith M. Dowler, Karin Johnson, Robert Poirier, Adam Probert, Peter Riben et Susan Taylor-Clapp.

RECHERCHE, DIVISION DE L'HYGIÈNE DU MILIEU

Jennifer Mercer, Jagtar Sandhu

SECRETARIAT DU NORD

Donald Reed

RÉGION DU PACIFIQUE

David Martin, Fern Fyrk

ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS

Gail McDonald

RÉGION DE L'ALBERTA

Marion Perrin, David Strong, Trincy Buwalda, Chandrani Wijayasinghe

INUIT TAPIIRIT KANATAMI

Kerrie Duncan

RÉGION DE LA SASKATCHEWAN

Lynda Kushnir-Pekrul, Carmen Bresch

RÉGION DU MANITOBA

Suzanne Martel, Cathy L. Menard

RÉGION DE L'ONTARIO

Nicolette Kaszor, Richard Leikkari, Sheila Chevrier

RÉGION DU QUÉBEC

Marino Argentin

RÉGION DE L'ATLANTIQUE

Rodney Smith, Dr Gillian Bailey, Susan Ross

RENSEIGNEMENTS

GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

First Nations and Inuit Health Branch,
Direction générale de la santé des Premières
nations et des Inuits (DGSPNI)
<http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni>

Programmes de santé communautaire
<http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/pc/index.htm>

Programme des services de santé non assurés
<http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ssna/index.htm>

Portail des Autochtones du Canada :
Services de santé et sociaux
<http://www.aboriginalcanada.gc.ca/abdt/interface/interface2.nsf/frndoc/8.html>

Affaires indiennes et du Nord Canada :
Statistiques et rapports
http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/sts/index_f.html

Statistics Canada
http://www.statcan.ca/start_f.html

Recensement de 1996 :
Tableaux sur les Autochtones
http://www.statcan.ca/francais/census96/jan13/nalis9_f.htm

Statistique de santé (Canada)
http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/health_f.htm

BUREAUX RÉGIONAUX, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS (DGSPNI)

RÉGION DE L'ATLANTIQUE

Maritime Centre, bureau 1816
1505, rue Barrington
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3Y6
Tél. : (902) 426-6201
Télec. : (902) 426-8675

RÉGION DU QUÉBEC

Complexe Guy-Favreau, tour Est, pièce 202
200, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H2Z 1X4
Tél. : (514) 283-4774
Télec. : (514) 283-7392

RÉGION DE L'ONTARIO

1547, ch. Merivale
Nepean (Ontario) K1A 0L3
Tél. : (613) 952-0087
Télec. : (613) 952-5748

RÉGION DU MANITOBA

391, av. York, bureau 300
Winnipeg (Manitoba) R3C 4W1
Tél. : (204) 983-4171
Télec. : (204) 983-0079

RÉGION DE LA SASKATCHEWAN

1920, rue Broad, 18^e étage
Regina (Saskatchewan) S4P 3V2
Tél. : (306) 780-5413
Télec. : (306) 780-7733

RÉGION DE L'ALBERTA

9700, av. Jasper, bureau 730
Edmonton (Alberta) T5J 4C3
Tél. : (780) 495-7373
Télec. : (780) 495-2687

RÉGION DU PACIFIQUE

Immeuble Fédéral, bureau 540
757, rue Hastings Ouest
Vancouver (Colombie-Britannique) V6C 3E6
Tél. : (604) 666-3235
Télec. : (604) 666-6024

SECRÉTARIAT DU NORD

60, rue Queen, 14^e étage
 Ottawa (Ontario) K1A 0K9
 Tél. : (613) 946-8081
 Téléc. : (613) 954-9935

GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX

British Columbia Vital Statistics
<http://www.vs.gov.bc.ca/stats/indian/index.html>
 Northwest Territories Health and Social Services
<http://www.hlthss.gov.nt.ca>

ORGANISATIONS AUTOCHTONES

Organisation nationale de la santé autochtone
<http://www.naho.ca/>
 Assemblée des Premières nations
<http://www.afn.ca/Programs/Health%20Secretariat/health.htm>
 Inuit Tapiriit Kanatami
<http://www.tapirisat.ca/sitemap/departments/Health/health.html>

ORGANISATIONS INTERNATIONALES

Indian Health Service Annual Report
 (États-Unis – Amérindiens et Autochtones de l'Alaska)
<http://www.ihs.gov/publicinfo/publications/trends98/trends98.asp>
 Australia Indigenous Health Infonet
<http://www.healthinfonet.ecu.edu.au>

ANNEXES

Annexe 1

Répartition de la population du Canada (1996) et des Premières nations, selon les données de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (1979 et 1999) selon le groupe d'âge

	Canada 1996	Premières nations 1979	Premières Nations 1999 Statistique de l'état civil	Premières Nations 1999 maladies à déclaration obligatoire
0 à 4	1 917 825	34 735	54 225	43 098
5 à 9	1 990 015	36 988	54 289	43 297
10 à 14	1 993 440	37 758	48 199	38 217
15 à 19	1 959 120	35 257	41 213	33 374
20 à 24	1 898 050	28 130	36 752	29 426
25 à 29	2 030 675	20 789	35 805	29 020
30 à 34	2 468 235	16 080	34 883	28 224
35 à 39	2 544 030	12 376	32 977	27 210
40 à 44	2 317 670	10 053	26 762	22 281
45 à 49	2 093 850	8 465	20 026	16 996
50 à 54	1 616 545	6 791	15 225	13 675
55 à 59	1 301 705	5 617	11 308	9 830
60 à 64	1 187 750	4 294	8 668	7 583
65 à 69	1 105 945	3 824	6 095	5 415
70 à 74	955 990	2 899	4 246	3 790
75 à 79	678 245	2 061	2 847	2 666
80 et plus	787 650	2 157	3 513	3 569
Total	28 846 740	268 274	437 035	357 670

Note : La population des Premières nations est comprise à la fois dans les données de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et l'ensemble de la population canadienne.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; Statistique Canada. No au catalogue : 93-357-XPE.

Annexe 2

Classification internationale des maladies 9^e révision (CIM-9), description des chapitres

Chapitre CIM-9	DESCRIPTION	FORME ABRÉGÉE ¹
1	Maladies infectieuses et parasitaires	Infectieuses et parasitaires
2	Néoplasme	Cancer
3	Maladies d'origine endocrinienne, alimentaire et métabolique et du système immunitaire	Systèmes endocrinien et immunitaire
4	Maladies du système sanguin et hématopoïétiques	Maladies du système sanguin
5	Troubles mentaux	Troubles mentaux
6	Maladies du système nerveux et des organes sensoriels	Système nerveux
7	Maladies du système circulatoire	Système circulatoire
8	Maladies du système respiratoire	Système respiratoire
9	Maladies du système digestif	Système digestif
10	Maladies du système génito-urinaire	Système génito-urinaire
11	Complications associées à la grossesse, à l'accouchement et à la puerpéralité	Complications associées à la grossesse
12	Dermatose et maladies des tissus sous-cutanés	Dermatose
13	Maladies du système musculo-squelettique et des tissus conjonctifs	Musculo-squelettique
14	Anomalies congénitales	Anomalies congénitales
15	Certaines conditions débutant durant la période périnatale	Conditions périnatales
16	Symptômes, signes et conditions non définies	Symptômes non définis
17	Blessures et empoisonnement	Blessures et empoisonnement

¹Abréviations ou acronymes utilisées dans le texte.

Source : Classification internationale des maladies, version révisée de 1975, vol. 1, Organisation mondiale de la santé.

Annexe 3

Taux de mortalité des Premières nations¹ selon l'âge, le sexe et les taux regroupés, 1999

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Taux regroupés
85 et plus	7 915,1	4 569,2	5 851,9
80 à 84	6 469,9	4 528,0	5 338,1
75 à 79	5 561,5	3 287,2	4 249,4
70 à 74	3 825,2	2 465,5	3 085,0
65 à 69	2 708,9	1 492,7	2 067,3
60 à 64	1 581,7	1 003,2	1 269,0
55 à 59	959,5	967,8	963,9
50 à 54	479,0	442,1	459,8
45 à 49	507,8	501,1	504,3
40 à 44	307,9	217,9	261,6
35 à 39	246,7	167,0	206,2
30 à 34	290,8	155,7	223,6
25 à 29	220,0	102,2	162,0
20 à 24	361,1	139,5	253,0
15 à 19	150,9	109,9	131,0
10 à 14	80,2	25,8	53,9
5 à 9	32,1	11,4	22,1
0 à 4	150,4	171,1	160,4

¹ Taux pour 100 000 habitants.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et Statistique Canada. No au catalogue : 82F0075XCB.

Annexe 4
Principales causes de décès chez les Premières nations selon le groupe d'âge, 1999

Groupe d'âge ¹	Classement	Cause de décès	Fréquence	Taux ²	Pourcentage
1 à 9 ³	1	Accidents causés par un incendie ou les flammes (E890-898) ⁴	9	11,2	26
	2	Accidents d'automobile (E810-825)	8	10,0	24
	3	Autres blessures (à l'exception des accidents automobiles et des incendies)	8	10,0	24
	4	Autres causes	9	11,2	26
			34		
10 à 19	1	Suicide et blessures intentionnelles (E950-959)	30	38,6	38
	2	Accidents d'automobile (E810-825)	24	30,9	30
	3	Noyade et submersion accidentelles (E910-915)	8	10,3	10
	4	Autres causes	18	23,2	23
			80		
20 à 44	1	Suicide et blessures intentionnelles (E950-959)	84	53,6	23
	2	Accidents d'automobile (E810-819)	56	35,7	15
	3	Homicide (E960-969)	27	17,2	7
	4	Empoisonnement accidentel dû aux drogues (E850-858)	23	14,7	6
	5	Noyade et submersion accidentelles (E910-915)	20	12,8	5
	6	Autres causes	157	100,1	43
			367		
45 à 64	1	Cardiopathie ischémique (410-414)	67	126,6	17
	2	Cancer du poumon (162)	23	43,4	6
	3	Accidents d'automobile (E810-819)	20	37,8	5
	4	Diabète (250)	16	30,2	4
	5	Maladie chronique du foie et cirrhose (571)	15	28,3	4
	6	Autres causes ⁵	249	470,4	64
			390		
65 et plus	1	Cardiopathie ischémique (410-414)	117	755,7	20
	2	Autres formes de cardiopathie (420-429)	51	329,4	9
	3	Maladie cérébrovasculaire (430-438)	43	277,7	7
	4	Cancer du poumon (162)	40	258,3	7
	5	Pneumonie et <i>influenza</i> (480-487)	37	239,0	6
	6	Autres causes	287	1 853,6	50
			575		

Note :

¹ Un total de 37 décès a été exclu parce que l'âge était inconnu au moment du décès.

² Taux pour 100 000 habitants.

³ On a enregistré 65 décès chez les enfants de moins de 1 an.

⁴ Les codes sont ceux de la CIM-9.

⁵ Le cancer du sein est compris dans la catégorie « Autres » causes pour le groupe d'âge des 45 à 64 ans. Il y avait 20 cas de cancer du sein dans cette population.

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Annexe 5

Nombre d'admissions au Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) par la communauté

Nombre de patients admis aux Centres de traitement du PNLAADA, 1989-1990 à 1999-2000											
	89/90	90/91	91/92	92/93	93/94	94/95	95/96	96/97	97/98	98/99	99/00
Admissions	3 666	3 878	4 708	4 544	4 638	4 596	4 613	4 987	4 840	3 857	3 489

Pourcentage de personnes qui consomment de l'alcool, de drogue ou d'autres substances primaires, Centres de traitement du PNLAADA, 1989-1990 à 1999-2000											
	89/90	90/91	91/92	92/93	93/94	94/95	95/96	96/97	97/98	98/99	99/00
(en pourcentage)											
Alcool	55,3	53,2	60,7	57,7	55,2	56,0	49,0	50,0	50,0	48,0	43,0
Narcotiques	18,9	20,5	17,0	18,9	19,7	24,0	27,0	9,0	8,0	11,0	20,0
Hallucinogènes	9,8	11,0	9,3	7,7	8,1	2,0	1,0	17,0	18,0	16,0	10,0
Autres	4,8	2,5	3,1	3,0	5,8	9,0	10,0	11,0	11,0	12,0	14,0

Taux national de rechute, Centres de traitement du PNLAADA, 1990-1991 à 1999-2000											
	90/91	91/92	92/93	93/94	94/95	95/96	96/97	97/98	98/99	99/00	
(en pourcentage)											
	34,5	39,1	33,6	30,8	26,8	25,3	35,1	30,9	29,0	21,0	

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Annexe 6

État de santé dentaire chez les enfants de 5 à 6 ans et de 12 à 13 ans en Ontario, 1990 à 1994

Pourcentage d'enfants sans dents cariées, manquantes, extraites ou obturées	Autochtone	Né au Canada ¹	Né à l'étranger ¹
5 à 6 ans	15,0	69,0	55,0
12 à 13 ans	11,0	53,0	38,0

Nombre moyen de dents cariées, manquantes, extraites ou obturées	Autochtone	Né au Canada ¹	Né à l'étranger ¹
5 à 6 ans	6,5	1,2	2,1
12 à 13 ans	3,9	1,4	2,2

¹ Ne comprend pas les enfants autochtones.

Sources : MOH DIS, 1993-94; OHS Enfants autochtones du Canada 1990-1991; Leake et Main, 1996

Annexe 7
Pourcentage de logements convenables dans les réserves au Canada, 1989-1990 à 1999-2000

Exercice	Nombre total d'unités de logements	Nombre d'unités de logements convenables	Nombre d'unités de logements convenables en pourcentage	Réseaux d'aqueduc adéquats	Réseaux d'aqueduc adéquats en pourcentage	Évacuation adéquats des eaux usées	Évacuation adéquats des eaux usées en pourcentage
1989-90	60 509	24 659	40,8	52,081	86,1	47 839	79,1
1990-91	64 402	28 209	43,8	55,645	86,4	51 505	80,0
1991-92	67 282	30 633	45,5	60,956	90,6	53 784	79,9
1992-93	71 531	31 460	44,0	65,397	91,4	59 315	82,9
1993-94	73 683	33 665	45,7	67,826	92,1	63 069	85,6
1994-95	76 385	34 875	45,7	72,092	94,4	66 978	87,7
1995-96	78 187	39 020	49,9	74,945	95,9	70 287	89,9
1996-97	80 443	41 885	52,1	77,269	96,1	73 638	91,5
1997-98	83 008	45 153	54,4	80,674	97,2	76 916	92,7
1998-99	85 647	47 140	55,0	83,734	97,8	79 848	93,2
1999-00	88 485	50 313	56,9	86,763	98,1	82 999	93,8

Note :

1. Par unité de logement convenable, on entend le nombre d'unités de logement qui n'ont pas besoin de rénovations ou de remplacements mineurs ou majeurs.
2. Les réseaux d'aqueduc sont les suivants : la tuyauterie, les puits communautaires et particuliers, le camion de type A et B, et les autres. Note : Bien que l'alimentation en eau par camion de type B (du camion au baril) soit convenable, il n'en demeure pas moins que les maisons n'ont pas de plomberie pour accommoder ce service, mais elles peuvent tout de même être considérées comme inadéquates.
3. Les réseaux d'aqueduc convenables sont les suivants : la tuyauterie, les fosses et les champs d'épuration communautaires et particuliers, les camions de vidage de fosses septiques et les autres.
4. Les données de la Colombie Britannique ne comprennent pas les mises à jour apportées à l'infrastructure depuis 1987 chez certaines Premières nations participant au programme des modes optionnels de financement.
5. Les données de 1990-1991 ont été utilisées pour la Colombie-Britannique en 1991-1992.

Source : Système de gestion des immobilisations de 1989-2000, Direction générale de la gestion de l'information, Affaires indiennes et du Nord Canada.

Annexe 8
Poids faibles et poids élevés à la naissance chez les Premières nations exprimés en pourcentage de naissances vivante, selon l'âge de la mère, 1999

Âge de la mère	Premières nations		
	Total des naissances	Total des faibles poids à la naissance	Total des poids élevés à la naissance
10 à 14	36	2	6
15 à 19	1 694	92	309
20 à 24	2 363	142	529
25 à 29	1 712	108	391
30 à 34	889	72	228
35 à 39	358	34	80
40 et plus	68	3	14

Source : Santé Canada, statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Annexe 9

Nombre et pourcentage de cas déclarés de SIDA chez les Autochtones¹, Canada, 1992 à 2001

Année	Cas de SIDA chez les Autochtones ²	Pourcentage de cas de SIDA chez les Autochtones par rapport à tous les cas de SIDA
1992	25	1.7
1993	32	2.1
1994	35	2.3
1995	50	3.5
1996	38	3.9
1997	47	7.5
1998	47	8.2
1999	44	10.7
2000	27	7.4
2001	14	7.2

¹Comprend les Inuits, les Métis, les Amérindiens et les Autochtones non définis.

²Ajusté en fonction des délais dans la déclaration.

Source : Santé Canada, *Le VIH et le SIDA au Canada. Rapport de surveillance au 31 décembre 2001*, avril 2002.

Annexe 10

Congés de l'hôpital pour toutes les causes, Premières nations, Manitoba, Saskatchewan, 1991 à 1997

Année	Taux brut pour 100 000 habitants		
	Premières nations	Manitoba	Saskatchewan
1991	31 174,2	12 788,8	18 060,8
1992	30 904,8	12 505,6	17 632,0
1993	29 013,6	12 165,6	16 215,9
1994	27 509,2	12 029,3	15 010,3
1995	25 835,3	11 623,1	14 359,1
1996	24 650,6	11 193,2	13 855,0
1997	23 800,8	10 949,1	13 576,2

Source : Santé Manitoba; Santé Saskatchewan. Base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe 11

Congés de l'hôpital en raison de certaines maladies chroniques, Premières nations¹ et provinces choisies, 1991 à 1997

	Taux brut pour 100 000 habitants						
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Cancer du côlon et du rectum (codes 153, 154, 159.0 de la CIM-9)							
Premières nations	17,54	37,59	23,07	27,74	32,13	24,27	30,40
Manitoba	86,07	82,96	84,16	78,58	72,65	77,46	77,90
Saskatchewan	93,01	90,73	88,77	80,52	76,42	75,43	76,88
Colombie-Britannique	71,20	65,17	65,47	59,79	55,81	53,71	55,47
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon (code 162 de la CIM-9)							
Premières nations	35,08	23,19	24,60	28,11	42,13	24,27	24,65
Manitoba	114,10	116,54	109,80	111,29	105,48	86,54	84,42
Saskatchewan	116,69	117,54	114,98	101,49	97,10	83,37	89,40
Colombie-Britannique	108,12	99,04	88,24	70,50	65,59	61,34	58,27
Cancer de la prostate (code 185 de la CIM-9)							
Premières nations	31,25	37,22	41,24	37,44	34,71	32,32	37,62
Manitoba	94,00	86,01	74,24	67,38	65,84	60,89	58,80
Saskatchewan	116,19	103,49	94,63	80,82	72,58	64,16	66,41
Colombie-Britannique	74,87	71,08	64,08	52,23	41,86	44,30	41,82
Cancer du sein chez la femme (code 174 de la CIM-9)							
Premières nations	51,22	51,38	34,96	24,13	60,63	56,83	58,71
Manitoba	74,62	68,32	62,98	59,20	68,14	63,98	63,03
Saskatchewan	92,81	87,73	71,09	72,90	70,91	64,07	72,18
Colombie-Britannique	71,29	66,80	61,12	58,42	56,33	56,45	58,97
Diabète (code 250 de la CIM-9)							
Premières nations	474,86	473,47	449,42	405,81	396,62	406,75	374,54
Manitoba	133,65	133,60	152,41	169,87	154,86	163,56	157,56
Saskatchewan	275,13	280,05	234,73	206,44	211,83	202,09	212,83
Colombie-Britannique	122,28	110,45	108,28	100,97	102,23	95,73	95,38
Maladie cérébrovasculaire (codes 430-438 de la CIM-9)							
Premières nations	132,81	164,75	148,78	174,24	151,01	156,04	160,76
Manitoba	248,56	259,56	260,33	276,71	284,15	284,46	280,36
Saskatchewan	351,36	360,31	347,33	335,93	341,53	311,81	308,58
Colombie-Britannique	271,32	261,80	267,20	252,40	241,70	237,97	230,92
Cardiopathie ischémique (codes 410-414 de la CIM-9)							
Premières nations	271,05	288,72	290,26	294,83	307,02	308,97	319,15
Manitoba	546,96	540,40	558,46	544,44	536,88	552,62	533,34
Saskatchewan	785,04	795,10	749,26	674,82	682,67	697,39	684,46
Colombie-Britannique	566,89	538,23	532,13	519,81	527,60	519,41	497,20

¹ Les Premières nations comprennent la population de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba.

Source : Santé Manitoba; Santé Saskatchewan, Ministry of Health Planning de la Colombie Britannique, Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).

FORMULAIRE D'ÉVALUATION

Aidez-nous à améliorer la présente publication. Vos commentaires sur le contenu du rapport nous serviront à préparer ceux qui viendront ensuite.

Veuillez transmettre vos commentaires à l'adresse suivante :

Profil statistique de la santé des Premières nations du Canada
Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Division de l'information sur la santé et de l'analyse, IA N° 1921D
Ottawa (Ontario) K1A 0L3

Télec. : (613) 948-2110
Courriel : fnihb_stats@hc-sc.gc.ca

Nom :

Titre :

Organisation :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

1. À votre avis, quelles sections sont les plus utiles?

2. À votre avis, quelles sections sont les moins utiles?

3. Quelle autre type d'information aimeriez-vous voir dans le texte, les figures ou les tableaux du prochain rapport?

4. Avez-vous des sujets précis à suggérer pour les prochaines versions?

5. Avez-vous d'autres suggestions en vue d'améliorer l'utilité de la publication?

6. Quel usage comptez-vous faire de la présente publication?

7. Avez-vous d'autres commentaires à ajouter au sujet du rapport?

