



L'ÉTAT DE SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS, DES MÉTIS ET DES INUITS DU CANADA

Document de travail joint à
Renouvellement des soins de santé au Canada: Accélérer le changement
(Janvier 2005)



Remerciements :

Le Conseil canadien de la santé remercie les personnes suivantes de leurs contributions au rapport. Il remercie d'abord de leurs conseils les membres du Groupe de travail sur les Canadiens en bonne santé, soit Roberta Jamieson (présidente), Bernie Blais, Nellie Cournoyea, Jose Kusugak, Brian Postl et Verda Petry. Le rapport a été produit par Claudette Dumont-Smith et Nancy Gibson a formulé des commentaires perspicaces. Kathryn MacDonald, membre du personnel du Conseil, a aussi fourni de l'appui au rapport.

Veillez noter que les renseignements contenus dans le rapport ont été réunis avant septembre 2004.

Table des matières

	Page
Sommaire	3
1. Avant-propos	8
2. Introduction	9
3. Profil démographique de la population autochtone du Canada	12
4. L'état de santé des Premières nations, des Inuits et des Métis – ce que l'on sait	15
5. Indicateurs de santé	20
6. Déterminants de la santé	21
7. Où sont les lacunes de l'information sur l'état de santé?	29
8. Cadre de l'établissement de rapports sur la santé autochtone – Mise à jour	31
9. Prochaines étapes	34
Conclusions et recommandations	35
Pratiques exemplaires : Projet sur les soins primaires d'Eskasoni	37
Annexe	38
Références	66

Sommaire

Ce rapport vise à présenter un tableau détaillé de l'état de santé actuel des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis au Canada. L'information nécessaire à la production du rapport provient de diverses sources fédérales, provinciales, territoriales et indiquées dans la Section 4. À cause des diverses façons de recueillir l'information, ou parce qu'elle n'est pas recueillie dans certains cas, une évaluation exacte de l'état de santé des peuples autochtones continue toutefois de nous échapper pour le moment.

Les Métis, les Premières nations et les Inuits sont différents et se distinguent les uns des autres par leur histoire. De plus, on trouve une importante diversité dans les groupes. La plupart des données canadiennes existantes sur les Autochtones sont tirées de la population indienne de plein droit. Ce facteur peut causer des problèmes considérables lorsqu'on essaie de comprendre la santé générale des Autochtones du Canada. (CIHI 2004).

En dépit de cet obstacle, les données sur la santé recueillies aux niveaux national et provincial/territorial indiquent toutefois que l'état de santé des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis est beaucoup moins bon que celui du reste de la population canadienne.

Les peuples autochtones du Canada étaient en bonne santé lorsque les Européens sont arrivés, comme le confirment divers documents historiques. Une relation « spéciale » s'est établie entre les peuples autochtones et la Couronne au sujet de la prestation des soins de santé. La signature de traités en particulier qui, pour les peuples autochtones, signifient qu'ils ont un « droit » continu aux soins de santé, a confirmé cette relation. Des traités, comme le Traité 6 (la « clause relative aux médicaments »), ont toutefois suscité de l'ambiguïté au sujet de la responsabilité à l'égard des besoins des peuples autochtones dans le domaine de la santé.

Au fil des ans, la colonisation et d'autres politiques, comme les pensionnats et la Loi sur les Indiens, ont miné le mode de vie traditionnel de beaucoup d'Autochtones. Cette érosion a eu un effet négatif sur la santé et le mieux-être de particuliers, de leur famille et de leur collectivité.

La Section 3 présente un profil démographique des peuples autochtones du Canada. Les renseignements contenus dans cette section proviennent principalement du dernier recensement, ainsi que d'Affaires indiennes et du Nord Canada, et précisent le nombre de membres des Premières nations, d'Inuits et de Métis qui vivent actuellement au Canada. Cette section décrit brièvement chaque groupe, y compris leur lieu de résidence et la répartition de la population selon l'âge, qui ne ressemble pas à celle de la population canadienne en général. Les membres des Premières nations, les Inuites et les Métis sont beaucoup plus jeunes que la population canadienne dans l'ensemble – il faut en tenir compte dans les prévisions sur la santé et la planification des programmes.

La Section 4 constitue le point de convergence du rapport. L'information sur l'état de santé des peuples autochtones provient de diverses sources, notamment de l'Organisation nationale de la santé autochtone, de ministères fédéraux comme Santé Canada, Affaires indiennes et du Nord Canada et Statistique Canada, ainsi que de quelques provinces et territoires. On recueille toutefois de l'information principalement sur « le statut » des membres des Premières nations et des Inuits et il y a très peu de données qui portent spécifiquement sur les Métis.

Comme le signalent des sources fédérales, les obstacles à l'étude de données sur les Premières nations et les Inuits comprennent notamment les suivants :

- ❑ dans nombre de cas, les Autochtones ont accès aux soins de santé à partir d'hôpitaux ou de médecins en pratique privée relevant de la compétence des provinces; les données relatives à ces services n'identifient pas nécessairement les clients comme des membres des Premières nations ou des Inuits;
- ❑ à l'exception des données sur les maladies transmissibles¹, entre 1993 et 1999, on n'a pas compilé d'information sur l'état de santé des membres des Premières nations et des Inuits à l'échelon national;
- ❑ la collecte des statistiques de l'état civil et leur déclaration à Santé Canada varient d'un bout à l'autre du Canada :
 - la région de l'Atlantique, le Québec et l'Ontario ne fournissent pas à Santé Canada de statistiques de l'état civil. Dans ces régions, les statistiques proviennent en général des infirmières en santé communautaire² et la couverture de l'information statistique sur la population autochtone varie de 90 % dans la région de l'Atlantique à 50 % au Québec;
 - le Nunavut est incapable de fournir des données spécifiques aux Inuits – le système de statistiques de l'état civil n'y est pas encore créé;
 - le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest fournissent à Statistique Canada des statistiques démographiques sur toute la population et non sur des populations précises comme les Premières nations, les Inuits ou les Métis;
- ❑ on fournit à Santé Canada, chaque année, les taux d'immunisation des populations des Premières nations vivant dans des réserves. Dans le cas de la population hors réserve, ces renseignements sont gérés à l'échelon provincial, ne reflètent peut-être pas la situation des Premières nations et sont inaccessibles pour Santé Canada;
- ❑ dans la plupart des régions du Canada, les infirmières en santé communautaire fournissent de l'information sur les maladies à déclaration obligatoire aux bureaux régionaux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Au Manitoba, le ministère provincial de la Santé publique suit l'information sur les maladies à déclaration obligatoire chez les membres des Premières nations. Ces renseignements ne sont pas disponibles dans le cas des membres des Premières nations qui vivent hors réserve;
- ❑ trois provinces – la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba – peuvent distinguer et analyser jusqu'à un certain point l'information sur la santé des Premières nations au moyen de leurs bases de données sur les hôpitaux. À l'heure actuelle, seul le Bureau de la Région du Pacifique de la DGSPNI publie régulièrement des rapports d'utilisation des hôpitaux par les Premières nations (Santé Canada, 2003b).

Santé Canada indique aussi que l'on recueille très peu d'information sur la santé en dehors des dossiers sur les services de santé non assurés dans le cas de la population inuite. Ni Santé Canada, ni Affaires indiennes et du Nord ne recueillent d'information sur la santé des Métis.

Des provinces et des territoires recueillent des statistiques sur la santé de la population autochtone, mais leur façon de procéder, y compris les indicateurs spécifiques de la santé, diffère. Les provinces et les territoires qui fournissent des statistiques sur la santé de la

¹ Au cours de cette période, on a utilisé dans toutes les provinces des formulaires fédéraux de rapports de cas de tuberculose et de SIDA et indiqué l'ascendance autochtone de la personne en cause – Indien inscrit, Inuit ou Métis. Dans le cas de la tuberculose, les formulaires de déclaration indiquaient aussi si la personne en cause (Indien inscrit) vivait dans une réserve ou hors réserve (Santé Canada, 2003b).

² Les infirmières en santé communautaire sont les principaux prestataires de soins de santé dans la plupart des collectivités des Premières nations.

population autochtone indiquent dans la plupart des cas que l'état de santé des Autochtones de leur territoire respectif est plus mauvais que celui de leurs homologues des provinces et des territoires.

Compte tenu de la liste des indicateurs comparables de l'état de santé approuvés par la Conférence des sous-ministres de la Santé en 2004, l'état de santé des peuples autochtones est très inférieur à celui du reste de la population canadienne.

- ❑ L'espérance de vie des membres des Premières nations et des Inuits est moins élevée que celle des Canadiens à l'échelon national, provincial et territorial.
- ❑ Les taux de mortalité infantile des Premières nations sont plus élevés que les taux nationaux et provinciaux et l'écart est encore plus marqué dans le cas des Inuits du Nunavik, du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest.
- ❑ Compte tenu de l'information nationale, l'incidence des cas de faible poids à la naissance est à la hausse dans les populations des Premières nations comparativement au reste du Canada. C'est chez les Inuits que l'incidence est la plus élevée.
- ❑ Le taux brut de mortalité des Premières nations est plus élevé que les taux canadiens et ceux des provinces qui sont disponibles. Les quatre principales causes de mortalité chez les membres des Premières nations sont les traumatismes et l'empoisonnement, les maladies circulatoires, le cancer et les maladies respiratoires. On s'attend à ce que le taux de mortalité des résidents de tous les territoires augmente entre 2000 et 2006 si les conditions ne changent pas.
- ❑ Le cancer du poumon est le type de cancer le plus répandu chez tous les peuples autochtones, suivi de celui de la prostate et du cancer colorectal chez les hommes et de celui du sein et du cancer colorectal chez les femmes.
- ❑ La cardiopathie ischémique est la principale cause de mortalité chez les membres des Premières nations âgés de 45 ans et plus, selon les statistiques nationales, et c'est la principale cause en Colombie-Britannique et en Saskatchewan.
- ❑ Le suicide est la principale cause d'années potentielles de vie perdues à la fois chez les membres des Premières nations et chez les Inuits.
- ❑ La tuberculose est toujours évidente chez les membres des Premières nations et les Inuits, où le taux en est six et 17 fois plus élevé respectivement que dans le reste du Canada.
- ❑ Les taux d'infections transmises sexuellement comme la chlamydie génitale et le VIH sont plus élevés chez les membres des Premières nations et les Inuits selon les gouvernements provinciaux/territoriaux et national.
- ❑ Le taux de diabète augmente régulièrement chez les membres des Premières nations et les Inuits, mais l'augmentation est beaucoup plus marquée dans le dernier groupe. Chez les Métis, le taux de diabète ressemble à celui des Premières nations.
- ❑ Il y a plus de fumeurs chez les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis. Le taux de tabagisme chez les adolescents dépasse aussi la moyenne du Canada.
- ❑ Les résidents des TNO ont tendance à être plus actifs que le reste de la population canadienne. Les Inuits du Nunavut ont un taux d'activité qui ressemble à celui du reste des Canadiens.

- ❑ Selon l'Organisation nationale de la santé autochtone, la dépression majeure pose un problème chez les membres des Premières Nations.
- ❑ Inuit Tapiriit Kanatami considère que la santé mentale et la prévention du suicide constituent le principal problème de santé chez les Inuits.
- ❑ Les taux d'obésité sont deux fois plus élevés dans les Premières nations que dans le reste de la population canadienne.
- ❑ Beaucoup de membres des Premières nations et d'Inuits adultes plus âgés ne reçoivent pas les services de soins à domicile dont ils ont besoin.

Afin de s'attaquer à ces disparités, le Conseil canadien de la santé suggère d'adopter une stratégie basée sur la santé des populations pour planifier les améliorations de l'état de santé des peuples autochtones. Les principes qui sous-tendent l'approche axée sur la santé des populations tiennent compte des déterminants généraux de la santé. Ces principes appuient fermement la croyance des Autochtones selon laquelle pour être en bonne santé, il faut réussir à établir un équilibre entre tous les domaines – spirituel, mental, émotionnel, physique et social. La démarche repose sur les principes selon lesquels :

- la santé est déterminée par les interactions complexes entre les caractéristiques individuelles, les facteurs sociaux et économiques et les environnements physiques;
- la santé d'une population est étroitement liée à la répartition de la richesse dans cette population;
- les stratégies visant à améliorer la santé de la population doivent tenir compte de l'éventail complet des facteurs déterminants la santé;
- on peut réaliser des gains importants sur le plan de la santé en mettant l'accent sur les interventions axées sur la santé de l'ensemble de la population(ou de sous-groupes importants) plutôt que sur celle des individus;
- l'amélioration de la santé est une responsabilité partagée qui oblige à adopter des politiques publiques favorables la santé dans les secteurs extérieurs au système de santé traditionnel.

Le Conseil recommande aussi qu'on mette en place des systèmes afin de fournir l'information nécessaire pour permettre d'évaluer avec précision l'état de santé actuel des Premières nations, des Inuits et des Métis.

Le Conseil préconise la mise en œuvre des mesures suivantes afin de relever les défis infrastructurels et entre niveaux de compétence et de s'attaquer aux disparités sanitaires communes aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis :

- 1- Permettre aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis d'être partenaires à part entière avec les administrations fédérale, provinciales et territoriales pour élaborer et mettre en œuvre le Cadre de l'établissement de rapports sur la santé autochtone, s'attendre à ce qu'ils le fassent et les respecter à ce titre. Permettre aux populations autochtones de recueillir de l'information sur la santé qui établit un niveau de référence exact; permet de comparer et de suivre leur état de santé à l'intérieur de leur population et entre elles et de le comparer à celui du reste de la population canadienne; répond aux besoins en information des dirigeants communautaires et reflète les réalités particulières des peuples autochtones.
- 2- Adopter un modèle de santé des populations afin de s'attaquer aux disparités sur le plan de la santé pour les Premières nations, les Inuits et les Métis. Permettre à tous les

ministères et organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux de travailler en partenariat avec des organisations autochtones qui surveillent des programmes et des services, les gèrent ou donnent des conseils en la matière, et les obliger à le faire, afin de tenir compte des déterminants de la santé qui ont une incidence sur les Inuits, les Métis et les Premières nations.

- 3- En partenariat avec les divers paliers de gouvernement, définir les ressources nécessaires pour répondre aux besoins particuliers sur le plan de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis qui vivent dans des collectivités rurales, éloignées ou qui ont des défis socioéconomiques à relever. S'attaquer en priorité à la pénurie courante et continue de prestataires de services de santé, et en particulier d'infirmières, auxquels ont accès ces groupes. Assurer que l'on consacre les ressources nécessaires à la mise en œuvre de programmes de formation qui augmenteront le nombre de prestataires de services de santé inuits, métis et des Premières nations, à court, moyen et long termes. Reconnaître qu'il faut que les ressources soient disponibles et accessibles. Il faut éviter des obstacles comme ceux que crée l'utilisation de modèles normalisés de programmes ou de financement afin de pouvoir répartir et utiliser des ressources.

En dépit des défis, il y a plusieurs collectivités où les Autochtones ont réussi à améliorer leur état de santé. Les Premières nations d'Eskasoni sont un exemple de collectivité où l'on a établi des partenariats avec des organismes fédéraux et provinciaux pour offrir des programmes et des services de santé spécifiques et appropriés sur le plan culturel et personnalisés en fonction des besoins des résidents des Premières nations d'Eskasoni. Cet effort semble avoir eu des effets positifs sur la santé de la population d'Eskasoni. Le présent rapport décrit brièvement ce projet en particulier.

1. Avant-propos

1.1 Historique

Dans l'Accord sur la santé de 2003, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu de travailler en partenariat les uns avec les autres, avec les prestataires de soins de santé et la population canadienne afin de renouveler ou de réformer le système public actuel de soins de santé. L'Annexe A contient des détails au sujet de l'Accord sur la santé de 2003. L'Annexe B en présente sur le Conseil canadien de la santé.

L'Accord sur la santé mentionne spécifiquement les peuples autochtones³ et les efforts particuliers que doivent déployer tous les intervenants pour améliorer leur état de santé général. Le gouvernement fédéral s'est donc engagé à augmenter son financement afin d'améliorer le statu quo et de collaborer avec d'autres administrations, ainsi qu'avec les peuples autochtones, pour atteindre les objectifs fixés dans l'Accord sur la santé. Ces objectifs comprennent les trois priorités du Fonds de réforme de la santé, soit les soins de santé primaires, les soins à domicile et l'assurance contre le coût catastrophique des médicaments. Les premiers ministres ordonnent en outre aux ministres de la Santé de consulter les peuples autochtones afin d'établir un Cadre comparable de l'établissement de rapports sur la santé autochtone, de consulter au sujet de l'utilisation d'indicateurs comparables et d'établir l'infrastructure de données nécessaire. Ces mesures serviront à établir des paramètres de référence en fonction desquels évaluer les progrès et des résultats clés.

La production de ce document de travail repose sur le principe directeur suivant :

La santé des Canadiens dépend de notre capacité de régler efficacement le problème des disparités qui touchent les personnes les plus à risque, et en particulier :

- les Premières nations, les Inuits et les Métis;***
- les enfants et les adolescents;***
- les personnes âgées;***
- les personnes qui ont des problèmes de santé mentale.***

Ce rapport porte avant tout sur l'état de santé des Premières nations, des Inuits et des Métis. Compte tenu des renseignements disponibles sur l'état de santé de ces groupes, le rapport indiquera :

- ce que l'on connaît;
- les connaissances qui manquent;
- les renseignements qu'il faut réunir afin d'établir un cadre approprié de production de rapports sur ces collectivités;
- ce qu'il faut pour donner suite à un engagement clé pris dans l'Accord, soit créer un Cadre d'établissement de rapports sur la santé autochtone;
- les interventions futures recommandées.

³ Premières nations, Inuits et Métis.

2. Introduction

L'état de santé actuel des Autochtones est très inférieur à la moyenne nationale. On dit souvent que leur situation socioéconomique ressemble à celle des pays en développement. Ça n'a pas toujours été le cas. Au moment où ils ont eu leurs premiers contacts avec les Européens, les Autochtones étaient en bonne santé – ce qui est bien documenté dans des documents historiques et démontré par des résultats de travaux de paléobiologie (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996). Après la période de contact, beaucoup d'Autochtones sont toutefois tombés malades et sont morts de maladies infectieuses qu'ils ne connaissaient pas, comme la grippe, la polio, la rougeole, la variole et la diphtérie (ibid.).

Les ossements datent indiscutablement de la période précolombienne... et ne portent en général aucune marque de maladie. Les grandes épidémies [comme celles qui ont frappé l'Europe pendant l'Époque coloniale] étaient totalement inconnues chez eux... Il n'y avait pas de peste, de choléra, de typhus, de petite vérole ni de rougeole. Le cancer était rare, et même les fractures. Les nevi (tumeurs de la peau) n'existaient apparemment pas, et les pieds étaient parfaitement sains (pas de pieds plats). Et à en juger par ce que l'on a appris depuis, les troubles mentaux et les autres affections graves étaient beaucoup plus rares chez les Indiens que dans la population blanche (CRPA, 1996).

Divers facteurs (déterminants de la santé) jouent directement sur l'état de santé d'une personne ou d'une population. On peut toutefois relier ou retracer aussi les disparités au niveau de l'état de santé des Autochtones au début de la colonisation.

Dès les XVIII^e et XIX^e siècles, les dirigeants autochtones ont cherché et sont parvenus à conclure, avec les représentants de la Couronne britannique, des accords pour lutter contre la détérioration de l'état de santé de leurs populations découlant de « nouvelles » maladies infectieuses et de la pauvreté. Le gouvernement fédéral et les Premières nations ont signé de nombreux traités⁴ – Traité 6 (1876), Traité 8 (1899), Traité 10 (1906) et Traité 11 (1921) – affirmant que la Couronne fournirait des soins de santé aux membres des Premières nations en contrepartie de l'utilisation de leurs terres et de leurs ressources. Les membres des Premières nations sont d'avis que les soins de santé constituent un droit établi par traité qui a été affirmé par la signature de traités et qui lie donc encore les parties prenantes devant la loi. À cause de la relation spéciale établie par ces accords, les peuples autochtones croient de plus que la prestation des soins de santé relève de la compétence fédérale plutôt que de celle des provinces/territoires.

De plus, beaucoup de membres des Premières nations ont consenti à vivre sur des terres « réservées » pour eux par la Couronne – ces terres appelées réserves existent toujours (CRPA, 1996). Comme ils ont été confinés sur des terres limitées, les ressources comme la nourriture et le matériel pour se vêtir, produits normalement par la chasse, le piégeage et la pêche et servant à la traite ou au troc, ont diminué rapidement. À mesure que l'accès à ces ressources et leur disponibilité diminuaient, les habitudes de vie, les moyens de subsistance et l'alimentation ont subi des changements majeurs qui ont eu un effet sur l'état de santé et le mieux-être des Autochtones. Des problèmes comme le diabète, considéré comme épidémique dans certaines collectivités, diverses formes de cancer et d'autres maladies infectieuses « nouvelles » comme le VIH/SIDA et l'hépatite C, se propagent régulièrement dans les populations autochtones et il est

⁴ Des traités entre Autochtones et pays européens ont été négociés et conclus dans le contexte d'un mécanisme d'établissement de traités enraciné dans les traditions des deux sociétés. Ces traités permettaient aux Européens de conclure un accommodement politique avec les peuples autochtones afin de coexister dans la paix et de partager les terres et les ressources de ce qui est maintenant le Canada (CRPA, vol. 1, 1996).

possible de les relier à une alimentation et des habitudes de vie malsaines, à la pauvreté et à la disparition de l'alimentation et des habitudes de vie traditionnelles des intéressés.

Au début du XX^e siècle, les Autochtones vivaient dans des conditions sanitaires et sociales tellement épouvantables que le gouvernement a chargé un médecin d'aider à améliorer l'état de santé des Premières nations, des Inuits et des Métis (CRPA, 1996). À compter de ce moment-là, les services de santé ont été dispensés par divers agents/organismes comme les agents de la GRC, les missionnaires et des représentants, que des infirmières et des médecins ont remplacés par la suite. En 1950, Santé et Bien-être social Canada avait pris en charge cette responsabilité et le ministère a créé, au fil des ans, des postes de soins infirmiers, des centres de santé et de petits hôpitaux régionaux d'un bout à l'autre du Canada pour répondre aux besoins des Indiens « inscrits » et des Inuits dans le domaine de la santé. Les Métis et les Indiens non inscrits n'avaient toutefois pas accès à la plupart de ces services fédéraux.

Les Inuits ont des connaissances et des méthodes qui leur permettent de protéger et de conserver leur propre santé et ils reconnaissent que l'environnement dans son ensemble joue sur la santé et le mieux-être. Depuis les années 50, les Inuits du Canada vivent des changements importants, autant positifs que négatifs, à la suite de mesures que le gouvernement fédéral a prises pour réagir à des éclosions de famine et de maladies infectieuses dans certaines régions de l'Arctique pour protéger la souveraineté canadienne dans l'Arctique. Les Inuits constituent une culture en transition qui cherche activement à protéger et préserver la tradition tout en adaptant à leurs propres besoins les outils du monde moderne.

D'autres événements survenus au cours des 100 dernières années ont alourdi le dilemme auquel font actuellement face les Autochtones. Ceux qui ont trait à l'expérience des pensionnats sont les plus importants à signaler. Tout au long du dernier siècle, beaucoup d'enfants des Premières nations, inuits et métis ont été arrachés de force à leur famille et placés dans des pensionnats. On a signalé que 35 % des adultes autochtones de plus de 45 ans ont fréquenté un pensionnat et y sont demeurés en moyenne six ans. Beaucoup de ceux qui ont fréquenté ces établissements sont d'avis que l'expérience a eu des répercussions sur leur santé et leur mieux-être et qu'elle continue d'en avoir (Organisation nationale de la santé autochtone 2004b).

Le déménagement des Autochtones imposé par le gouvernement a aussi eu des répercussions sur leur santé et leur mieux-être. Au cours des années 50, on a déménagé de force beaucoup d'Inuits du nord du Québec dans l'Extrême-Arctique afin de créer de nouvelles collectivités où le climat et les conditions de vie étaient beaucoup plus difficiles et les sources d'aliments, différentes. Divers organismes gouvernementaux ou agences ont aussi obligé d'autres Autochtones du Manitoba et du Labrador à quitter leurs terres ancestrales (ONSA 2004b). Ces politiques imposées ont certainement eu des répercussions négatives sur les personnes touchées directement, ainsi que sur leur descendants, et elles continuent d'en avoir.

En 1978, le gouvernement fédéral a proposé une nouvelle politique sur la santé des Premières nations qui encourageait les Autochtones à participer davantage à la planification et à la prestation des services de santé dans leurs collectivités. C'est ce qu'on a appelé le « transfert des services de santé » sous le contrôle des Premières nations. Pour le gouvernement fédéral, cela signifiait toutefois seulement le transfert du contrôle administratif et non du contrôle complet comme l'avaient prévu les Premières nations. En 1982, on a lancé un Programme pilote de santé communautaire d'une durée de cinq ans afin de faire l'essai du concept du transfert (CRPA, 1996). À l'heure actuelle, presque la moitié des Premières nations du Canada ont opté pour le transfert tandis que celles qui ne l'ont pas fait continuent de recevoir des services de santé principalement de Santé Canada.

Dans d'autres cas, les organismes de régie des Autochtones ont conclu des ententes avec des gouvernements provinciaux afin qu'ils fournissent divers services de santé à leur population. Au nombre de ces exceptions dignes de mention, mentionnons le Centre hospitalier commémoratif

Kateri à Kahnawake, la Convention de la Baie James et du Nord québécois, la Commission de santé indépendante du Labrador, la Commission de la santé des Indiens de l'Alberta et Santé Anishnabe à Toronto (CRPA, 1996). Chacun de ces organismes a négocié avec le gouvernement provincial de sa région pour qu'il fournisse des services de santé aux membres des Premières nations, aux Inuits et aux Métis vivant dans des réserves et hors réserve.

3. Profil démographique de la population autochtone du Canada

L'Article 35 de la Loi constitutionnelle de 1982 reconnaît que les peuples autochtones sont descendants des Premières nations, des Inuits et des Métis, reconnaissant ainsi les diverses langues, cultures et traditions autochtones (ICIS 2004, Santé Canada, 2003a). En 2001, les Autochtones constituaient 3,3 % de la population totale du Canada comparativement à 2,8 % en 1996 (Statistique Canada 2003a).

Dans le rapport sur le recensement de 2003, 976 305 personnes ont indiqué qu'elles étaient d'ascendance autochtone. Sur ce total, 608 850 répondants (62 %) se sont identifiés comme Indiens de l'Amérique du Nord⁵, 292 310 (30 %) comme Métis et 45 070 (5 %) comme Inuits. Les 3 % restants regroupent les Autochtones qui se sont identifiés à plus d'un groupe (Autochtone) ou qui peuvent être des Indiens inscrits ou des membres de bandes qui n'ont pas voulu se déclarer Autochtones (Statistique Canada 2003a).

3.1 Premières nations

L'expression Premières nations, que l'on utilise maintenant le plus couramment pour remplacer le mot Indien, désigne à la fois les personnes inscrites et non inscrites qui descendent des Premières nations (Santé Canada, 2003a). On peut reconnaître officiellement un membre des Premières nations comme un Indien inscrit ou visé par un traité conformément aux règles établies dans la Loi sur les Indiens et inscrit comme tel dans un registre des Indiens tenu par Affaires indiennes et du Nord Canada (ICIS 2004).

Selon Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC)⁶, 690 101 personnes étaient inscrites comme Indiens inscrits ou visés par un traité en 2001 (AINC, 2003). On prévoit que leur nombre atteindra 939 666 en 2021.

En 2002, la majorité des membres des Premières nations (57,5 %) résidaient dans des réserves, mais depuis 1981, le nombre d'entre eux qui vivent hors réserve augmente régulièrement. En 2001, 42,5 % des membres des Premières nations vivaient hors réserve comparativement à 29,7 % en 1981 (ibid.). Des renseignements tirés du recensement indiquent que la plupart des Indiens de l'Amérique du Nord vivant hors réserve se trouvent à Winnipeg (22 955), Vancouver (22 700), Edmonton (18 260), Toronto (13 785) et Saskatoon (11 290) (Statistique Canada 2003a).

Il y a plus de personnes qui migrent vers les réserves indiennes qu'il y en a qui en partent : la plupart proviennent de régions rurales hors réserve. En 2000, on a enregistré un gain net de 3 100 personnes qui se sont installées dans des collectivités de réserves tandis que les 27 régions métropolitaines de recensement ont enregistré un gain net de 1 145 Autochtones. En résumé, les grands centres urbains et les réserves (collectivités des Premières nations) enregistrent des augmentations nettes de la population autochtone, ce qui reflète une tendance qui a commencé à prendre forme en 1981 (Statistique Canada 2003a).

Les populations des Premières nations sont plus jeunes que la population non autochtone : l'âge médian y atteint 23,5 ans comparativement à 37,7 ans dans le dernier cas. En 2001, 50 % du

⁵ Statistique Canada désigne les membres des Premières nations (Indiens inscrits/visés par un traité et Indiens non inscrits) comme Indiens de l'Amérique du Nord.

⁶ Les données sur les Premières nations proviennent d'Affaires indiennes et du Nord Canada et sont considérées comme plus exactes parce que Statistique Canada a indiqué que « le sous-dénombrement lors du recensement de 2001 a été beaucoup plus important parmi la population autochtone... parce que le dénombrement n'a pas été permis ou qu'il a été interrompu avant d'être terminé dans 30 réserves et établissements indiens », (Statistique Canada, 2003).

total des Indiens de l'Amérique du Nord avaient moins de 23,5 ans. De plus, quelque 213 530 enfants indiens de l'Amérique du Nord, soit 35 %, avaient moins de 14 ans comparativement à 19 % de la population non autochtone (Statistique Canada 2003a).

Même si les populations des Premières nations sont jeunes, le nombre de personnes qui atteignent et dépassent 65 ans augmente régulièrement. Depuis 1996, le nombre d'Indiens de l'Amérique du Nord qui ont atteint 65 ans ou plus a augmenté de 31 % et plus de la moitié (53 %) vivent dans des réserves (ibid.).

3.2 Les Métis

D'ascendance mixte d'ancêtres européens et des Premières nations, les Métis ont leur langue et leur culture propres et sont distincts des deux autres groupes autochtones. Ils représentent environ 30 % du total de la population autochtone du Canada et c'est leur population qui a augmenté le plus parmi tous les groupes autochtones entre 1996 et 2001 : le nombre des Métis a augmenté de 43 % au cours de cette période (Statistique Canada 2003a).

Les populations métisses vivent en majorité, soit à 68 %, dans les villes tandis que les autres (29 %) habitent en milieu rural. La proportion des Métis (7 315) qui vivent dans des réserves a doublé entre 1996 et 2001. La plupart des Métis urbains vivent à Winnipeg (31 395), Edmonton (21 065), Vancouver (12 505), Calgary (10 575) et Saskatoon (8 305) (ibid.).

L'âge médian des Métis s'établit à 27 ans comparativement à 37,7 ans chez les non-Autochtones. C'est environ trois ans de plus que chez les Indiens de l'Amérique du Nord et six de plus que chez les Inuits. Chez les Métis, les adolescents et les jeunes âgés de 14 ans et moins représentent 29 % de la population comparativement à 19 % dans la population canadienne en général. Depuis 1996, les jeunes de 15 à 24 ans représentent toujours 18 % de la population totale des Métis. Environ la moitié (49 %) des Métis ont de 25 à 64 ans, ce qui représente une augmentation de 3 % depuis 1996. Chez les Métis, les personnes âgées représentent 4 % de la population totale, pourcentage qui n'a pas changé depuis 1996, comparativement à 13 % dans la population canadienne en général (ibid.).

3.3 Les Inuits

Les Inuits constituent le peuple autochtone de l'Arctique, ont une langue commune et vivent en général dans 53 collectivités situées dans une des quatre régions (inuites) suivantes : Nunavut, Inuvialuit (Arctique de l'Ouest), Nunavik (nord du Québec) et Nunatsiavut (nord du Labrador). Environ la moitié de la population inuite vit au Nunavut et les autres habitent l'Inuvialuit (9 %), le Nunavik (21 %) et le Nunatsiavut (10 %) (Statistique Canada 2003a). Il faut reconnaître que les données du recensement n'indiquent pas le nombre total des Inuits au Canada à cause du sous-dénombrement dans certaines régions inuites, et principalement les Territoires du Nord-Ouest.

Entre 1996 et 2001, la population inuite a grossi de 12 % comparativement à 3,4 % chez les non-Autochtones : on a attribué cette croissance à une augmentation des taux de fécondité et de l'espérance de vie. Le taux de natalité chez les Inuits est deux fois plus élevé que dans la population en général (ibid.).

La population inuite est plus jeune que celle des Premières nations et des Métis, sauf la population des Premières nations de la Saskatchewan (Statistique Canada 2003a). En 2001, l'âge médian des Inuits s'établissait à 20,6 ans, ce qui est 17 de moins que l'âge médian de la population en général. Les enfants de 14 ans et moins représentent 39 % de la population inuite totale comparativement à 19 % de la population non autochtone. Les Inuits en âge de travailler (25 à 64 ans) constituent 40 % de la population totale – soit 1 % seulement de plus que le

pourcentage des enfants dans la population. Seulement 3 % des Inuits ont 65 ans et plus, mais leur total a augmenté de 38 % pendant la période de 1996 à 2001 (ibid.).

Les Inuits sont distincts des deux autres groupes autochtones. Constatant cette différence et s'apercevant qu'une démarche panautochtone ne réussit pas à répondre efficacement à leurs préoccupations et à leurs besoins particuliers, les Inuits ont entrepris, avec le gouvernement fédéral, des pourparlers pour établir un nouveau partenariat qui ont abouti dans l'élaboration d'un Plan d'action pour les Inuits. La Phase I de ce projet d'envergure a été terminée en 2001. Au cours de la Phase II, on élaborera des politiques, des programmes et des services particuliers aux Inuits qu'on offrira aux Inuits dans leurs régions respectives (Inuit Tapiriit Kanatami, n.d.)

4. L'état de santé des Premières nations, des Inuits et des Métis – ce que l'on sait

Les renseignements qui suivent reposent sur des données actuellement disponibles au sujet des trois groupes autochtones, mais on a recueilli peu d'information ou il y en a peu de disponible dans le cas des Métis (Lamouche 2002; ICIS 2004).

Sur le plan historique, Santé Canada a été chargé de fournir des services de santé aux Premières nations et aux Inuits vivant dans des réserves ou dans des collectivités inuites (Santé Canada 2003a). La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada fournit des services de santé publique, ainsi que des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies, sauf aux collectivités inuites et des Premières nations qui ont opté pour le transfert des services de santé. En obtenant le transfert, les collectivités peuvent prendre le contrôle de programmes de santé communautaire gérés auparavant par la DGSPNI. Les services de santé non assurés comme les médicaments et les services dentaires sont mis à la disposition des Indiens inscrits et des populations inuites admissibles, sans égard à l'endroit où elles demeurent – dans une réserve ou hors réserve (Santé Canada 2003a).

Les Métis n'ont pas droit aux programmes et services de santé de la DGSPNI. Ils doivent obtenir des services de soins de santé des provinces ou des territoires. Par l'entremise de la Direction générale de la santé publique et des populations (devenue l'Agence de santé publique du Canada), Santé Canada offre toutefois plusieurs programmes qui s'adressent spécifiquement aux trois groupes autochtones, comme le Programme d'aide préscolaire, le Programme d'action communautaire pour les enfants et le Programme canadien de nutrition prénatale (ibid).

4.1 Sources d'information

Même s'il y a plus de données sur la santé des Premières nations et des Inuits – recueillies principalement par Santé Canada à partir de sources comme le recensement, les statistiques de l'état civil, les rapports sur les maladies transmissibles et Affaires indiennes et du Nord – il demeure que « 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 » (Santé Canada, 2003b). Il y a moins d'information sur la santé facilement disponible dans le cas des Métis. La façon dont on les a définis et dénombrés dans le recensement et dans l'Enquête auprès des peuples autochtones préoccupe les Métis, qui doivent néanmoins s'en remettre à ces deux sources pour le moment (Lamouche 2002).

4.1.1 Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)

L'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) a été créée en 2000 par les cinq organisations autochtones nationales : l'Assemblée des Premières nations, le Ralliement national des Métis du Canada, l'Inuit Tapiriit Kanatami, le Congrès des peuples autochtones et l'Association des femmes autochtones du Canada. Sa raison d'être principale consiste « à influencer et à faire avancer la santé et le mieux-être des peuples autochtones en exécutant des stratégies fondées sur la connaissance ». On a créé trois centres à l'ONSA. Les centres des Premières nations, Ajunnginiq et Métis surveillent des activités particulières à chaque groupe, surtout dans les domaines de la recherche en santé et du partage du savoir (ONSA 2004a).

Le Centre des Premières nations de l'ONSA a produit un rapport de synthèse des constatations tirées de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits réalisée en 1997 (ONSA 2004b). Une deuxième enquête régionale sur la santé (ERS), soit l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERLSPN)*, terminée en 2002-2003, portait sur la population des Premières nations vivant dans des réserves. Les Inuits ont choisi de réaliser leur propre recherche particulière aux Inuits et ne seront donc pas inclus dans ce deuxième projet (ONSA 2004c). Les résultats préliminaires de la deuxième ERLSPN ont été dévoilés et le rapport complet devrait paraître en 2005.

En 2002, le Centre des Premières nations a réalisé son premier sondage téléphonique national au sujet de questions de santé des Premières nations. Ce premier sondage de cette nature visait à déterminer ce que pensent et croient les Premières nations au sujet de leur santé et des soins de santé (ONSA 2004d). Les constatations tirées des enquêtes/sondages de l'ONSA ont été incluses dans le présent rapport.

4.1.2 Gouvernement fédéral

Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord sont les deux principaux ministères fédéraux qui recueillent des données sanitaires et démographiques sur les populations inuites et des Premières nations. Statistique Canada réunit de l'information sur les trois groupes autochtones, mais à des degrés qui varient. Les divers rapports ont des limites et il faut en tenir compte.

Les restrictions relatives au rapport le plus récent publié par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada – *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada* – suivent. Ces restrictions empêchent ou entravent la production de rapports exacts sur l'état de santé des Premières nations et des Inuits :

- ❑ les membres des Premières nations ont accès aux services de santé à partir d'hôpitaux ou de médecins en pratique privée relevant de la compétence des provinces;
- ❑ les données sont gardées dans des bases de données provinciales et territoriales et beaucoup de provinces n'ont pas de système qui permet de déterminer si les clients sont des membres des Premières nations ou des Inuits;
- ❑ entre 1993 et 1997, on n'a pas compilé, à l'échelon national, d'information sur l'état de santé des Premières nations et des Inuits à l'exception des données sur les maladies transmissibles⁷;
- ❑ la région de l'Atlantique, le Québec et l'Ontario ne produisent pas de rapports de statistiques de l'état civil à Santé Canada. Les statistiques proviennent en général des

⁷ On a utilisé pendant cette période, dans toutes les provinces, des formulaires fédéraux de rapports de cas de tuberculose et de SIDA où l'on indiquait l'ascendance autochtone de la personne en cause – Indiens inscrits, Inuits ou Métis. Dans le cas de la tuberculose, les formulaires de déclaration indiquaient aussi si la personne (Indien inscrit) résidait dans une réserve ou hors réserve (Santé Canada, 2003b).

- infirmières en santé communautaire dont la couverture de l'information statistique sur les populations autochtones varie de 90 % dans la région de l'Atlantique à 50 % au Québec;
- ❑ le Nunavut est incapable de fournir des données spécifiques aux Inuits – car il n'a pas encore de système de statistiques de l'état civil;
 - ❑ le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest fournissent à Statistique Canada des statistiques de l'état civil sur la population au complet et non sur des populations en particulier comme les Premières nations, les Inuits ou les Métis;
 - ❑ les taux de vaccination des populations des Premières nations vivant dans des réserves sont fournis une fois par année à Santé Canada. Dans le cas de la population qui vit hors réserve, ces renseignements sont gérés à l'échelon provincial et Santé Canada n'y a pas accès;
 - ❑ les infirmières en santé communautaire fournissent de l'information sur les maladies à déclaration obligatoire au bureaux régionaux de la DGSPNI dans la plupart des régions du Canada. Au Manitoba, le ministère provincial de la Santé publique surveille l'information sur les maladies à déclaration obligatoire dans les collectivités des Premières nations. Ces renseignements sur celles qui vivent hors réserve ne sont pas disponibles;
 - ❑ trois provinces – Colombie-Britannique, Alberta et Manitoba – peuvent jusqu'à un certain point distinguer et analyser l'information sur la santé des Premières nations contenue dans la base de données hospitalières. Le bureau de la Région du Pacifique de la DGSPNI est actuellement le seul à publier des rapports périodiques sur l'utilisation des services par les Premières nations (Santé Canada 2003b).

Santé Canada affirme que les trois principales restrictions dont il faut tenir compte lorsqu'on analyse son rapport statistique sur la santé des Premières nations et des Inuits sont les suivantes :

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 a utilisé les données sur la santé seulement des bandes pour lesquelles cette information était disponible.*
 - ❑ *En Ontario, on a eu recours au Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits 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 des 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 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.*
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 tirées des enquêtes spéciales (p. ex., 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 Inuits⁸ (Santé Canada 2003b).*

Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) publie aussi chaque année un Rapport sur les données ministérielles de base qui porte sur les conditions des Premières nations, y compris les aspects démographiques, la santé, l'éducation, la conjoncture sociale, le logement et la gouvernance. Le rapport contient aussi une section distincte sur le Nord. Ces données sont toutefois un peu limitées elles aussi (AINC 2003).

Outre les sources fédérales décrites ci-dessus, on a tiré des renseignements du recensement de 2001 lorsqu'on les a jugés pertinents (Statistique Canada 2003a).

4.1.3 Sources provinciales/territoriales

Il existe de l'information sur la santé des peuples autochtones disponible dans diverses sources provinciales/territoriales, mais le type et l'étendue des données recueillies diffèrent d'une région à l'autre.

Le Conseil canadien de la santé a désigné une personne-ressource dans chaque province et territoire, sauf au Québec et au Nouveau-Brunswick, à qui l'on peut s'adresser pour obtenir de l'information sur des sujets de la santé. On a donc obtenu des données sur l'état de santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, qui sont incluses dans le présent rapport, des régions suivantes : Colombie-Britannique, Manitoba, Saskatchewan, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut. On n'a toutefois pas reçu à temps pour l'inclure dans le présent rapport de l'information à venir de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Ontario. Les personnes-ressources de l'Alberta, de la Nouvelle-Écosse et du Yukon ont indiqué qu'on ne recueille pas actuellement d'information sur les populations autochtones et celle de l'Île-du-Prince-Édouard n'avait pas répondu à la demande d'information au moment d'aller sous presse.

⁸ On a présenté, même si elles sont limitées, des données sur la santé des Inuits dans « Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada » et on les inclura dans le présent rapport.

5. Indicateurs de santé

Un indicateur de santé est une *variable susceptible d'indiquer une mesure correspondant à l'état de santé des personnes d'une communauté*. (Last 2001 : 83 cité dans la Note d'information de l'ONSA FNC03-024).

Les indicateurs de l'état de santé des peuples autochtones sont souvent inexistantes et incomplets comparativement à ceux qu'on applique à l'ensemble de la population. L'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) ne ménage pas ses efforts pour établir et suivre un certain nombre d'indicateurs pertinents. On a recueilli, lorsqu'ils étaient disponibles, des renseignements sur l'état de santé des Autochtones conformément aux indicateurs de santé comparables approuvés par la Conférence des sous-ministres de la Santé en juin 2004. L'Annexe C présente ces indicateurs, coiffés par les rubriques Indicateurs canadiens et Indicateurs de l'ONSA.

L'Annexe D contient une liste d'indicateurs de santé comparables qui ne sont pas disponibles actuellement pour les Premières nations, les Inuits et les Métis.

6. Déterminants de la santé

L'état de santé d'une personne ou d'un groupe de personnes dépend de plusieurs facteurs appelés déterminants de la santé (Santé Canada 1998; Santé Canada 2003a; Santé Canada n.d.). Les déterminants de la santé présentés ci-dessous incluent la géographie que l'on considère maintenant aussi comme un facteur déterminant de l'évolution de l'état de santé.

Principaux déterminants	Postulats	Conditions des Autochtones
<p>1. Revenu et situation sociale</p>	<p>L'état de santé s'améliore à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des revenus et dans la hiérarchie sociale. Un revenu élevé détermine certaines conditions de vie comme le logement sécuritaire et la capacité de se nourrir convenablement. C'est dans les sociétés prospères où les richesses sont équitablement réparties que l'on retrouve les populations les plus en santé.</p>	<p>Les Autochtones constituent la plus pauvre des minorités du Canada. Les données du recensement de 1996 indiquent que le revenu des membres des Premières nations vivant dans des réserves était deux fois moins élevé que celui du reste des Canadiens (Armstrong, cité dans Santé Canada 2003b). Quarante pour cent des membres des Premières nations de plus de 15 ans, 24 % des Inuits et 28 % des Métis faisaient partie de la catégorie à faible revenu en 2000 comparativement à 16 % des autres Canadiens (ICIS 2004). Beaucoup d'enfants autochtones ne prennent pas de petit déjeuner tous les jours, ce qui peut indiquer un manque d'argent pour acheter de la nourriture. Soixante douze pour cent des enfants inuits de six à 14 ans prenaient un petit déjeuner tous les jours comparativement à 82 % des enfants d'Indiens de l'Amérique du Nord et 78 % des enfants métis (Statistique Canada 2004).</p>
<p>2. Réseaux de soutien social</p>	<p>Le soutien apporté par les familles, les amis et les communautés est associé à une meilleure santé. Les réponses efficaces au stress et le soutien de la famille et des amis sont des éléments importants pour le maintien d'un milieu bienveillant et favorable, qui semble agir comme tampon contre les problèmes de santé.</p>	<p>Il y a actuellement quelque 90 000 survivants directs et indirects des pensionnats. Beaucoup d'entre eux ont été incapables d'établir une relation efficace avec leur famille et leurs amis après avoir été arrachés en bas âge à leur famille et à leur collectivité et c'est pourquoi la présence des parents, les modèles et les liens sociaux qui se créent habituellement avec les membres de la famille, les amis et les membres de la collectivité ont été endommagés gravement et en permanence par l'héritage des pensionnats et par la colonisation (ICIS 2004; Kirmayer et al. 2000). Ainsi, ce tampon contre les problèmes de santé n'existe pas pour un grand nombre des survivants directs, et aussi indirects, des pensionnats.</p>

<p>3. Niveau d'instruction</p>	<p>L'état de santé s'améliore en fonction du niveau d'instruction. Plus on est instruit, plus on a de chances d'avoir un emploi et de le garder, plus on a l'impression de maîtriser les circonstances de sa vie – déterminants clés de la santé.</p>	<p>Les Autochtones dans l'ensemble sont moins instruits que les non-Autochtones. Même si la scolarisation des Autochtones a réalisé des progrès, leur niveau d'instruction demeure bas. En 2001, 48 % des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis avaient terminé leurs études secondaires – total en hausse de 4 % depuis 1996. Environ 37 % des Autochtones vivant hors réserve avaient terminé des études postsecondaires – pourcentage qui demeure plus faible que la moyenne canadienne de 58 %. Les raisons courantes pour lesquelles on ne termine pas ses études postsecondaires sont, pour les femmes, les responsabilités familiales (34 %) et, pour les hommes, les raisons financières (24 %) (Statistique Canada 2003b).</p>
<p>4. Emploi/ conditions de travail</p>	<p>Le chômage, le sous-emploi et le travail stressant sont associés à une dégradation de la santé. Les gens qui ont un meilleur contrôle sur leurs conditions de travail et qui subissent moins de stress lié aux exigences professionnelles sont en meilleure santé.</p>	<p>Dans l'ensemble, il y a moins d'Autochtones qui sont membres de la population active. Comme ils sont moins instruits, les Autochtones ont tendance à travailler dans des métiers inférieurs ou à occuper des postes dans le travail de bureau, de soutien ou comme journaliers et ils contrôlent peu leurs conditions de travail. Les taux de chômeurs sont plus élevés chez les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis à 22 %, 22 % et 14 % respectivement comparativement à 7 % pour la population canadienne en général (chiffres fondés sur le recensement de 2001 – ICIS 2004).</p>
<p>5. Environnements sociaux</p>	<p>En outre, la stabilité sociale, la reconnaissance de la diversité, la sécurité, de saines relations de travail et la cohésion de la famille et de la communauté forment un ensemble de conditions sociales favorables qui réduisent ou permettent d'éviter un grand nombre des risques pour la santé. Des études ont montré qu'un faible soutien affectif et une faible participation à la société sont associés à la</p>	<p>Les effets de la colonisation et diverses politiques comme la Loi sur les Indiens continuent de détruire les cultures autochtones (Miller 2000; Richardson 1993 cité dans Kirmayer 2000). La Loi sur les Indiens contrôle tous les aspects de la vie d'un membre des Premières nations, depuis la naissance, y compris la définition des personnes qu'il est possible d'identifier comme Autochtones, c.-à-d. inscrites ou non inscrites. Les administrations autochtones (Premières nations, Inuits et Métis) visent l'autonomie politique dans tous les domaines qui ont une</p>

	mortalité attribuable à toute cause.	incidence sur la santé et le mieux-être de leurs membres. Les taux de suicide chez les jeunes sont moins élevés dans les collectivités qui ont des programmes actifs portant sur l'autonomie politique (Chandler et Lalonde 1998)
6. Environnements physiques	Les facteurs physiques du milieu naturel (p. ex., la qualité de l'eau et de l'air) ont une influence majeure sur la santé. Divers facteurs de l'environnement humain construit, comme l'habitation, la sécurité des lieux de travail, l'aménagement de la collectivité et la conception du réseau routier, ont aussi une influence importante sur la santé.	Les Autochtones sont plus susceptibles que tout autre groupe de la population canadienne de vivre dans des environnements qui ont un effet négatif sur leur santé et leur mieux-être. Ils sont plus susceptibles d'habiter des logements surpeuplés – en 2001, environ 17 % des Autochtones vivant hors réserve habitaient un logement surpeuplé comparativement à 7 % du reste de la population canadienne. Dans la région de l'Arctique du Canada, la situation est encore pire – plus de la moitié des Inuits (53 % vivent dans des logements surpeuplés. Soixante-cinq collectivités inuites et des Premières nations étaient visées par un avis « d'ébullition d'eau » d'une durée moyenne de 183 jours par collectivité touchée. Cinquante collectivités étaient visées par un avis d'ébullition d'eau pendant une période variant de six mois à un an. Ces renseignements ne sont pas disponibles pour les trois territoires. On a constaté que l'eau de plus du tiers (34 %) des Inuits de la région de l'Arctique était contaminée à certaines périodes de l'année – au Nunavik, 73 % des Inuits ont déclaré que leur eau était contaminée à certains moments tout au long de l'année (Santé Canada 2003b; Statistique Canada 2003b). Depuis 1992, AINC collabore avec les Premières nations pour nettoyer les sites contaminés dans 800 réserves du Canada. Sur les 2 500 problèmes de contamination définis : <ul style="list-style-type: none"> • 60 % sont reliés à la contamination du sol par des hydrocarbures causée par des fuites d'installations de stockage; • 25 % sont reliés à des déchets, y compris des décharges actives et inactives, ainsi qu'à l'élimination de

		<p>déchets solides, liquides et industriels;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 % sont reliés à la pollution de l'air et de l'eau, à l'amiante, aux pneus et à d'autres contaminants ou facteurs (AINC 2003). <p>Quelque 30,6 % des foyers des Premières nations ont besoin de réparations majeures comparativement à 8,2 % pour l'ensemble du Canada (ONSA 2004e).</p>
7. Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles	<p>Un environnement social qui permet de faire des choix judicieux en matière de santé et de modes de vie et de s'y conformer, et qui favorise l'acquisition des connaissances, des attitudes, des comportements et de la capacité d'adaptation nécessaires pour mener une vie saine est un important déterminant de la santé. La recherche dans des secteurs comme les maladies du cœur et l'enfance défavorisée fait ressortir encore davantage le poids des facteurs biochimiques et physiologiques dans le lien entre l'expérience socioéconomique de l'individu et son état vasculaire et autres événements de santé négatifs.</p>	<p>Beaucoup de collectivités autochtones n'ont pas les infrastructures nécessaires pour promouvoir des choix ou des comportements sains sur le plan des habitudes de vie. Quarante-huit pour cent des 1 209 répondants ont indiqué que l'exercice régulier constituait un précurseur d'une bonne santé et 43 % ont mentionné une alimentation équilibrée (ONSA 2004c). En Saskatchewan, de 70 à 90 % des 869 répondants ont déclaré souhaiter que leur collectivité ait une piscine, un parc/terrain de jeu, un gymnase ou une patinoire intérieure (ONSA 2004b). Il est peu probable que beaucoup de collectivités autochtones soient dotées des infrastructures nécessaires pour favoriser des choix/comportements sains sur le plan des habitudes de vie.</p>
8. Sain développement dans l'enfance	<p>Les expériences vécues avant la naissance et pendant la petite enfance ont un effet prononcé sur la santé, le bien-être, la capacité d'adaptation et les compétences. Les enfants nés de familles à faible revenu sont plus susceptibles d'avoir un faible poids à la naissance, de manger des aliments moins nourrissants et d'avoir des problèmes à l'école que ceux nés de familles à revenu élevé.</p>	<p>Les enfants autochtones sont moins avantagés que leurs homologues non autochtones et plus susceptibles de naître dans la pauvreté, de grandir dans des familles monoparentales et d'habiter des logements surpeuplés. Dix-huit pour cent des femmes autochtones sont mères célibataires, ce qui représente 27 % du total des familles autochtones (CDEL 2002). L'allaitement améliore en général la santé du nourrisson et resserre le lien qui se crée entre lui et la mère. Chez les enfants autochtones de trois ans et moins, le taux d'allaitement atteignait 73 % comparativement à 82 % des autres enfants du Canada. Les enfants inuits sont moins susceptibles de</p>

		prendre le petit déjeuner tous les jours (72 % contre 78 % chez les Métis et 82 % chez les Indiens de l'Amérique du Nord. Plus de la moitié (53 %) des enfants autochtones de six à 14 ans avaient fréquenté un programme de développement de la petite enfance; le taux était le plus faible chez les Inuits à 35 %, suivi des Premières nations à 54 % et des Métis à 57 %. (Statistique Canada 2004).
9. Patrimoine biologique et génétique	La constitution biologique et organique d'un organisme humain est un déterminant fondamental de la santé. L'individu est héréditairement prédisposé, de par son patrimoine génétique, à une vaste gamme de réponses individuelles qui influent sur son état de santé. Sans nier l'influence prononcée des facteurs socioéconomiques et environnementaux sur la santé globale, il n'en reste pas moins que, dans certaines circonstances, le patrimoine génétique semble prédisposer certains individus à des maladies ou à des problèmes de santé particuliers.	Données non disponibles
10. Services de santé	Les services de santé, notamment ceux qui visent à protéger et à promouvoir la santé et à prévenir la maladie, contribuent à la santé de la population.	Il y a pénurie générale de prestataires de services de santé au Canada, et encore plus dans les collectivités autochtones. La pénurie actuelle d'infirmières atteindra son point culminant en 2008 lorsqu'il manquera 78 000 infirmières au Canada. Cette pénurie causera de sérieux problèmes de ressources à l'échelon des collectivités autochtones, où ce sont des infirmières qui dispensent la plupart des services de santé. Le taux de roulement des infirmières varie d'une collectivité à l'autre, mais on a dit qu'il était d'un ou de deux ans, et qu'il atteignait souvent six mois – une infirmière demeure en moyenne deux ans dans une collectivité. Compte tenu de la pénurie actuelle d'infirmières, les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies sont reléguées à l'arrière-plan du traitement qui devient l'activité principale et la

		<p>grande préoccupation des prestataires de soins de santé – les infirmières (AIIAC 2002 : AIIAC 2003).</p> <p>Au cours du récent sondage de l'ONSA, 12,9 % des répondants ont indiqué qu'on ne répond pas à un ou plus de leurs besoins en services de soins à domicile (ONSA 2004e). Plus du tiers (35,9 %) ont déclaré avoir moins accès aux services de santé que leurs homologues canadiens (ibid.).</p>
11. Sexe	<p>La notion de sexe désigne ici l'ensemble des rôles, des traits de personnalité, des attitudes, des comportements et des valeurs socialement déterminés, de même que les pouvoirs et les influences relatifs que la société attribue aux deux sexes sur une base différentielle. Des normes « fondées sur le sexe » influent sur les pratiques et les priorités du système de santé. De nombreux problèmes de santé sont fonction du statut social ou du rôle fondé sur le sexe. Les femmes, par exemple, sont plus susceptibles de faire l'objet de violence sexuelle ou physique fondée sur le sexe, d'avoir de faibles revenus, d'être monoparentales, d'être exposées à certains risques et menaces pour la santé (p. ex., accidents, MTS, suicide, tabagisme, abus de substances, abus de médicaments de prescription, inactivité physique).</p> <p>L'adoption de mesures visant à éliminer les inégalités et les biais sexuels au sein et à l'extérieur du système de santé améliorera la santé de la population.</p>	<p>Au cours d'une étude réalisée en 2002, les principales préoccupations indiquées par les femmes autochtones sur le plan de la santé étaient la violence familiale, le diabète, les toxicomanies et les problèmes de santé mentale. Chez les Autochtones, les femmes sont encore plus pauvres que les hommes. En 1996, le niveau de revenu de 43 % des femmes âgées de 15 ans et plus était inférieur au seuil de faible revenu comparativement à 35 % des hommes autochtones et 20 % des femmes non autochtones. La situation des mères autochtones célibataires était encore pire, car 73 % d'entre elles vivaient sous le seuil de faible revenu (CDEL 2002).</p> <p>Vingt-huit pour cent des femmes ont indiqué qu'on ne répondait pas à leurs besoins nutritionnels (Timmins 2001-2002). Les femmes inuites ont des problèmes semblables sur les plans de la pauvreté, de la violence faite aux femmes et d'autres problèmes liés à l'inégalité entre les sexes (Pauktuutit 2000).</p>
12. Culture	<p>Certaines personnes ou certains groupes peuvent être exposés à des risques accrus pour la santé à cause de l'environnement socioéconomique, en grande partie déterminé par les</p>	<p>À cause de leur situation socioéconomique médiocre, les peuples autochtones sont en moins bonne santé que la normale dans le cas de nombreux problèmes de santé sur lesquels des facteurs sociaux et environnementaux jouent. Le manque</p>

	valeurs culturelles dominantes qui contribuent à la perpétuation de certaines conditions comme la marginalisation, la stigmatisation, la perte ou la dévaluation de la langue et de la culture et l'absence d'accès à des services de soins de santé culturellement adaptés.	de programmes et de services adaptés sur le plan culturel et une pénurie de travailleurs de la santé sensibilisés aux questions culturelles viennent compliquer leur état de santé général médiocre. De plus, à cause de leur culture, beaucoup d'Autochtones font face au racisme et à la discrimination tous les jours. On a établi un lien entre la discontinuité culturelle, y compris la perte de langues autochtones et des taux plus élevés de dépression, d'alcoolisme, de suicide et de violence, et le fait que cette discontinuité a plus d'effet sur les jeunes (Kirmayer et al. 2000). Les Inuits ont une culture et une langue distinctes, ainsi que de solides valeurs sur les plans de l'autosuffisance, de la résilience et de l'adaptabilité. Les Inuits ont du savoir et des pratiques qui leur permettent de protéger et de préserver leur propre santé et ils reconnaissent que l'environnement global a un effet sur la santé et le mieux-être.
13. Géographie		Il y a des liens entre l'emplacement d'une collectivité et l'évolution de l'état de santé de ses membres. Les 55 collectivités inuites sont situées dans les régions les plus septentrionales du Canada. Sur les 396 688 membres des Premières nations qui vivaient dans des réserves en 2001, 44,6 % vivaient en milieu rural ⁹ , 3,7 % en région éloignée ¹⁰ et 16,9 % dans des centres d'accès spécial ¹¹ . Les ressources sanitaires et autres sont donc plus coûteuses et plus difficiles à obtenir pour les collectivités situées loin des centres urbains.

⁹ Rural s'entend d'une zone dans laquelle une Première nation se trouve dans un rayon de 50 km à 350 km d'un centre de services accessibles par route toute l'année (AINC 2003).

¹⁰ Éloigné s'entend d'une zone dans laquelle une Première nation se trouve dans un rayon de 350 km d'un centre de services accessible par route toute l'année (AINC 2003).

¹¹ Accès limité s'entend d'une zone dans laquelle une Première nation n'a pas d'accès routier toute l'année au centre de services le plus proche, de sorte que les frais de transport y sont plus élevés.

7. Où sont les lacunes de l'information sur l'état de santé?

Beaucoup de lacunes des données limitent l'analyse de l'état de santé des peuples autochtones au Canada, spécialement lorsqu'on les compare à la disponibilité de l'information sur la santé de la population canadienne en général (Lamouche 2003; Santé Canada 2003a; ICIS 2004). Les lacunes des données sont les plus évidentes dans le cas des Métis et des Inuits, même si une lacune importante persiste toujours dans le cas des Premières nations aussi. La collecte de données sur les Premières nations est en outre incomplète et varie d'une région à l'autre. Les données recueillies par le recensement sont aussi inexactes parce que beaucoup de collectivités des Premières nations refusent de participer à toute activité de collecte de données statistiques pour des raisons politiques, historiques et culturelles (Statistique Canada 2003a).

Le sous-dénombrement lors du recensement de 2001 était beaucoup plus important parmi la population autochtone que parmi d'autres segments de la population. On attribue cette situation au fait que le dénombrement n'a pas été permis, et qu'il a été interrompu avant d'être terminé, dans 30 réserves et établissements indiens. On appelle ces régions géographiques réserves et établissements indiens partiellement dénombrés.

Les données concernant les réserves et établissements indiens partiellement dénombrés ne sont pas disponibles et ne seront pas incluses dans les totalisations. Bien que les répercussions de ces données manquantes sur les statistiques soient plutôt faibles à l'échelle nationale, et pour la plupart des provinces, elles peuvent être plus importantes pour les petites régions (Statistique Canada 2003a).

En 2001, le sous-dénombrement net pour l'ensemble du Canada s'est établi à 2,99 % comparativement à 8,11 % dans le cas des Territoires du Nord-Ouest. Il s'agissait du deuxième taux en importance de sous-dénombrement net entre l'ensemble des provinces et des territoires du pays (Statistique Canada, 2001).

On ne réunit pas d'information distincte pour chaque groupe non plus et c'est pourquoi certains renseignements sont disponibles pour un groupe ou deux d'une région, mais non pour les autres. Dans le cas de la presque totalité des indicateurs de santé énumérés dans le présent rapport, on ne dispose pas de données complètes sur les Premières nations et les Inuits et celles qui ont trait aux Métis comportent de vastes lacunes.

On ne connaît pas, par exemple, l'espérance de vie des Métis, pas plus que les taux de mortalité infantile, de faible poids à la naissance, ni les types de cancers mortels les plus courants chez les Métis. On ne connaît pas d'autres grandes causes de mortalité, y compris les taux de suicide et les années potentielles de vies perdues à cause de traumatismes intentionnels ou non. On ne connaît pas non plus le taux et le type des maladies transmissibles qui touchent les Métis à l'exception de certaines données sur le VIH/SIDA. Il n'y a pas non plus d'information sur la santé et le mieux-être autodéclarés, ni sur l'activité physique.

Il est donc clair qu'il manque de données fiables et de sources de données pour illustrer les indicateurs de santé de la population des Métis au Canada.

Même s'il y a plus de données pour décrire l'état de santé des Premières nations et des Inuits du Nunavut, l'information nécessaire pour mesurer et comparer leur état de santé à celui de la population canadienne en général demeure rare. L'information sur la prévalence de la dépression, l'activité physique, l'indice de masse corporelle, les taux de tabagisme chez les adolescents, de même que l'information sur les indicateurs de santé comme l'espérance de vie selon la situation socioéconomique et les taux de survie du cancer à cinq ans constituent

quelques exemples seulement où l'information manque ou peut être disponible pour un des groupes seulement, habituellement les Premières nations, mais non pour les populations inuites et métisses. Il importe de recueillir ces données pour contribuer à la planification et à la prestation des services de santé.

En résumé, de nombreuses lacunes empêchent de déterminer dûment l'état de santé des Métis, des Inuits et des Premières nations au Canada. Les données disponibles sont insuffisantes et ne reflètent pas fidèlement l'état de santé des peuples autochtones du Canada.

8. Cadre de l'établissement de rapports sur la santé autochtone – Mise à jour

Dans le cadre de son mandat, le Groupe de travail sur les Canadiens en bonne santé doit produire un rapport sur l'élaboration du Cadre de l'établissement de rapports sur la santé autochtone (CRSA)¹², même si cette activité relève de la compétence du Comité consultatif F/P/T sur la gouvernance et la responsabilité (CCGR).

Afin d'élaborer le CRSA, le Comité consultatif F/P/T sur la gouvernance et la responsabilité (CCGR) a créé un groupe de travail constitué de représentants des gouvernements F/P/T et des six organisations autochtones nationales (OAN) – Assemblée des Premières nations, Congrès des peuples autochtones, Inuit Tapiriit Kanatami, Ralliement national des Métis, Association des femmes autochtones et Pauktuutit, ainsi que l'Inuit Women's Association. Les coprésidentes du Groupe de travail du CRSA sont Deborah Schwartz, directrice générale, Santé des Autochtones, ministère de la Planification de la santé de la Colombie-Britannique, et Katherine Stewart, directrice générale, Direction des politiques, de la planification et de l'analyse stratégiques, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada. Une brève description des activités dont il faut tenir compte et qu'il faut réaliser dans l'élaboration du CRSA suit.

Les principaux facteurs dont il faut tenir compte dans le CRSA sont les suivants :

- refléter l'Accord des premiers ministres de 2003;
- produire un modèle qui permettra de comprendre les disparités sanitaires entre peuples autochtones et non autochtones;
- être inclusifs et respectueux des besoins et des attentes sur le plan culturel;
- connaître les principes PCAP¹³;
- intégrer les principes d'accords antérieurs;
- intégrer l'expertise des indicateurs de rendement aux intérêts communautaires afin d'établir un modèle rigoureux sur le plan scientifique.

Il faut tenir compte des facteurs suivants dans l'élaboration d'un cadre d'indicateurs :

- la consultation de groupes autochtones constituera un élément central des activités;
- le processus d'élaboration du CRSA se déroulera parallèlement aux efforts déployés par le CCGR pour terminer la définition des indicateurs;
- le CRSA portera avant tout sur la comparabilité des indicateurs à ceux qu'aura définis le CCGR (p. ex., soins primaires, soins à domicile, assurance contre le coût catastrophique des médicaments, équipement médical, ressources humaines de la santé, etc.) qui pourront toutefois ne pas être identiques;
- les indicateurs proviendront principalement de bases de données administratives et sanitaires d'administrations F/P/T.

Le processus proposé comporte deux volets :

Phase I :

- entente sur les paramètres d'un cadre;
- soutien de la capacité des Autochtones à participer;
- collecte d'indicateurs nationaux et internationaux.

¹² L'information sur le processus d'élaboration du CRSA provient d'un représentant du gouvernement fédéral et d'un représentant d'une organisation autochtone nationale.

¹³ Propriété, contrôle, accès et possession (PCAP).

Phase II :

- dialogue communautaire dont les paramètres seront définis au cours de la Phase I et qui visera à dégager un consensus sur le contenu et le processus relatifs à un Cadre de l'établissement de rapports sur la santé autochtone.

Le représentant fédéral a déclaré que les progrès réalisés à l'égard du CRSA comprennent les suivants :

- trois réunions en personne entre les intervenants F/P/T et les OAN depuis janvier 2004;
- six téléconférences depuis mars 2004;
- le Projet de plan de travail à long terme de haut niveau sur le CRSA approuvé par le Comité consultatif sur la gouvernance et la responsabilité (CCGR) et approuvé par la suite au cours de la Conférence des sous-ministres F/P/T (CSM) en juin 2004;
- Création de trois sous-comités et production de la version finale des documents suivants :
 - **Document de discussion sur les aspects techniques du CRSA** – on y passe en revue les aspects techniques de l'élaboration du cadre et les explique dans la terminologie de l'élaboration de cadres.
 - **Protocole normalisé de mobilisation pour les séances d'orientation et de remue-méninges** – décrit un processus commun de mobilisation pour les séances de remue-méninges d'un bout à l'autre du Canada.
 - **Projet d'ordre du jour type des séances d'orientation** – conçues pour présenter aux participants le processus du Groupe de travail du CRSA, ainsi que des questions techniques fondamentales reliées à l'élaboration de cadres afin de les initier au type de contributions qu'on attend d'eux au cours des séances de remue-méninges.
 - **Projet d'ordre du jour type des séances de remue-méninges** – Les séances de remue-méninges comporteront aussi une brève introduction, mais elles viseront principalement à dégager des commentaires structurés sur le projet de cadre d'indicateurs.
 - **Stratégie de communications pour les séances d'orientation et de remue-méninges**
 - **Présentations PowerPoint pour les séances d'orientation et de remue-méninges**
 - **Renseignements de base sur le CRSA**
 - **Q et R sur le CRSA**
 - La Stratégie de communications, la présentation PowerPoint, les renseignements de base sur le CRSA et les Q et R sur le CRSA serviront pour l'information et la distribution afin d'appuyer les séances d'orientation et de remue-méninges.
- Les séances de remue-méninges doivent commencer en décembre 2004 après que le CSM aura étudié et approuvé les documents à utiliser au cours de ces séances.

L'Assemblée des Premières nations (APN) a soulevé des préoccupations selon lesquelles certains aspects du processus du CRSA limitent sa contribution et celles d'autres OAN. Ces préoccupations comprennent les suivantes :

- problèmes de capacité;
- calendrier;
- principes Propriété, Contrôle, Accès et Possession (PCAP);
- consultation;
- approche panautochtone;
- besoins communautaires.

Les préoccupations reliées à l'élaboration du CRSA sont aussi énoncées clairement dans une note d'information présentée par le Centre des Premières nations de l'ONSA et ressemblent à celles que l'APN a exprimées ci-dessus (ONSA 2003).

9. Prochaines étapes

Le Conseil canadien de la santé est d'avis qu'il faut prendre des mesures cruciales et urgentes pour comprendre et améliorer l'état de santé comparativement médiocre des Premières nations, des Inuits et des Métis. Le Conseil surveillera les progrès réalisés par le Canada dans l'adoption des mesures décrites dans le présent rapport d'évaluation et leur réussite, et produira un rapport à ce sujet.

Le Conseil :

- produira un rapport sur la santé des aînés, des enfants et des adolescents des Premières nations, inuits et métis et de ceux qui ont des problèmes liés aux maladies mentales;
- produira un rapport sur l'élaboration et l'adoption d'un cadre de l'établissement de rapports sur la santé autochtone comme engagement clé de l'Accord sur la santé;
- mettra en évidence les lacunes de la disponibilité des prestataires de soins de santé dans les collectivités métisses, inuites et des Premières nations du Canada;
- définira des pratiques innovatrices ou exemplaires qui semblent avoir une incidence favorable sur les questions de santé des Autochtones et formulera des commentaires à ce sujet;
- produira un rapport sur l'utilisation du fonds établi en vertu de l'Accord pour appuyer l'évolution des soins de santé chez les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis;
- déterminera si les objectifs et les priorités de l'Accord sur la santé répondent ou non aux besoins particuliers des Premières nations, des Inuits et des Métis.

Conclusions et recommandations

On ne peut encore présenter de description fidèle de l'état de santé réel des Premières nations, des Inuits et des Métis pour tout un éventail de raisons mentionnées à la Section 4 du rapport. Tout indique clairement toutefois que l'état de santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, qui est très inférieur à la moyenne canadienne, est troublant et problématique. En dépit des nombreuses initiatives lancées par le gouvernement fédéral et ceux de quelques provinces et territoires, l'état de santé des peuples autochtones demeure inférieur à la norme nationale et semble, à certains égards, se dégrader. Les taux d'infection par le VIH et le diabète demeurent à la hausse en dépit de programmes spéciaux qui s'adressent spécifiquement à la population autochtone. Les deux problèmes se propagent régulièrement à une vitesse alarmante.

Il est possible d'améliorer l'état de santé des Autochtones par une approche fondée sur la santé des populations qui correspond à l'opinion globale de la santé que beaucoup d'Autochtones ont, et qui la complète. La participation des Autochtones comme partenaires à part entière et responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre du changement est essentielle à la réussite. Il est essentiel d'appliquer les déterminants du modèle de la santé de façon appropriée sur le plan culturel.

Les autochtones croient que pour qu'il y ait changement fructueux, ils doivent être traités comme partenaires à part entière et que ces partenariats, c.-à-d. entre gouvernements, sont enchâssés solidement dans les traités, les ceintures wampum, les ententes sur les revendications territoriales et la chaîne d'alliance (Ottawa, 2004). Le droit inhérent à l'autonomie politique est en outre enchâssé dans la constitution canadienne (ibid.). Les Premières nations, les Inuits et les Métis veulent contrôler davantage toutes les questions qui ont un effet sur eux. Selon une étude réalisée par le projet de Harvard sur le développement économique des Indiens de l'Amérique, les piliers importants de l'autodétermination sont l'autoréglementation réelle (autonomisation), les institutions gouvernantes capables (pour exercer le pouvoir de façon efficace, responsable et fiable) et l'appariement culturel (les institutions créées reflètent les valeurs et la culture des personnes pour lesquelles elles ont été créées). (Cornell n.d.)

L'histoire a prouvé qu'il y a peu d'espoir d'obtenir des résultats positifs sans la participation et la mobilisation complètes des Premières nations, des Inuits et des Métis dans les questions qui les touchent. Il faut donc respecter les principes fondamentaux de l'autodétermination dans l'application des recommandations suivantes.

Le Conseil préconise la mise en œuvre des mesures suivantes afin de surmonter les défis infrastructurels et entre niveaux de compétence et de s'attaquer aux disparités sanitaires communes aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis :

- 1- Permettre aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis d'être partenaires à part entière avec les administrations fédérale, provinciales et territoriales pour élaborer et mettre en œuvre le Cadre de l'établissement de rapports sur la santé autochtone, s'attendre à ce qu'ils le fassent et les respecter à ce titre. Permettre aux populations autochtones de recueillir de l'information sur la santé qui établit un niveau de référence exact; permet de comparer et de suivre leur état de santé à l'intérieur de leur population et entre elles et de le comparer à celui du reste de la population canadienne; répond aux besoins en information des dirigeants communautaires et reflète les réalités particulières des peuples autochtones.
- 2- Adopter un modèle de santé des populations afin de s'attaquer aux disparités sur le plan de la santé pour les Premières nations, les Inuits et les Métis. Permettre à tous les ministères et organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux de travailler en partenariat avec des organisations autochtones qui surveillent des programmes et des services, les gèrent ou donnent des conseils en la matière, et les obliger à le faire, afin de tenir

compte des déterminants de la santé qui ont une incidence sur les Inuits, les Métis et les Premières nations.

- 3- En partenariat avec les divers paliers de gouvernement, définir les ressources nécessaires pour répondre aux besoins particuliers sur le plan de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis qui vivent dans des collectivités rurales, éloignées ou qui ont des défis socioéconomiques à relever. S'attaquer en priorité à la pénurie courante et continue de prestataires de services de santé, et en particulier d'infirmières, auxquels ont accès ces groupes. Assurer que l'on consacre les ressources nécessaires à la mise en œuvre de programmes de formation qui augmenteront le nombre de prestataires de services de santé inuits, métis et des Premières nations, à court, moyen et long termes. Reconnaître qu'il faut que les ressources soient disponibles et accessibles. Il faut éviter des obstacles comme ceux que crée l'utilisation de modèles normalisés de programmes ou de financement afin de pouvoir répartir et utiliser des ressources.

L'état de santé actuel des peuples autochtones est inacceptable et il est urgent et critique que tous les paliers de gouvernement s'y attaquent en partenariat avec les Premières nations, les Inuits et les Métis. Améliorer l'état de santé des Premières nations, des Inuits et des Métis pour le porter à un niveau comparable à celui du reste de la population canadienne doit constituer une priorité nationale. Sinon, leur état de santé continuera à prendre du retard ou même à se détériorer. On a proposé les trois recommandations ci-dessus comme solutions pour amorcer le processus d'amélioration de l'état de santé des Premières nations, des Inuits et des Métis.

Pratiques exemplaires

La définition et la mise en vitrine de pratiques exemplaires ou fructueuses peuvent encourager d'autres personnes à entreprendre des activités semblables afin d'améliorer l'évolution de leur état de santé. Nous présentons ici un exemple seulement d'une pratique exemplaire qui produit actuellement des résultats positifs dans une collectivité autochtone au Canada.

Projet sur les soins primaires d'Eskasoni

Cette démarche trilatérale vise à élaborer un nouveau modèle de prestation de soins de santé primaires aux Premières nations de la bande d'Eskasoni. Ce projet pilote subventionné au début par le Fonds d'adaptation des soins de santé visait à vérifier l'efficacité d'un comité directeur trilatéral constitué de représentants de la DGSPNI, du gouvernement provincial – de la Nouvelle-Écosse – et des Premières nations de la bande d'Eskasoni.

Le projet vise à :

- créer un mécanisme grâce auquel un comité directeur tripartite peut établir une relation de travail efficace et jouer un rôle central dans le projet;
- améliorer l'état de santé de la population d'Eskasoni;
- utiliser plus efficacement les ressources en matière de soins de santé;
- prévenir une trop grande dépendance à l'égard des médecins et des médicaments qu'ils prescrivent;
- éliminer les éléments de services qui se chevauchent tout en comblant certaines lacunes dans les services offerts jusqu'à présent à la collectivité d'Eskasoni.

Le projet a produit les réussites clés suivantes :

- Réduction de 40 % du nombre des visites de résidents de la bande d'Eskasoni aux services externes ou d'urgence de l'hôpital régional.
- La fréquence des visites de résidents de la bande d'Eskasoni à des médecins de famille est tombée d'un sommet de 11 visites de patients par année à quelque quatre.
- Le budget des transports médicaux a réduit ses dépenses d'environ 200 000 \$.
- Un médecin de famille de la bande d'Eskasoni et une infirmière en santé communautaire ont suivi 96 % de toutes les grossesses, du stade des soins prénatals jusqu'à l'accouchement et aux soins postnataux (de 70 à 80 naissances par année).
- Les références de médecins de famille locaux à la nutritionniste/éducatrice en santé de l'équipe de prise en charge du diabète ont augmenté de 850 %.
- Soixante-treize pour cent des patients du Centre de santé de la bande d'Eskasoni déclarent obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille dans les 24 heures ou moins et 90 % en obtiennent un dans les 48 heures.
- Quarante-neuf pour cent des patients croient que la qualité des services de santé s'est améliorée par rapport à il y a cinq ans.
- On a établi une collaboration avec l'hôpital régional du Cap-Breton dans plusieurs domaines clés de programmes et de services.
- Tous les prestataires de soins primaires se disent satisfaits de travailler dans ce modèle de soins primaires.
- Pendant l'étude de 24 mois, on a prescrit 56 % de moins de benzodiazépines.
- Les soins aux patients fondés sur la collaboration ont entraîné l'intégration réussie d'un nouveau modèle de services.
- La collaboration entre les cinq bandes du Cap-Breton est à l'origine d'une deuxième initiative fructueuse en soins primaires.

Annexe A

Accord sur la santé de 2003

Les premiers ministres ont convenu de respecter les cinq principes du système de santé publique : universalité, accessibilité, transférabilité, intégralité et administration publique. Les premiers ministres ont en outre convenu d'améliorer la transparence du système de santé et de le rendre plus redevable tout en garantissant que les soins de santé demeureront abordables pour tous les Canadiens.

L'Accord sur la santé s'engage à assurer que :

- tous les Canadiens et les Canadiennes aient accès à des soins de santé, au moment opportun, en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer, peu importe où ils vivent ou s'établissent au Canada;
- les services de santé offerts aux Canadiens et aux Canadiennes soient de qualité supérieure, efficaces, axés sur leurs patients et sûrs;
- notre système de soins de santé soit viable, abordable, et que les Canadiens et les Canadiennes et leurs enfants puissent compter sur lui dans le futur.

Le but ultime de l'Accord sur la santé est de s'assurer que les Canadiens et les Canadiennes :

- aient accès à un fournisseur de soins de santé 24 heures par jour, sept jours par semaine;
- aient accès au moment opportun, à des procédures diagnostiques et à des traitements;
- n'aient pas à répéter leurs antécédents médicaux ni à subir les mêmes tests chaque fois qu'ils consultent un nouveau fournisseur de soins;
- aient accès à des services de qualité, à domicile et dans leur communauté;
- aient accès aux médicaments dont ils ont besoin sans assumer un fardeau financier excessif;
- puissent avoir accès à des soins de santé de qualité quel que soit leur lieu de résidence;
- puissent voir leur système de soins de santé comme étant efficace, souple et adapté à leurs besoins changeants, à ceux de leur famille et de leur communauté, maintenant et à l'avenir.

Les premiers ministres ont convenu de produire, à l'intention de leurs électeurs respectifs, un rapport public annuel sur les trois domaines prioritaires de l'Accord sur la santé – les soins de santé primaires, les soins à domicile et l'assurance contre le prix catastrophique des médicaments. Les premiers ministres ont en outre convenu d'utiliser des indicateurs comparables et d'établir l'infrastructure de données nécessaires pour produire les rapports publics annuels. Ces rapports tiendront la population canadienne au courant des progrès réalisés et des principaux résultats de l'Accord sur la santé.

Afin de contrôler et de surveiller la mise en œuvre de l'Accord sur la santé, on a créé un Conseil de la santé pour assurer que tout l'exercice est redevable et transparent.

Le Conseil canadien de la santé

La création du Conseil de la santé a été sanctionnée officiellement dans l'Accord des premiers ministres de 2003. Son rôle principal consiste à *assurer le suivi et rendre compte des progrès réalisés par le renouvellement des soins de santé en ce qui a trait aux dispositions relatives à l'imputabilité et à la transparence de l'Accord*. Vingt-sept experts de la santé et autres représentants de toutes les régions du Canada ont été nommés au Conseil de la santé. Les membres du Conseil assureront l'orientation et le leadership nécessaires à l'exécution du mandat.

Les premiers ministres ont défini sept thèmes ou domaines prioritaires pour la réforme de la santé sur lesquels le Conseil canadien de la santé devrait se pencher :

1. cadre de surveillance des progrès du système;
2. une population canadienne en bonne santé (qui inclura la population en général, ainsi que la santé des Autochtones et le développement de la petite enfance);
3. temps d'attente;
4. soins primaires;
5. ressources humaines de la santé;
6. soins à domicile;
7. assurance-médicaments.

Indicateurs comparables de la santé

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA ¹⁴																														
5.1 Espérance de vie	Progrès perçus du mieux-être communautaire :																														
Définition : Le nombre d'années qu'une personne pourra s'attendre à vivre, à partir de la naissance ou de l'âge de 65 ans, selon les statistiques de mortalité pour une période d'observation donnée, généralement une année civile ¹⁵ .	Pourcentage des répondants qui considèrent que les progrès sont bons dans les domaines suivants :																														
<p>Premières nations :</p> <p>En 2001, les hommes des Premières nations avaient une espérance de vie de 70,4 ans et les femmes, de 75,5 ans comparativement à 76,5 et 82,1 ans chez les non-Autochtones (AINC 2003).</p> <p>Colombie-Britannique : Au cours de la période de 1997 à 2001, les Indiens inscrits de sexe masculin de la Colombie-Britannique avaient une espérance de vie moyenne de 69,9 ans, soit huit ans de moins que les hommes non autochtones de la CB et les femmes indiennes inscrites avaient une espérance de vie de 75,4 ans, comparativement à 82,0 ans, pour les autres femmes de la CB. (Colombie-Britannique 2002).</p> <p>Manitoba : L'espérance de vie des membres « inscrits » des Premières nations est inférieure à celle du reste de la population manitobaine (hommes : 68,4 ans contre 76,1; femmes : 73,2 ans contre 81,4) (Manitoba 2002).</p> <p>Territoires du Nord-Ouest¹⁶ : En 1997, les femmes autochtones des TNO avaient une espérance de vie de 75 ans et les hommes, de 70 ans, comparativement à 80 et 75 ans respectivement chez les non-Autochtones des TNO (TNO 1999).</p> <p>Inuits : L'espérance de vie des Inuits est inférieure à celle des membres des Premières nations. Au</p>	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Eau/égout :</td><td>31 %</td></tr> <tr><td>Recours aux aînés :</td><td>24 %</td></tr> <tr><td>Langues :</td><td>23 %</td></tr> <tr><td>Programmes culturels à l'école :</td><td>23 %</td></tr> <tr><td>Possibilités de formation :</td><td>23 %</td></tr> <tr><td>Qualité du logement :</td><td>21 %</td></tr> <tr><td>Programmes contrôlés par les PN/I :</td><td>15 %</td></tr> <tr><td>Lien avec la terre :</td><td>15 %</td></tr> <tr><td>Réseautage :</td><td>15 %</td></tr> <tr><td>Formation en santé :</td><td>14 %</td></tr> <tr><td>Retour aux traditions :</td><td>13 %</td></tr> <tr><td>Engagement envers la guérison personnelle :</td><td>12 %</td></tr> <tr><td>Professionnels de la santé PN/I :</td><td>11 %</td></tr> <tr><td>Possibilités d'emploi :</td><td>11 %</td></tr> <tr><td>Alcoolisme/toxicomanies :</td><td>8 %</td></tr> </tbody> </table>	Eau/égout :	31 %	Recours aux aînés :	24 %	Langues :	23 %	Programmes culturels à l'école :	23 %	Possibilités de formation :	23 %	Qualité du logement :	21 %	Programmes contrôlés par les PN/I :	15 %	Lien avec la terre :	15 %	Réseautage :	15 %	Formation en santé :	14 %	Retour aux traditions :	13 %	Engagement envers la guérison personnelle :	12 %	Professionnels de la santé PN/I :	11 %	Possibilités d'emploi :	11 %	Alcoolisme/toxicomanies :	8 %
	Eau/égout :	31 %																													
	Recours aux aînés :	24 %																													
	Langues :	23 %																													
	Programmes culturels à l'école :	23 %																													
	Possibilités de formation :	23 %																													
	Qualité du logement :	21 %																													
	Programmes contrôlés par les PN/I :	15 %																													
	Lien avec la terre :	15 %																													
	Réseautage :	15 %																													
	Formation en santé :	14 %																													
	Retour aux traditions :	13 %																													
	Engagement envers la guérison personnelle :	12 %																													
	Professionnels de la santé PN/I :	11 %																													
Possibilités d'emploi :	11 %																														
Alcoolisme/toxicomanies :	8 %																														
Problèmes dans le ménage :	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="815 1251 1101 1377">Répondants du Labrador (aucun pourcentage indiqué)</th> <th data-bbox="1101 1251 1380 1377">Répondants du Manitoba</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Consommation d'alcool</td><td>Consommation d'alcool (38 %)</td></tr> <tr><td>Communication entre les membres de la famille</td><td>Jeu (33 %)</td></tr> <tr><td>Surpeuplement</td><td>Toxicomanies (23 %)</td></tr> <tr><td>Jeu</td><td>Surpeuplement (20 %)</td></tr> <tr><td>Chômage</td><td>Violence familiale (14 %)</td></tr> <tr><td>Revenu du ménage insuffisant</td><td></td></tr> <tr><td>Logement inadéquat</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Répondants du Labrador (aucun pourcentage indiqué)	Répondants du Manitoba	Consommation d'alcool	Consommation d'alcool (38 %)	Communication entre les membres de la famille	Jeu (33 %)	Surpeuplement	Toxicomanies (23 %)	Jeu	Surpeuplement (20 %)	Chômage	Violence familiale (14 %)	Revenu du ménage insuffisant		Logement inadéquat															
Répondants du Labrador (aucun pourcentage indiqué)	Répondants du Manitoba																														
Consommation d'alcool	Consommation d'alcool (38 %)																														
Communication entre les membres de la famille	Jeu (33 %)																														
Surpeuplement	Toxicomanies (23 %)																														
Jeu	Surpeuplement (20 %)																														
Chômage	Violence familiale (14 %)																														
Revenu du ménage insuffisant																															
Logement inadéquat																															

¹⁴ ONSA – Organisation nationale de la santé autochtone – basé sur l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1997.

<p>Nunavut, en 1999, l'espérance de vie des hommes inuits s'établissait à 67,7 ans et celle des femmes à 70,2 ans (Santé Canada 2003b). Au Nunavik (nord du Québec), pour la période de 1993 à 1997, l'espérance de vie atteignait 69,3 ans et 62,4 ans chez les femmes et les hommes respectivement (Pauktuutit, 2000).</p> <p>Métis :</p> <p>Données non disponibles</p>	<p>Raisons de faire revivre et de préserver la langue autochtone :</p> <table border="1"> <tr> <td>Prévenir la perte :</td> <td>35 %</td> </tr> <tr> <td>Pour les enfants :</td> <td>13 %</td> </tr> <tr> <td>Montrer sa fierté culturelle :</td> <td>8 %</td> </tr> <tr> <td>Capacité de parler :</td> <td>7 %</td> </tr> <tr> <td>Survie du peuple :</td> <td>9 %</td> </tr> <tr> <td>Enrichissement de la vie :</td> <td>4 %</td> </tr> <tr> <td>Éducation des enfants :</td> <td>3 %</td> </tr> <tr> <td>Mode de vie :</td> <td>2 %</td> </tr> <tr> <td>Gagner du respect :</td> <td>1 %</td> </tr> </table>	Prévenir la perte :	35 %	Pour les enfants :	13 %	Montrer sa fierté culturelle :	8 %	Capacité de parler :	7 %	Survie du peuple :	9 %	Enrichissement de la vie :	4 %	Éducation des enfants :	3 %	Mode de vie :	2 %	Gagner du respect :	1 %
Prévenir la perte :	35 %																		
Pour les enfants :	13 %																		
Montrer sa fierté culturelle :	8 %																		
Capacité de parler :	7 %																		
Survie du peuple :	9 %																		
Enrichissement de la vie :	4 %																		
Éducation des enfants :	3 %																		
Mode de vie :	2 %																		
Gagner du respect :	1 %																		

¹⁵ Les définitions des indicateurs proviennent du rapport intitulé « Plan d'élaboration des rapports sur les indicateurs comparables dans le domaine de santé en novembre 2004 » présenté par le Comité consultatif sur la gouvernance et la responsabilité (CCGR) et approuvé par la Conférence des sous-ministres de la Santé.

¹⁶ Selon les estimations de la population de 1998, plus de 50 % de la population des TNO est autochtone d'ascendance dénée, métisse ou inuite (TNO 1999).

5.5. Mortalité infantile	Espoirs et rêves pour la collectivité (résultats de l'Ontario) :																									
<p>Définition : Nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie, exprimé sous forme d'un taux (pour 1 000 naissances vivantes) pour l'année en question.</p>	<table border="1"> <tr><td>Cohésion</td><td>40 %</td></tr> <tr><td>Autosuffisance</td><td>12 %</td></tr> <tr><td>Meilleure personne</td><td>10 %</td></tr> <tr><td>Bonheur</td><td>9 %</td></tr> <tr><td>Épanouissement communautaire</td><td>9 %</td></tr> <tr><td>Santé</td><td>7 %</td></tr> <tr><td>Guérison</td><td>8 %</td></tr> <tr><td>Libération de l'alcoolisme et des toxicomanies</td><td>7 %</td></tr> <tr><td>Culture</td><td>8 %</td></tr> <tr><td>Fierté à l'égard de ce que nous sommes</td><td>8 %</td></tr> <tr><td>Plus de services communautaires</td><td>5 %</td></tr> <tr><td>Travail/emploi</td><td>4 %</td></tr> </table>		Cohésion	40 %	Autosuffisance	12 %	Meilleure personne	10 %	Bonheur	9 %	Épanouissement communautaire	9 %	Santé	7 %	Guérison	8 %	Libération de l'alcoolisme et des toxicomanies	7 %	Culture	8 %	Fierté à l'égard de ce que nous sommes	8 %	Plus de services communautaires	5 %	Travail/emploi	4 %
Cohésion	40 %																									
Autosuffisance	12 %																									
Meilleure personne	10 %																									
Bonheur	9 %																									
Épanouissement communautaire	9 %																									
Santé	7 %																									
Guérison	8 %																									
Libération de l'alcoolisme et des toxicomanies	7 %																									
Culture	8 %																									
Fierté à l'égard de ce que nous sommes	8 %																									
Plus de services communautaires	5 %																									
Travail/emploi	4 %																									
<p>Premières nations : Le taux de mortalité infantile s'établissait à 8,0/1 000 naissances vivantes en 1999 comparativement à 5,5/1 000 pour l'ensemble du Canada. Le syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN) était la principale cause de mortalité infantile. Deux études réalisées au cours des années 90 ont révélé que le taux de SMSN dans la population des Premières nations était de cinq à 10 fois plus élevé que ceux des populations autres que des Premières nations en Colombie-Britannique et en Alberta respectivement (Santé Canada 2003b).</p>	<p>Quantité de viande, de poisson et d'oiseaux prélevés par la chasse et la pêche (résultats du Labrador) :</p> <table border="1"> <tr><td>Totalité</td><td>31 %</td></tr> <tr><td>La moitié à la majeure partie</td><td>45 %</td></tr> <tr><td>Moins de la moitié</td><td>23 %</td></tr> <tr><td>Aucun</td><td>1 %</td></tr> </table>		Totalité	31 %	La moitié à la majeure partie	45 %	Moins de la moitié	23 %	Aucun	1 %																
Totalité	31 %																									
La moitié à la majeure partie	45 %																									
Moins de la moitié	23 %																									
Aucun	1 %																									
<p>Colombie-Britannique : En 2001, le taux de mortalité infantile chez les Autochtones s'établissait à 4,3/1 000 naissances vivantes, ce qui est proche du taux provincial de 3,9/1 000 (Colombie-Britannique 2002). Territoires du Nord-Ouest : En 1998, le taux de mortalité infantile atteignait 6/1 000 naissances vivantes, et il demeure semblable à celui du Canada depuis 1988 (certains 1999).</p>	<p>Consommation fréquente de plats prêts à manger selon l'âge (résultats du Québec) :</p> <table border="1"> <tr><td>18 – 29 ans</td><td>41 %</td></tr> <tr><td>30 – 44 ans</td><td>30 %</td></tr> <tr><td>45 – 64 ans</td><td>17 %</td></tr> <tr><td>65 ans et plus</td><td>5 %</td></tr> </table>		18 – 29 ans	41 %	30 – 44 ans	30 %	45 – 64 ans	17 %	65 ans et plus	5 %																
18 – 29 ans	41 %																									
30 – 44 ans	30 %																									
45 – 64 ans	17 %																									
65 ans et plus	5 %																									
<p>Inuits : En 1990 et 1994, le taux de mortalité infantile au Nunavik était de 25,5/1 000 naissances vivantes (Santé Canada 2003b). En 1999, le taux de mortalité infantile dans le Nord a été établi à 2,6/1 000 (Yukon); 16,7/1 000 (TNO) (AINC 2003).</p>																										
<p>Nunavut : En 1999, le taux de mortalité infantile a atteint 15/1 000 naissances vivantes comparativement à 4,4/1 000 dans le reste du Canada (Nunavut 2002a).</p>																										
<p>Métis: Données non disponibles.</p>																										

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA
5.6 Faible poids à la naissance	
Définition : Nombre de naissances vivantes (poids à la naissance connu) pour lesquelles le poids du nouveau-né se situait entre 500 et 2 500 grammes.	
<p>Premières nations :</p> <p>En 1999, 6,0 % des 8 125 enfants nés dans les Premières nations avaient un faible poids à la naissance, comparativement à 5,6 % dans la population canadienne en général. Le nombre des nouveau-nés de faible poids à la naissance est à la hausse dans les populations des Premières nations. Au cours de la période de 1989 à 1993, l'incidence du faible poids à la naissance chez les nouveau-nés des Premières nations a varié de 3 % à 5 %. (On considère que le faible poids à la naissance pose un problème plus sérieux que le poids élevé à la naissance dans les collectivités des Premières nations parce que le taux de mortalité est plus élevé chez les nouveau-nés de faible poids à la naissance que chez ceux qui ont un poids élevé. On établit un lien entre les nouveau-nés de faible poids et de poids élevé à la naissance et les taux à la hausse du diabète chez les Autochtones) (Santé Canada 2003b).</p> <p>Territoires du Nord-Ouest : Le taux de faible poids à la naissance dans les TNO ressemble à celui du reste du Canada, et s'établit à quelque 5/1 000 (certain 1999).</p> <p>Inuits :</p> <p>Nunavut : Il naît environ 35 % de plus de nouveau-nés de faible poids à la naissance au Nunavut que dans le reste du Canada. Il y a plus de bébés de faible poids à la naissance chez les bébés de sexe féminin que chez ceux de sexe masculin : 8/1 000 contre 7/1 000 (Nunavut, 2002).</p> <p>Métis :</p> <p>Données non disponibles</p>	

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA
5.7 Taux de mortalité (global)	
<p>Définition : Taux de survie observé après cinq ans chez le groupe de patients cancéreux étudié comparativement aux taux de survie prévus s'ils avaient été soumis seulement au taux de mortalité de la population générale avec caractéristiques semblables, notamment même âge, sexe et lieu de résidence.</p>	
<p>Premières nations :</p> <p>En 1999, le taux de mortalité brut des Premières nations a été fixé à 354,2/100 000 habitants. Les quatre principales causes de mortalité sont les mêmes depuis 1991 : traumatismes et empoisonnements, problèmes circulatoires, cancer et maladies respiratoires. Au Canada, les trois principales causes de mortalité sont les maladies cardiovasculaires, le cancer et les traumatismes. Le taux brut de mortalité chez les hommes des Premières nations s'établit à 1,3 fois celui des femmes, soit 382,3/100 000 contre 293,3/100 000 dans cet ordre. Pendant cette période, les causes de mortalité ont différencié entre les hommes et les femmes. Les trois principales causes ont été les traumatismes et les empoisonnements, les maladies circulatoires et le cancer chez les hommes et les maladies respiratoires, les traumatismes et l'empoisonnement, suivis du cancer, chez les femmes. Le taux de mortalité brut attribué au suicide était de 32,2/100 000 selon les données de 1996 (Santé Canada 2003b).</p> <p>Colombie-Britannique : En 2001, le taux de mortalité chez les membres inscrits des Premières nations s'établissait à 1,5 fois celui de la population en général. Les cinq principales causes de mortalité chez les Premières nations de la CB sont les suivantes : cardiopathie ischémique, accidents de véhicule à moteur, empoisonnement accidentel, suicide et maladies cérébrovasculaires (Colombie-Britannique 2002).</p> <p>Manitoba : Le taux de mortalité prématurée chez les membres inscrits des Premières nations est de 6,6/1 000 comparativement à 3,3/1 000 dans le reste de la population manitobaine. Les membres qui vivent dans le Nord ont un taux de mortalité prématurée plus</p>	

faible que ceux des Premières nations qui habitent le Sud (Manitoba 2002).

Territoires du Nord-Ouest : La principale cause de mortalité chez les habitants des TNO est le cancer qui cause 25 % du total des décès, suivi des traumatismes et des empoisonnement (23 %), et des maladies circulatoires (23 %) (TNO 1999).

Inuits :

En 2001-2002, les taux de mortalité dans le Nord – Yukon, TNO et Nunavut – s'établissaient à 5,2/1 000, 3,9/1 000 et 5,7/1 000 respectivement. On prévoit qu'ils augmenteront pour tous les territoires de 2000 à 2006 (AINC 2003).

Les traumatismes sont considérés comme la principale cause de mortalité dans la population inuite. Au Nunavik, en 1997, ils ont causé 55 % des décès chez les hommes et 27 % chez les femmes selon Hodgins (Santé Canada 2003b).

On a signalé que le taux de suicide chez les Inuits, compte tenu de l'information sur la santé de 1996, atteignait 79,0/100 000 comparativement à 13,2/100 000 dans la population en général. Au cours de la période de 1991 à 1995, le Nunavik a affiché un taux de suicide de 82/100 000 habitants (Santé Canada 2003b).

Métis :

Données non disponibles.

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA
<p>5.7.1 Taux de mortalité par cancer du poumon</p> <p>Premières nations :</p> <p>En 1999, le taux brut de mortalité par cancer chez les hommes des Premières nations était de 57,9/100 000 – le cancer du poumon étant le type le plus répandu. Chez les femmes, le même taux brut de mortalité a atteint 59,8/100 000 et le cancer du poumon venait au deuxième rang (Santé Canada 2003b).</p> <p>Territoires du Nord-Ouest : Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon étaient les types les plus prévalents de cancer dont l'issue est mortelle chez les hommes dénés et ont causé 36 % du total des morts reliées au cancer au cours de la période de 1990 à 1999. Chez les femmes dénées, ce type de cancer venait au deuxième rang et a causé 20 % des morts reliées au cancer pendant la même période (TNO 2003).</p> <p>Inuits :</p> <p>Les cancers de la trachée, de la bronche et du poumon constituaient les principaux types de cancer cause de mortalité chez les hommes et femmes inuits des TNO à 39 % et 36 % respectivement (TNO 2003).</p> <p>Les femmes inuites de la région du Nunavik présentent l'incidence la plus élevée de cancer du poumon (et du col). Un décès sur 14 (1/14) est relié au cancer du poumon. Au cours de la période de 1987 à 1994, le taux de cancer du poumon au Nunavik était 3,4 fois plus élevé qu'au Québec (Pauktuutit 2000).</p> <p>Nunavut : En 1999, le taux de mortalité attribuable au cancer du poumon était 3,2 fois plus élevé chez les hommes et 5,3 fois plus élevé chez les femmes par rapport au taux canadien (Nunavut 2002a).</p> <p>Métis :</p> <p>Dans les TNO, dans la catégorie « autre » qui regroupe les populations non autochtones et métisses, les cancers de la trachée, des</p>	

<p>bronches et du poumon constituent la principale cause de mortalité reliée au cancer autant chez les hommes que les femmes à 38 % et 27 % respectivement (TNO 2003).</p>	
--	--

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA
<p>5.7.2 Taux de mortalité par cancer de la prostate</p> <p>Premières nations :</p> <p>Le cancer de la prostate s'est classé au deuxième rang des principaux types de cancer mortel chez les hommes des Premières nations en 1999 (Santé Canada 2003b).</p> <p>Inuits :</p> <p>Données non disponibles</p> <p>Métis :</p> <p>Dans les TNO, soit dans le groupe démographique qui tient compte des Métis, le cancer de la prostate cause 11 % des morts reliées au cancer et vient au troisième rang des principales causes de mortalité (TNO 2003).</p>	

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA
<p>5.7.3 Taux de mortalité par cancer du sein</p> <p>Premières nations :</p> <p>Le cancer du sein a été la principale cause de mortalité reliée au cancer chez les femmes des Premières nations en 1999 (Santé Canada 2003b).</p> <p>Territoires du Nord-Ouest : Le cancer du sein vient au troisième rang des principales causes de mortalité reliée au cancer chez les femmes dénées (TNO 2003).</p> <p>Inuits :</p> <p>Nunavut : Moins de femmes meurent du cancer du sein au Nunavut. Le taux de mortalité attribuable au cancer du sein atteint 11,9/100 000 comparativement à 25,2/100 000 chez le reste des femmes canadiennes</p>	

<p>(Nunavut 2002a).</p> <p>Métis :</p> <p>Dans les TNO, le cancer du sein vient au deuxième rang des principales causes de décès reliés au cancer dans la population féminine <u>en général</u>, qui inclut les Métis (TNO 2003).</p>	
--	--

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA
<p>5.7.5 Taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde (IAM)</p> <p>Premières nations :</p> <p>En 1999, la cardiopathie ischémique a été la principale cause de mortalité chez les populations des Premières nations d'âge intermédiaire (45 à 65 ans) et chez les aînés (65 ans et plus) des Premières nations et a causé 17 % et 29 % des décès respectivement (Santé Canada 2003b).</p> <p>Colombie-Britannique : Entre 1991 et 2001, la cardiopathie ischémique a été la principale cause de mortalité chez les membres inscrits des Premières nations (Colombie-Britannique 2002).</p> <p>Territoires du Nord-Ouest : Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la deuxième cause en importance de mortalité chez les résidents des TNO où 44 % de ces décès ont été attribués à des IAM (TNO 1999).</p> <p>Saskatchewan : En 2001, les maladies de l'appareil circulatoire ont constitué la principale cause de mortalité chez les hommes et les femmes : elles ont causé 21,3 % du total des décès dans la population des Premières nations (Saskatchewan 2001).</p> <p>Inuits :</p> <p>Nunavut : Le taux de mortalité causée par des IAM s'est établi à 39/100 000 comparativement à 63,5/100 000 dans le reste de la population canadienne au cours de la période de 1997 à 1999 (Nunavut 2002a).</p>	

Métis: Données non disponibles.	
---	--

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA
<p>5.7.6 Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral</p> <p>Premières nations :</p> <p>Les taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge classent les maladies de l'appareil circulatoire comme la principale cause de mortalité chez les membres des Premières nations en 1999. Les femmes autochtones présentent des taux de mortalité plus élevés que les femmes non autochtones en général à la fois pour les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux. (Santé Canada 2003b).</p> <p>Colombie-Britannique : Les maladies vasculaires cérébrales ont été la cinquième cause en importance de mortalité chez les membres inscrits des Premières nations au cours de la période de 1991 à 2001 (Colombie-Britannique 2002).</p> <p>Territoires du Nord-Ouest : L'accident vasculaire cérébral a causé 17 % du total des décès attribuables aux problèmes circulatoires dans les TNO (TNO 1999).</p> <p>Manitoba : Le taux d'hypertension corrigé en fonction de l'âge ou du sexe chez les membres inscrits des Premières nations âgés de 25 ans et plus s'est établi à 221/1 000 comparativement à 202/1 000 dans le reste de la population du Manitoba. On a constaté des taux d'hypertension chez les populations vivant dans des réserves comparativement aux membres inscrits des Premières nations vivant hors réserve (235 contre 199 pour 1 000) (Manitoba 2002).</p> <p>Inuits :</p> <p>Données non disponibles</p> <p>Métis :</p> <p>Données non disponibles</p>	

<p>5.7.17 Années potentielles de vie perdues dues au suicide</p>	
<p>Définition : Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont le nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » d'une cause quelconque, c.-à-d. avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui se suicide à 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie.</p>	
<p>Premières nations :</p> <p>En 1999, on a attribué au suicide 1 315,4 années potentielles de vie perdues (APVP) pour 100 000 membres des Premières nations. Le suicide est une des principales causes de mortalité chez les membres des Premières nations de 10 à 44 ans (Santé Canada 2003b).</p> <p>Inuits :</p> <p>Le taux de suicide de la population inuite dans l'ensemble a atteint 79,0/100 000 en 2002 – APVP non disponibles (Santé Canada 2003b).</p> <p>Nunavut : Les APVP chez les hommes inuits sont 8,5 fois plus élevées que le taux canadien. Les femmes du Nunavut présentent quatre fois plus d'APVP que la population générale des femmes du Canada. En 1999, les APVP ont totalisé 6 222,3/100 000 chez les hommes inuits et 749,1/100 000 chez les femmes (Nunavut 2002a).</p> <p>Métis:</p> <p>Données non disponibles</p>	

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA										
5.7.18 Années potentielles de vie perdues dues aux blessures accidentelles	Causes des blessures en Nouvelle-Écosse (résultats de l'ERS 1997 en Nouvelle-Écosse). Pourcentage de personnes blessées au cours des 12 mois précédents par :										
Définition : Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont le nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » d'une blessure accidentelle. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie.	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Chutes</td> <td>39 %</td> </tr> <tr> <td>Activités sportives</td> <td>31 %</td> </tr> <tr> <td>Agression</td> <td>18 %</td> </tr> <tr> <td>Véhicule à moteur</td> <td>17 %</td> </tr> <tr> <td>Bicyclette</td> <td>9 %</td> </tr> </tbody> </table>	Chutes	39 %	Activités sportives	31 %	Agression	18 %	Véhicule à moteur	17 %	Bicyclette	9 %
Chutes	39 %										
Activités sportives	31 %										
Agression	18 %										
Véhicule à moteur	17 %										
Bicyclette	9 %										
<p>Premières nations : Pour les Premières nations, la catégorie blessures et empoisonnement, qui inclut le suicide, est la principale cause d'APVP. Cette catégorie représente 4 909 années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants des Premières nations en 1999 (AINC 2003; ICIS 2004).</p> <p>Colombie-Britannique : Les blessures sont la principale cause de mortalité dans la population autochtone de la Colombie-Britannique et comprennent les décès causés par des accidents de véhicules à moteur, les empoisonnements accidentels, y compris la surdose de drogue, les suicides, les chutes, les incendies et les noyades (Colombie-Britannique 2002).</p> <p>Territoires du Nord-Ouest : Les blessures causent environ la moitié du total des morts prématurées dans les TNO et les victimes ont en moyenne 38 ans. Les APVP chez les hommes des TNO à la suite de blessures sont deux fois plus élevées que chez les femmes – 50 % par rapport à 27 % respectivement (TNO 1999).</p> <p>Saskatchewan : En 2001, on a attribué 4 005 des 9 335 APVP à des causes externes de morbidité et de mortalité, ce qui représente presque la moitié (42,9 %) du total des APVP chez les membres inscrits des Premières nations vivant dans des réserves et hors réserve (Saskatchewan 2001).</p> <p>Inuits :</p> <p>Nunavut : En 1999, le nombre d'APVP s'est établi à 2 594,2/100 000 chez les femmes et à 3 039/100 000 chez les hommes</p>											

<p>comparativement à 374,5/100 000 et 1 036/100 000 chez leurs homologues canadiens respectivement (Nunavut 2002a).</p> <p>Métis :</p> <p>Données non disponibles</p>	
--	--

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA
<p>5.7.20 Taux d'incidence de la rougeole</p>	
<p>Définition : Taux de nouveaux cas déclarés par année. On parle de cas confirmé lorsque la maladie est confirmée par l'analyse de laboratoire et qu'il n'y pas eu de vaccin antirougeoleux récent : isolation du virus de la rougeole dans un spécimen clinique approprié ou augmentation marquée du niveau des anticorps de la rougeole entre le sérum de phase aiguë et celui de phase convalescente, test sérologique positif de l'immunoglobuline administrée au moyen d'un dosage biologique recommandé ou cas clinique chez une personne présentant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire.</p>	
<p>Premières nations :</p> <p>Aucun cas déclaré de rougeole dans les populations des Premières nations en 1999 (Santé Canada 2003b).</p> <p>Territoires du Nord-Ouest : Au cours de la période de 1989 à 1998, le taux de rougeole a atteint 4,1/100 000 comparativement à 0,7/100 000 pour le Canada (TNO 1999).</p> <p>Inuits :</p> <p>Nunavut : Aucun cas déclaré de rougeole depuis 1991 (Nunavut 2002a).</p>	

Métis : Données non disponibles	
---	--

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA
<p>5.7.21 Taux d'incidence de la maladie invasive due à Haemophilus influenza type B (Hib)</p> <p>Définition : Taux de nouveaux cas déclarés chaque année chez les enfants de moins de cinq ans. On parle de cas confirmé lorsque la maladie invasive est confirmée par une analyse de laboratoire et qu'il n'y pas eu d'immunisation récente au vaccin Hib : isolation de H. influenzae de type B dans un site stérile en temps normal ou dans l'épiglotte chez une personne souffrant d'une épiglottite, ou présence de l'antigène H. influenzae de type B dans le liquide céphalorachidien. La méningite, la bactériémie, l'épiglottite, la pneumonie, la péricardite, l'arthrite aiguë et l'emphysème sont des maladies invasives.</p> <p>Premières nations :</p> <p>En 2001, on a noté cinq cas de maladie invasive par H. influenzae de type B et une mort chez les enfants autochtones du nord du Canada (Santé Canada 2003b).</p> <p>Territoires du Nord-Ouest : Au cours de la période de 1989 à 1998, le taux d'infection par H. influenza B a atteint 4,1/100 000 comparativement à 0,7/100 000 pour le Canada (TNO 2003).</p> <p>Inuits :</p> <p>Nunavut : Un cas déclaré en 2000, ce qui représente un taux de 28,7/100 000 (Nunavut 2002a).</p> <p>Métis :</p> <p>Données non disponibles</p>	

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA
<p>5.7.22 Taux d'incidence de la tuberculose</p>	
<p>Définition : Taux d'incidence de cas de tuberculose pulmonaire infectieuse déclarés par année civile. Définition d'un cas aux fins de déclaration au Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT) (tous les cas).</p> <p>Cas pour lesquels le complexe mycobacterium (c.-à-d. M. tuberculosis, M. bovis, sauf la souche BCG ou M. africanum) est mis en évidence par culture ou, en l'absence de preuve bactériologique, cas présentant des signes manifestes d'activité (p. ex., ceux pour lesquels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les modifications de la radiographie des poumons sont compatibles avec le diagnostic de tuberculose évolutive, y compris la pleurésie idiopathique avec épanchement; - le diagnostic de tuberculose extrapulmonaire évolutive (méninges, os, rein, ganglions lymphatiques périphériques, etc.) a été posé; - l'examen microscopique de prélèvements ou l'autopsie confirme le diagnostic de tuberculose évolutive. 	
<p>Premières nations :</p> <p>En 1999, l'incidence de la tuberculose (TB) chez les Premières nations s'établissait à 61,5/100 000 comparativement à 5,9/100 000 au Canada. En 2000, le taux est tombé à 34,0/100 000 pour les Premières nations – le taux canadien est demeuré relativement stable à 5,5/100 000. Le taux de TB dans les collectivités des Premières nations demeure six fois plus élevé que celui du Canada (AINC 2002; Santé Canada 2003b).</p> <p>Territoires du Nord-Ouest : Au cours de la période de 1990 à 1998, le taux d'incidence de la tuberculose dans les TNO s'établissait à 54/100 000 comparativement à 7/100 000 pour le reste du Canada. En 1994-1995, le nombre de cas de TB a augmenté considérablement autant chez les hommes que chez les femmes, mais en 1998, le taux avait diminué considérablement pour se rapprocher</p>	

<p>davantage du taux canadien (TNO 1999).</p> <p>Saskatchewan : En 2001, le taux d'infection par la TB a atteint 0,64/1 000 habitants. On a signalé 47 % cas de TB (16 sur 34) chez des enfants de moins de 10 ans, ce qui indique un taux d'infection par la TB de 1,15/1 000 chez les enfants de ce groupe d'âge. On a traité 161 enfants de moins de 15 ans contre la TB (Saskatchewan 2001).</p> <p>Inuits :</p> <p>Nunavut : Les taux de tuberculose sont à la hausse au Nunavut où ils sont 17 fois plus élevés que le taux canadien. Le taux de TB s'établissait à 101,1/100 000 comparativement à 5,9/100 000 pour les autres Canadiens (Nunavut 2002a).</p> <p>Métis :</p> <p>Données non disponibles.</p>	
---	--

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA																			
<p>5.7.24 Taux d'incidence de la chlamydie génitale</p> <p>Définition : Taux d'incidence de la chlamydie génitale signalée, par année civile. On parle de cas confirmé lorsque l'infection est confirmée par analyse de laboratoire : isolation de C trachomatis dans les prélèvements génito-urinaires à l'aide des techniques de laboratoire appropriées.</p> <p>Premières nations :</p> <p>Le taux de chlamydie génitale chez les membres des Premières nations est établi à 947,0/100 000 en 1999 comparativement à 138,2/100 000 dans le reste de la population canadienne. Les femmes de 15 à 24 ans ont représenté 54 % des cas, lorsqu'on a déterminé l'âge et le sexe, ce qui est semblable au taux de chlamydie dans la population féminine canadienne du même groupe d'âge (Santé Canada 2003b).</p> <p>Territoires du Nord-Ouest : Au cours de la période de 1989 à 1999, les taux de chlamydie ont atteint en moyenne 542/50 000 comparativement à 77/50 000 pour</p>	<p>Femmes qui se sont soumises à un test de Pap :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">À un moment donné</th> <th style="text-align: center;">Depuis un an ou deux</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Labrador</td> <td style="text-align: center;">94 %</td> <td style="text-align: center;">78 % (deux dernières années)</td> </tr> <tr> <td>Nouveau-Brunswick</td> <td style="text-align: center;">59 %</td> <td style="text-align: center;">35 % (dernière année)</td> </tr> <tr> <td>Québec</td> <td style="text-align: center;">68 %</td> <td style="text-align: center;">46 % (dernière année)</td> </tr> <tr> <td>Ontario</td> <td style="text-align: center;">88 %</td> <td style="text-align: center;">64 % (dernière année)</td> </tr> <tr> <td>Manitoba</td> <td style="text-align: center;">76 %</td> <td style="text-align: center;">64 % (dernière année)</td> </tr> </tbody> </table>			À un moment donné	Depuis un an ou deux	Labrador	94 %	78 % (deux dernières années)	Nouveau-Brunswick	59 %	35 % (dernière année)	Québec	68 %	46 % (dernière année)	Ontario	88 %	64 % (dernière année)	Manitoba	76 %	64 % (dernière année)
	À un moment donné	Depuis un an ou deux																		
Labrador	94 %	78 % (deux dernières années)																		
Nouveau-Brunswick	59 %	35 % (dernière année)																		
Québec	68 %	46 % (dernière année)																		
Ontario	88 %	64 % (dernière année)																		
Manitoba	76 %	64 % (dernière année)																		

<p>la population canadienne (TNO 1999).</p> <p>Saskatchewan : En 2001, sur les 672 cas signalés de maladies transmises sexuellement, il y avait 478 (71 %) cas de chlamydie et 55 (8,2 %) cas de chlamydie conjuguée à une gonorrhée (Saskatchewan 2001).</p> <p>Inuits :</p> <p>Nunavut : Les taux de chlamydie sont 17 fois plus élevés chez les femmes et 18 fois plus élevés chez les hommes du Nunavut que dans le reste du Canada. Le taux de chlamydie en 2000 s'est établi à 1 577,3/100 000 contre 89,1/100 000 chez les hommes et à 3 623,4/100 000 contre 211,8/100 000 chez les femmes du Nunavut et du Canada respectivement (Nunavut 2002a).</p> <p>Métis :</p> <p>Données non disponibles.</p>	
---	--

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA
<p>5.7.25 Taux d'incidence du VIH</p> <p>Définition : Nombre estimé de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH, d'après les nouveaux tests positifs pour le VIH.</p> <p>Premières nations :</p> <p>Au cours de la période de 1998 à 2001, 605 Autochtones du Canada ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de l'infection par le VIH, ce qui représente 25,9 % de tous les rapports où l'on connaît l'origine ethnique du sujet (Santé Canada 2003b).</p> <p>Les déclarations d'infection par le VIH provenant des provinces qui signalent l'origine ethnique (CB, Yukon, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador) indiquent que le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH est à la hausse : 19,2 % en 1998; 24,0 % en moyenne entre 1999 et 2001 pour atteindre 26,5 % au cours de la première moitié de 2002 (Centre de prévention et de contrôle des</p>	

<p>maladies infectieuses 2003).</p> <p>Colombie-Britannique : Les Autochtones représentent 16 % des sujets qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage du VIH même s'ils constituent 4 % seulement de la population totale de la CB (Colombie-Britannique 2002).</p> <p>De 1987 à 1998, on a signalé aux TNO 20 cas de personnes qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH (TNO 1999).</p> <p>Inuit :</p> <p>Nunavut : On n'a pas diagnostiqué de nouveaux cas d'infection par le VIH depuis sept ans (Nunavut 2002a).</p> <p>Métis :</p> <p>Données non disponibles</p>	
---	--

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA								
<p>5.7.26 Prévalence du diabète (Sélectionné en 2004)</p> <p>Définition : Taux de prévalence du diabète parmi les utilisateurs des services de santé pour 100 000 habitants.</p> <p>Premières nations :</p> <p>Le diabète est particulièrement prévalent chez les femmes autochtones âgées dont une sur quatre âgée de 65 ans et plus a indiqué qu'on avait diagnostiqué chez elles le diabète comparativement à une sur 10 dans le reste de la même population du Canada. Chez les hommes autochtones, le taux s'établissait à un sur cinq comparativement à un sur sept dans la population masculine générale du Canada (Statistique Canada 2003b).</p> <p>Saskatchewan : Les taux de prévalence du diabète corrigés selon l'âge et le sexe dans la population des Premières nations de la Saskatchewan sont environ trois fois plus élevés que chez les groupes n'appartenant pas aux Premières nations (Saskatchewan 2000).</p> <p>Inuits :</p>	<p>On a signalé que le taux de diabète chez les membres des Premières nations et les Inuits était de trois à cinq fois plus élevé que le taux de prévalence canadien. Le problème vient au cinquième rang en importance par la prévalence signalée dans la population autochtone vivant hors réserve dans le cadre du sondage de 2001 auprès des Autochtones, chez qui on pose le diagnostic lorsqu'ils sont plus jeunes (ONSA 2004b).</p> <p>Le taux de diabète autodéclaré chez les adultes des Premières nations âgés de plus de 20 ans est plus que trois fois plus élevé que le taux canadien (15,5 % contre 4,7 %) (ONSA 2004e). La comparaison entre les taux de diabète chez les membres des Premières nations et chez les autres Canadiens, selon le groupe d'âge, est la suivante :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Groupe d'âge :</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">20 – 34 ans</td> <td style="text-align: center;">3,5 fois plus élevé</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35 à 54 ans</td> <td style="text-align: center;">5,6 fois plus élevé</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">55 ans et plus</td> <td style="text-align: center;">5,6 fois plus élevé</td> </tr> </tbody> </table>	Groupe d'âge :		20 – 34 ans	3,5 fois plus élevé	35 à 54 ans	5,6 fois plus élevé	55 ans et plus	5,6 fois plus élevé
Groupe d'âge :									
20 – 34 ans	3,5 fois plus élevé								
35 à 54 ans	5,6 fois plus élevé								
55 ans et plus	5,6 fois plus élevé								

<p>Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 1991, le taux de prévalence du diabète dans la population inuite s'établissait à 1,9 % et il a atteint 2,3 % en 2001. On a signalé qu'il était de 4 % chez les Inuits du Labrador selon le l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits (Statistique Canada 2003b; Santé Canada 2003b).</p> <p>Nunavut : En 2001-2002, environ 7,72 % de la population du Nunavut avait le diabète de type 2. L'incidence annuelle du diabète, qui s'établit à 0,29 %, est demeurée stable au cours de la période de 1997 à 2002 et l'on diagnostique quelque 41 nouveaux cas de diabète par année. Soixante-cinq pour cent des sujets chez les lesquels on a diagnostiqué le diabète ont de 20 à 59 ans comparativement à 15 % seulement dans ce groupe d'âge de la population canadienne en général qui a le diabète (Nunavut 2002ab).</p> <p>Métis :</p> <p>En 2001, le taux de diabète chez les Métis a grimpé à 5,9 % comparativement à 5,5 % en 1991 (Le Quotidien 2003).</p> <p>Saskatchewan : Le taux de diabète normalisé selon l'âge dans la population métisse ressemble à celui des Premières nations : il est trois fois plus élevé que chez les non-Autochtones (Saskatchewan 2002).</p>	
--	--

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA																																			
<p>5.7.27 Exposition à la fumée secondaire du tabac</p> <p>Définition : Proportion de Canadiens non fumeurs âgés de 12 ans ou plus qui déclarent avoir été exposés régulièrement à la fumée secondaire du tabac au foyer, dans des véhicules privés et dans des lieux publics.</p> <p>Premières nations :</p> <p>En 1997, 62 % des membres des Premières nations fumaient, soit deux fois plus que la moyenne canadienne. Plus de la moitié des répondants (9 870 adultes et 4 138 enfants) au Sondage de 1997 sur la santé des Premières</p>	<p>Taux de tabagisme selon l'âge (PNI et taux canadien) (résultats nationaux de l'ERS 1997) :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Âge</th> <th style="text-align: center;">Taux PNI</th> <th style="text-align: center;">Taux canadien</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">20 – 24</td><td style="text-align: center;">71 %</td><td style="text-align: center;">33 %</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">25 – 29</td><td style="text-align: center;">70 %</td><td style="text-align: center;">40 %</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">30 - 34</td><td style="text-align: center;">68 %</td><td style="text-align: center;">38 %</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">35 - 39</td><td style="text-align: center;">60 %</td><td style="text-align: center;">33 %</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">40 - 44</td><td style="text-align: center;">60 %</td><td style="text-align: center;">32 %</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">45 - 49</td><td style="text-align: center;">59 %</td><td style="text-align: center;">31 %</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">50 - 54</td><td style="text-align: center;">52 %</td><td style="text-align: center;">29 %</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">55 - 59</td><td style="text-align: center;">48 %</td><td style="text-align: center;">28 %</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">60 - 64</td><td style="text-align: center;">37 %</td><td style="text-align: center;">27 %</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">65 - 74</td><td style="text-align: center;">32 %</td><td style="text-align: center;">15 %</td></tr> </tbody> </table>			Âge	Taux PNI	Taux canadien	20 – 24	71 %	33 %	25 – 29	70 %	40 %	30 - 34	68 %	38 %	35 - 39	60 %	33 %	40 - 44	60 %	32 %	45 - 49	59 %	31 %	50 - 54	52 %	29 %	55 - 59	48 %	28 %	60 - 64	37 %	27 %	65 - 74	32 %	15 %
Âge	Taux PNI	Taux canadien																																		
20 – 24	71 %	33 %																																		
25 – 29	70 %	40 %																																		
30 - 34	68 %	38 %																																		
35 - 39	60 %	33 %																																		
40 - 44	60 %	32 %																																		
45 - 49	59 %	31 %																																		
50 - 54	52 %	29 %																																		
55 - 59	48 %	28 %																																		
60 - 64	37 %	27 %																																		
65 - 74	32 %	15 %																																		

nations et des Inuits ont déclaré qu'il y avait un fumeur dans leur ménage. Trois quarts des non-fumeurs et plus du tiers des fumeurs ont déclaré souffrir des effets désagréables de la fumée secondaire du tabac (ONSA 2004b).

Colombie-Britannique : Une étude réalisée en CB a révélé qu'il y avait exposition à la fumée secondaire du tabac à la maison, au travail et dans d'autres endroits intérieurs. Les Autochtones étaient deux fois plus susceptibles que d'autres membres de la population de la Colombie-Britannique d'être exposés à la fumée secondaire du tabac à la maison (15 % contre 6 %) et au travail (11 % comparativement à 6 %). Les enfants autochtones étaient plus susceptibles d'être exposés à la fumée secondaire du tabac à la maison comparativement aux autres enfants de la CB (27 % contre 15 %) (Société canadienne de pédiatrie 1999).

Territoires du Nord-Ouest : Plus de résidents des TNO âgés de 12 ans et plus fument comparativement au taux national (45 % comparativement à 30 %). Il y a plus de fumeurs chez les Autochtones de plus de 15 ans que chez les non-Autochtones (54 % contre 30 %) (TNO 1999).

Inuits :

Le taux de prévalence du tabagisme chez les Inuits du Labrador était de 65 % (63 % et 67 % chez les hommes et les femmes respectivement) (Reading 1999, cité dans Santé Canada 2003b).

Les Inuits ont le taux de tabagisme le plus élevé, à 72 %, comparativement aux deux autres groupes autochtones (Société canadienne de pédiatrie 1999).

Métis :

Les Métis ont un taux de tabagisme de 57 %, deuxième en importance chez les Autochtones (Société canadienne de pédiatrie 1999).

75+	21 %	nil
-----	------	-----

Taux de tabagisme selon la période (ONSA résultats de 2002-2003) :

	ERS 2002- 2003	ERS 1997	EAPA 1991 ¹⁷
20+	56,9 %	62 %	62 %

Compte tenu des résultats de la récente enquête régionale sur la santé menée en 2002-2003 par l'ONSA, les taux de tabagisme chez les adultes semblent à la baisse même s'ils demeurent deux fois plus élevés que le taux canadien (ONSA 2004e).

¹⁷ EAPA – Enquête auprès des peuples autochtones 1991

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA
5.7.28 Autoévaluation de la santé (Sélectionné en 2004)	État de santé personnel perçu :
Définition : Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui déclare être en bonne ou excellente santé.	Sur les 1 290 membres des Premières nations sondés par l'ONSA, 13 % ont déclaré être en excellente santé et 27 %, en très bonne santé (ONSAb).
<p>Premières nations :</p> <p>Colombie-Britannique : En 2000-2001, 16,0 % des Autochtones estimaient être en très bonne ou en excellente santé comparativement à 24,3 % pour le reste de la population de la CB (Colombie-Britannique 2002).</p> <p>Inuits :</p> <p>Données non disponibles</p> <p>Métis :</p> <p>Données non disponibles</p>	Quarante-neuf pour cent de ceux qui ont déclaré être en excellente ou très bonne santé ont indiqué que l'exercice régulier et une alimentation équilibrée contribuaient à leur bonne santé (ONSAb).

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA
5.7. 29 Taux de tabagisme chez les adolescents (Sélectionné en 2004)	État de santé personnel perçu :
Définition : Pourcentage de la population âgée de 12 à 19 ans (inclusivement) qui déclare fumer actuellement (actuellement comprend ceux qui fument tous les jours ou occasionnellement) au moment de l'entrevue, et pourcentage de la population âgée de 12 à 19 ans (inclusivement) qui déclare fumer tous les jours au moment de l'entrevue.	Environ 50 % des 492 adolescents des Premières nations de la Nouvelle-Écosse et de l'Ontario (âgés de 12 à 17 ans) sondés ont indiqué qu'ils fumaient actuellement et, selon des parents du Manitoba, 19 % des enfants de moins de 18 ans fument la cigarette (ONSA 2004b).
<p>Premières nations :</p> <p>Plus de la moitié (54 %) des adolescents de 11 à 19 ans fument (Société canadienne de pédiatrie 1999).</p> <p>Un sondage provincial réalisé en 1997 en CB a révélé que 41 % des adolescents de 12 à 18 ans fumaient.</p> <p>Territoires du Nord-Ouest : Plus de la moitié des résidents des TNO âgés de 50 ans et plus ont commencé à fumer entre l'âge de 15 et 19 ans comparativement à 44 % dans le reste</p>	

<p>de la population canadienne (TNO 1999). À 19 ans, 63 % des jeunes Dénés des TNO fumaient couramment ou à l'occasion (Société canadienne de pédiatrie 1999).</p> <p>Inuits :</p> <p>En 1989, 71 % des Inuits qui avaient 19 ans fumaient couramment ou à l'occasion comparativement à 47 % des non-Autochtones du même âge (Société canadienne de pédiatrie 1999).</p> <p>Nunavut : Dans l'ensemble, les taux de tabagisme chez les adolescents sont 2,5 fois plus élevés que le taux canadien. En 2000-2001, 50,5 % des femmes fumaient comparativement à 19,8 % chez les adolescentes canadiennes. Le taux de tabagisme chez les adolescents du Nunavut atteignait 42,1 % comparativement à 17,6 % chez le reste des Canadiens de sexe masculin (Nunavut 2002a).</p> <p>Métis :</p> <p>Données non disponibles</p>	
---	--

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA														
5.7.32	Activité physique														
<p>Définition :</p> <p>a) Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui déclare un indice d'activité qualifié d'actif physiquement.</p> <p>b) Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui déclare un indice d'activité qualifié d'inactif physiquement.</p>															
<p>Premières nations :</p> <p>Territoires du Nord-Ouest : 31 % des résidents des TNO sont considérés comme physiquement actifs comparativement à 19 % du reste de la population canadienne (TNO 1999).</p> <p>Inuits :</p> <p>Nunavut : En 2000-2001, environ la moitié (47,2 %) des résidents du Nunavut étaient inactifs, 19,3 % se disaient moyennement actifs et 23,6 % actifs. Ces niveaux d'activité</p>															
<p>Fréquence de l'activité physique (résultats de la Saskatchewan chez les adultes) :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Jamais</td> <td style="text-align: center;">25 %</td> </tr> <tr> <td>1 – 2 fois/semaine</td> <td style="text-align: center;">32 %</td> </tr> <tr> <td>3 – 4 fois/semaine</td> <td style="text-align: center;">14 %</td> </tr> <tr> <td>5 – 6 fois/semaine</td> <td style="text-align: center;">3 %</td> </tr> <tr> <td>Tous les jours</td> <td style="text-align: center;">14 %</td> </tr> <tr> <td>Autre</td> <td style="text-align: center;">12 %</td> </tr> </table>				Jamais	25 %	1 – 2 fois/semaine	32 %	3 – 4 fois/semaine	14 %	5 – 6 fois/semaine	3 %	Tous les jours	14 %	Autre	12 %
Jamais	25 %														
1 – 2 fois/semaine	32 %														
3 – 4 fois/semaine	14 %														
5 – 6 fois/semaine	3 %														
Tous les jours	14 %														
Autre	12 %														
<p>Limitation de l'activité signalée selon l'âge (résultats nationaux de l'ERS 1997) :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">15 à 29 ans</th> <th style="text-align: center;">30 à 54 ans</th> <th style="text-align: center;">55 ans et plus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Activité à la maison limitée par des problèmes de santé</td> <td style="text-align: center;">4 %</td> <td style="text-align: center;">10 %</td> <td style="text-align: center;">32 %</td> </tr> <tr> <td>Incapable de quitter la</td> <td style="text-align: center;">2 %</td> <td style="text-align: center;">2 %</td> <td style="text-align: center;">17 %</td> </tr> </tbody> </table>					15 à 29 ans	30 à 54 ans	55 ans et plus	Activité à la maison limitée par des problèmes de santé	4 %	10 %	32 %	Incapable de quitter la	2 %	2 %	17 %
	15 à 29 ans	30 à 54 ans	55 ans et plus												
Activité à la maison limitée par des problèmes de santé	4 %	10 %	32 %												
Incapable de quitter la	2 %	2 %	17 %												

ressemblent à ceux du reste du Canada (Nunavut 2002a). Métis : Données non disponibles	maison			
	Difficulté à effectuer de brefs déplacements	4 %	6 %	27 %
	Besoin d'aide pour effectuer de brefs déplacements	4 %	5 %	30 %
	Besoin d'aide pour les soins personnels	1 %	2 %	16 %

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA				
5.7.33 Indice de masse corporelle (Sélectionné en 2004)	Fondés sur 9 124 adultes et classés selon des catégories internationales types : poids insuffisant, poids normal, poids excessif et obésité. L'information ci-dessus s'applique au sujet des catégories poids excessifs et obésité :				
Définition : Pourcentage des adultes déclarant un indice de masse corporelle (calculé) dans des catégories définies allant de poids insuffisant à poids excessif. L'indice de masse corporelle (IMC) se calcule à partir du poids et de la taille autodéclarés pour des personnes de 18 ans et plus, à l'exception des femmes enceintes. En raison du taux de croissance différent des personnes de moins de 18 ans, l'IMC courant n'est pas réputé être un indicateur adéquat pour ce groupe. L'IMC est calculé en divisant le poids (en kilos) par la taille (en mètres) au carré.	Distribution des scores d'indice de masse corporelle (IMC) comparativement au Canada (ONSA 2004e).				
		Excès de poids (25 – 29,99)		Obésité (> 30)	
	Groupe d'âge	ERS 2002/2003	Canada	ERS 2002/2003	Canada
	18-34	35,1 %	25 %	28,1 %	14 %
	34-54	38,1 %	35,2 %	43,5 %	18,3 %
	55+	37,2 %	38,7 %	42,9 %	19,3 %
	18+	36,7 %	33,3 %	36,6 %	17,4 %
	L'IMC dans le cas des membres des Premières nations est particulièrement plus élevé dans la catégorie « obésité » et, dans la plupart des cas, représente deux fois le taux d'obésité canadien.				

Indicateurs canadiens	Indicateurs de l'ONSA	
5.7.35 Prévalence de la dépression	Santé mentale	
Définition : Pourcentage de la population ayant souffert de dépression au cours des 12 derniers mois.	Définition : La santé mentale positive dépend de la personne, des familles et des collectivités qui se sentent reliées l'une à l'autre, ainsi qu'avec leur culture et leurs traditions. Il faut aussi un sentiment de lien avec le passé, le présent et	
Inuits :		

Données non disponibles	l'avenir.	
<p>Métis :</p> <p>Données non disponibles</p>	<p>Premières nations de l'Ontario (1997) comparativement au Canada (ENSP 1994) :</p>	
	<p>Premières nations (hommes et femmes)</p>	<p>Canadiens</p>
<p>Dépression majeure : (la dépression nuit « un peu » ou « beaucoup » aux activités).</p>	15,9 %	7,5 %
<p>Consulté un professionnel au sujet de la santé psychologique au cours de la dernière année.</p>	16,6 %	8,1 %
<p>Facteurs jugés très importants dans les difficultés à maintenir la santé mentale (résultats de la Saskatchewan, ERS 1997) :</p>		
Alcoolisme/ toxicomanies	68 %	
Manque de confiance	61 %	
Admission des problèmes	60 %	
Manque de personnel des Premières nations	58 %	
Manque de services	56 %	
Manque de confiance	55 %	
Violence familiale	54 %	
Violence verbale	54 %	
Manque d'exemples	54 %	
Hésitation à discuter de ses émotions	54 %	
Violence affective	54 %	
Jeu pathologique	52 %	
Violence physique	52 %	
Violence faite aux aînés	50 %	
Violence sexuelle	50 %	

Annexe D

Indicateurs comparables de la santé actuellement non disponibles pour les populations des Premières nations, les Inuits et les Métis.

- 5.2 Espérance de vie selon la situation socioéconomique
- 5.3 Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) de l'ensemble de la population.
- 5.4 Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS selon la situation socioéconomique
- 5.7.7 Taux de survie à cinq ans
 - 5.7.7.1 Taux de survie à cinq ans pour les cas d'un cancer du poumon
 - 5.7.7.2 Taux de survie à cinq ans pour les cas d'un cancer de la prostate
 - 5.7.7.3 Taux de survie à cinq ans pour les cas d'un cancer du sein
 - 5.7.7.4 Taux de survie à cinq ans pour les cas d'un cancer colorectal
- 5.7.12 Taux d'incidence
 - 5.7.12.1 Taux d'incidence du cancer du poumon
 - 5.7.12.2 Taux d'incidence du cancer de la prostate
 - 5.7.12.3 Taux d'incidence du cancer du sein
 - 5.7.12.4 Taux d'incidence du cancer colorectal
- 5.7.19 Taux d'incidence de la méningococcie invasive
- 5.7.30 Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage des adolescents qui fument actuellement
- 5.7.31 Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage des adolescents qui fument tous les jours
- 5.7.34 Vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus (« vaccin antigrippal ») (Sélectionné en 2004)

Références

- Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (2002). *Cultiver des milieux de meilleures pratiques : l'élaboration de modèles de meilleures pratiques dans les collectivités autochtones – Rapport final*. Ottawa.
- Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (2003). *National Conference and Annual General Assembly - Proceedings Report*. Ottawa.
- Colombie-Britannique (2002). *The Health and Well-Being of People in British Columbia*. Ministère de la Planification de la santé. Bureau de l'administrateur provincial de la santé.
- Table ronde Canada – Autochtones (2004). *Renforcer la relation : Rapport de la Table ronde Canada – Autochtones*, le 19 avril 2004. Ottawa.
- Institut canadien d'information sur la santé (2004). *Améliorer la santé des Canadiens. 2004*. www.icis.ca.
- Société canadienne de pédiatrie (1999). *Tobacco Use Among Aboriginal Children and Youth*. Comité de la santé des Indiens et des Inuits. *Paediatrics & Child Health* 1999; 4(4) : 277-281. N° de référence II99-01.
- Centre pour les droits à l'égalité au logement, Programme femmes et logement (2002). *Les femmes et le logement au Canada : entraves à l'égalité*. http://www.equalityrights.org/cera/docs/barriers_fr.htm
- Centres de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (2004). *Actualités en épidémiologie VIH/SIDA. L'infection à VIH/SIDA chez les Autochtones du Canada : un problème persistant*. Santé Canada.
- Chandler, Michael J. et Lalonde, Christopher E. (1998) Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations. *Journal of Transcultural Psychiatry* 35(2) : 193-211. Disponible électroniquement en format préimpression à <http://web.uvic.ca/~lalonde/manuscripts/1998TransCultural.pdf>
- Cornell S., cité dans Financement accordé aux Premières nations par le gouvernement fédéral – Les faits, les mythes et la voie à suivre. Assemblée des Premières nations (n.d.). Ottawa.
- Santé Canada (1998). *Document de travail à l'intention des employés de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé – Pour une population en meilleure santé : une action concrète*. Division du développement de la santé de la population. Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Santé Canada.
- Santé Canada (2003b). *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*. Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Ottawa.
- Santé Canada (n.d.) *Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé. Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/adss2003/accord.html>.
- Santé Canada (2003a). *Remédier aux problèmes de santé de la population autochtone, numéro 5*. Direction de la recherche appliquée et de l'analyse. Bulletin de recherche sur les politiques de santé. Volume 1, numéro 5, Ottawa.

Affaires indiennes et du Nord Canada (2003). *Données ministérielles de base 2002*. Section des statistiques sur les Premières nations et le Nord, Direction de la gestion de l'information ministérielle.

Inuit Tapiriit Kanatami(n.d.) *Inuit Action Plan*. Extrait de : http://www.itk.ca/english/itk/departement/socio_eco/initiatives/.

Kirmayer, J. et al. (2000). *The Mental Health of Indigenous Peoples. Proceedings of the Advanced Study Institute*. Division de la psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal.

Lamouche, J. (2002). Centre Métis. *Organisation nationale de la santé autochtone (2002). Analyse environnementale de l'information sur la santé chez les Métis, Initiatives et programmes*. Ottawa.

Manitoba (2002). *The Health and Health Care Use of Registered First Nations People Living in Manitoba: A Population-Based Study*. Centre manitobain des politiques en matière de santé, Université du Manitoba, Winnipeg.

Mao, Yang (n.d.). *The Burden of Injuries in Aboriginal Populations in Canada*. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques. Santé Canada.

Organisation nationale de la santé autochtone (2003). Exposé sur la santé – FNC03-024. 31 octobre 2003. Ottawa.

Organisation nationale de la santé autochtone (2004a). Site Web (pour information générale sur l'ONSA) : www.naho.ca.

Organisation nationale de la santé autochtone (2004b). *Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1997. Résumé du rapport national et des rapports régionaux*. Centre des Premières nations, Ottawa.

Organisation nationale de la santé autochtone (2004c). *Our Voice – Our Survey – Our Future. The "Survey of Choice" for First Nations in Canada!* Exposé présenté au cours de l'Atelier sur la collecte et la désagrégation des données sur les peuples autochtones. Siège des Nations Unies, New York.

Organisation nationale de la santé autochtone (2004d). *Ce que les Premières nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé. Sondage d'opinion de l'Organisation nationale de la santé autochtone sur la santé et les soins de santé autochtones*. Centre des Premières nations, Ottawa.

Organisation nationale de la santé autochtone (2004e). *Résultats préliminaires de l'Enquête régionale longitudinale 2002-2003 (adultes)*. Ottawa.

Territoires du Nord-Ouest (1999). *The NWT Health Status Report 1999*. Unité de la recherche et de l'analyse du ministère de la Santé et des Services sociaux. Bureau du médecin-hygiéniste en chef. Gouvernement des TNO.

Territoires du Nord-Ouest (2003). *Cancer in the Northwest Territories 1990 – 2000. A Descriptive Report*. Santé et Services sociaux. TNO.

Nunavut (2002a). *Report on Comparable Health Indicators for Nunavut and Canada*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, Nunavut.

Nunavut (2002b). *Diabetes in Nunavut 1997 – 2002*. Ministère de la santé du Nunavut, Nunavut.

Pauktuutit (Inuit Women's Association) (2002). *Inuit Women's Health: Overview and Policy Issues*. Inuit Women's Association, Ottawa.

Commission royale sur les peuples autochtones (1996). *Volume 1 – Un passé, un avenir*. Ministre des Approvisionnements et Services.

Commission royale sur les peuples autochtones. *Volume 3 – Vers un ressourcement. Santé et guérison*. Extrait de http://www.ainc-inac.gc.ca/ch.rcap/sg/si12_f.html le 25/08/2004.

Saskatchewan (2000). *Diabetes 2000. Recommendations for a Strategy on Diabetes Prevention and Control in Saskatchewan*. Rapport du Comité consultatif de la Saskatchewan sur le diabète.

Saskatchewan (2001). *Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population*. Gouvernement de la Saskatchewan.

Statistique Canada (2003a). *Série analyses du recensement de 2001. Peuples autochtones du Canada : un profil démographique*. N° 96F0030XIF2001007 au catalogue.

Statistique Canada (2003b). *Le Quotidien. Enquête auprès des peuples autochtones : bien-être de la population autochtone hors réserve*. Extrait de : <http://www.statcan.ca./Daily/francais/030924/d030934b.htm>.

Statistique Canada (2004). *Un portrait des enfants autochtones vivant hors réserve : résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*. N° 89-597-XIF au catalogue

Timmins, L. (2001-2002). *Recherche en tant que contrat spirituel : un projet sur la santé des femmes autochtones*. Réseau canadien pour la santé des femmes. Automne/hiver 2001-2002. Volume 4/5. Numéro 4/1.