Soins hospitaliers en cas de crise cardiaque chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis

Facteurs qui influent sur la santé

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne v

Sommaire vii

Remerciements xi

Introduction 1

Chapitre 1 : Soins hospitaliers en cas de crise cardiaque dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations 3

- Principales constatations 5
- Résultats 7
  - Admission et diagnostic 8
  - Soins hospitaliers en cas de crise cardiaque 15
  - Sortie de l'hôpital et résultats des soins 19
- Analyse 22

Chapitre 2 : Hospitalisations à la suite d'une crise cardiaque dans les régions à fort pourcentage d'Inuits 25

- Principales constatations 27
- Résultats 29
  - Admission et diagnostic 29
  - Traitement à l'hôpital et résultats des soins 34
- Analyse 35

Chapitre 3 : Profil sommaire des crises cardiaques chez les Métis 37

- Principales constatations 39
- Études provinciales 40
  - Étude manitobaine 40
  - Étude ontarienne 42
  - Différences entre les études 43
- Analyse 44

Chapitre 4 : Interventions visant à soutenir les Autochtones — de la prévention au traitement. 45

- Principales constatations 47
- Établir un lien entre les données et les politiques 48
- Résultats 51
- Analyse 57

Annexe A : Données et méthodes 61
Annexe B : Facteurs de risque des maladies cardiaques 67
Annexe C : Tableaux de données 69
Annexe D : Méthode des géozones 75
Annexe E : Méthodes utilisées dans le cadre de l'examen des interventions 77
Annexe F : Examen des interventions 81
Références. 89

Figures et tableaux

Figure 1 : Répartition des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations, Canada, 2006 7

Figure 2 : Taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation selon le sexe, adultes de 20 ans ou plus, 2004-2005 à 2010-2011 9

Tableau 1 : Patients victimes d'une crise cardiaque présentant des comorbidités au moment de l'admission, adultes de 20 ans ou plus, 2005-2006 à 2010-2011 (pourcentage normalisé selon l'âge) 12

Figure 3 : Distance séparant les patients de l'hôpital le plus près, par type d'hôpital, 2004-2005 à 2010-2011 14

Figure 4 : Patients victimes d'un IAM âgés de 20 ans ou plus qui ont subi des interventions cardiaques, 2004-2005 à 2010-2011. 17

Figure 5 : Destination à la sortie pour les patients ayant subi un IAM âgés de 20 ans ou plus, 2004-2005 à 2010-2011 20

Figure 6 : Répartition des régions à fort pourcentage d'Inuits, Canada, 2006 29

Figure 7 : Taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation selon le sexe, adultes de 20 ans ou plus, 2004-2005 à 2010-2011 30

Tableau 2 : Patients victimes d'une crise cardiaque présentant certaines comorbidités au moment de l'admission, adultes de 20 ans ou plus, 2005-2006 à 2010-2011 (pourcentage normalisé selon l'âge) 31

Figure 8 : Distance séparant les patients de l'hôpital le plus près, par type d'hôpital, 2004-2005 à 2010-2011 33

Tableau B1 : Comparaison des facteurs de risque des maladies coronariennes, au Canada 67

Tableau C1 : Taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation associés aux résidents de régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et à faible pourcentage d'Autochtones, adultes âgés de 20 ans ou plus, au Canada à l'exclusion du Québec, 2004-2005 à 2010-2011 69

Tableau C2 : Taux d'interventions chez les patients ayant subi un IAM dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et à faible pourcentage d'Autochtones, adultes âgés de 20 ans ou plus, au Canada à l'exclusion du Québec, 2004-2005 à 2010-2011 70

Tableau C3 : Taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation associés aux résidents de régions à fort pourcentage d'Inuits et de régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones, adultes âgés de 20 ans ou plus, au Canada à l'exclusion du Québec, 2004-2005 à 2010-2011. 72

Tableau C4 : Taux d'interventions chez les patients ayant subi un IAM dans les régions à fort pourcentage d'Inuits et les régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones, adultes âgés de 20 ans ou plus, au Canada à l'exclusion du Québec, 2004-2005 à 2010-2011 73

Tableau D1 : Sommaire de la concentration et de la couverture d'après le seuil de 33 %, 2006 75

Tableau D2 : Répartition par géozones des aires de diffusion dans l'ensemble du Canada, selon la classification à titre de régions à fort pourcentage et à faible pourcentage d'Autochtones, 2006 76

Figure E1 : Modèle étendu de soins pour malades chroniques — intégrer la promotion de la santé de la population 79

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) a pour but de résumer les résultats de recherche clés sur un thème donné, de présenter de nouvelles analyses sur un sujet et de partager ce que nous savons ou ignorons des stratégies efficaces en matière de politiques et de programmes. Dans ses rapports, l'ISPC ne formule pas de recommandations, mais rend plutôt accessible l'information dont elle dispose afin d'éclairer les politiques et les décisions fondées sur des données probantes. L'objectif sous-tendant chacun de ces rapports est de présenter aux décideurs et aux responsables de l'élaboration des politiques les éléments susceptibles de faire progresser la réflexion et les pratiques dans le domaine de la santé de la population au Canada.

Le présent rapport, intitulé *Soins hospitaliers en cas de crise cardiaque chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*, présentera un intérêt particulier pour les responsables de l'élaboration des politiques, les planificateurs du système de santé et les praticiens qui s'intéressent aux questions relatives à la santé des Autochtones, particulièrement les soins hospitaliers et les services de cardiologie chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis. Il sera également utile aux organismes non gouvernementaux et au milieu de la recherche, ainsi qu'aux intervenants qui s'intéressent aux questions liées à la santé des Autochtones et en milieu rural, à la santé cardiovasculaire ou à la prestation des services de santé au Canada.

Sommaire

En cas de crise cardiaque, des soins de santé appropriés dispensés rapidement peuvent réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie ultérieure du patient. Or, les données semblent indiquer que les populations défavorisées sur le plan socioéconomique sont moins susceptibles de subir des interventions diagnostiques et de revascularisation en cas de crise cardiaque, y compris dans les pays dotés d'un système d'assurance-maladie universel comme le Canada et la Suède. Le présent rapport vise à déterminer si un faible taux d'interventions cardiaques prévaut également chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis du Canada, qui sont représentés de façon disproportionnée parmi les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique.

Au Canada, on dispose de peu de données sur l'incidence des crises cardiaques chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis ou sur les soins qu'ils reçoivent à la suite d'une crise cardiaque, car l'origine ethnique des patients n'est pas déclarée uniformément à l'échelle canadienne dans les dossiers des hôpitaux. Afin de contourner cette difficulté, on a adopté une approche fondée sur les régions géographiques visant à cerner les zones où une proportion relativement élevée de résidents s'identifient comme Inuits ou membres des Premières Nations (appelées régions à fort pourcentage d'Inuits ou de membres des Premières Nations). Le rapport comble ainsi une lacune importante en permettant d'évaluer si les taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation (nouveaux cas), le recours aux interventions cardiaques et les résultats des soins hospitaliers diffèrent entre les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations ou d'Inuits et les autres régions du Canada. Des analyses relatives à la santé cardiovasculaire chez les Métis issues de deux études provinciales récentes sont également présentées dans le rapport, en plus d'exemples de pratiques prometteuses visant à améliorer l'expérience des soins hospitaliers et les résultats pour la santé des patients membres des Premières Nations, inuits ou métis qui ont subi une crise cardiaque.

Régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations

Les résidents de régions présentant une proportion relativement élevée de membres des Premières Nations (appelées régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations) sont plus susceptibles d'être hospitalisés en soins de courte durée en raison d'une crise cardiaque et d'y être admis plus jeunes que les résidents des régions à faible pourcentage d'Autochtones. Ils tendent à présenter davantage de comorbidités, mais sont moins susceptibles de subir une coronarographie ou une intervention de revascularisation (en particulier une intervention coronarienne percutanée) durant leur épisode de soins, même après ajustement en fonction de facteurs comme l'âge, le sexe, les comorbidités et la résidence en zone urbaine ou rurale. Toutefois, malgré les taux plus élevés de crises cardiaques et de comorbidités et les taux plus faibles d'interventions cardiaques observés chez les patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations, les indicateurs des résultats des soins hospitaliers chez les patients victimes d'une crise cardiaque, comme la mortalité hospitalière dans les 30 jours, y sont semblables à ceux des régions à faible pourcentage d'Autochtones.

Régions à fort pourcentage d'Inuits

Les résidents des régions présentant une proportion relativement élevée d'Inuits (appelées régions à fort pourcentage d'Inuits) sont moins susceptibles d'être hospitalisés en soins de courte durée en raison d'une crise cardiaque que les résidents de régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones. De plus, tous les résidents des régions à fort pourcentage d'Inuits vivent à plus de 500 km d'un hôpital offrant des services de revascularisation. Malgré la distance, les taux d'interventions diagnostiques et de revascularisation sont semblables chez les patients victimes d'une crise cardiaque habitant dans une région à fort pourcentage d'Inuits et chez ceux des régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones. Le petit nombre d'hospitalisations en soins de courte durée en raison d'une crise cardiaque dans les régions à fort pourcentage d'Inuits nous empêche d'établir un portrait exhaustif de l'expérience des patients de ces régions victimes d'une crise cardiaque.

Métis

La méthode géographique utilisée pour les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et d'Inuits ne peut servir à déterminer les régions comptant une proportion relativement élevée de Métis, puisque moins de 10 % des Métis vivent dans les régions à forte concentration définies selon la méthode des géozones. Au lieu de présenter de nouvelles analyses relatives aux Métis dans le rapport, on y reprend des analyses récentes du Centre manitobain des politiques en matière de santé et de l'Institut de recherche en services de santé de l'Ontario, dans lesquelles les données des registres provinciaux des Métis ont été couplées aux enregistrements des hôpitaux afin d'examiner l'état de santé et l'utilisation des services de santé au niveau individuel chez les Métis des deux provinces. Bien que ces études ne soient pas directement comparables, elles permettent de conclure que les Métis présentent un risque et des taux de maladies cardiaques plus élevés que les autres résidents de leur province respective, et que les patients métis du Manitoba sont plus susceptibles de subir un pontage aortocoronarien que les autres Manitobains.

Interventions visant à soutenir les Autochtones — de la prévention au traitement

À partir des résultats de l'analyse des données, le dernier chapitre du rapport présente une revue des études canadiennes et internationales sur les interventions qui ont révélé des stratégies efficaces ou prometteuses visant à organiser et à dispenser les services de santé de façon à aider les populations autochtones à faire face aux maladies chroniques. Cet examen des interventions a permis de conclure que les relations entre les patients, les dispensateurs et leur collectivité sont au cœur de bon nombre de ces stratégies. Il importe donc d'établir des relations qui permettent de surmonter les barrières géographiques et culturelles dans le cadre de la prestation des services de soins de santé.

Conclusion

Les résultats présentés dans le rapport indiquent qu'il existe des disparités entre les résidents des régions à fort et à faible pourcentage d'Autochtones au chapitre de l'incidence des crises cardiaques et de l'expérience des soins hospitaliers chez les patients victimes d'une crise cardiaque. Les disparités entre les patients autochtones et non autochtones au Canada en matière de traitement des crises cardiaques doivent être mieux étudiées. Plus précisément, des recherches qualitatives et quantitatives pourraient être menées afin d'explorer davantage les traitements autres que les interventions diagnostiques et de revascularisation en soins de courte durée, ainsi que les indicateurs de résultats à long terme offrant un portrait global des cheminements cliniques, de l'accès équitable aux soins et des soins dispensés chez les patients membres des Premières Nations, inuits et métis atteints de maladies cardiaques.

Remerciements

Nous tenons à remercier les nombreuses personnes qui ont participé à l'élaboration du présent rapport. Nous remercions particulièrement les membres de l'ISPC qui ont formé le noyau principal de l'équipe du projet : Mélanie Josée Davidson, Jing Jin, Sushma Mathur, Eric Pelletier et Helen Ke Wei-Randall. Nous souhaitons également souligner la participation d'autres membres de l'ISPC qui ont contribué à la production du présent rapport en ce qui a trait au soutien, à la révision des ébauches et à l'appui des initiatives en matière de qualité des données, notamment Yiwen Chen, Lisa Corscadden, Jean Harvey et Annie Sebold. Nous tenons à remercier spécialement les autres membres du personnel de l'ICIS pour leur contribution importante, particulièrement l'équipe des Indicateurs de santé pour leur soutien méthodologique et en matière de données, Jeremy Veillard et Jean-Marie Berthelot pour leur soutien et leurs conseils stratégiques et Emily Maddocks, ex-employée de l'ICIS, pour avoir dirigé l'analyse des politiques.

Nous remercions particulièrement le personnel de la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, en particulier Dafna Kohen, Lisa Oliver, Russell Wilkins et Paul Peters, pour leur assistance et leurs conseils méthodologiques.

Nous tenons également à remercier les membres du Conseil de l'ISPC pour leur appui et leurs conseils lors de l'établissement de l'orientation stratégique du rapport, ainsi que les personnes suivantes, qui ont passé en revue le rapport et fourni des commentaires afin d'en améliorer le contenu :

Dre Judith Bartlett
Professeure agrégée et scientifique adjointe, Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba

M. René Dion
Gestionnaire, Développement des connaissances et information, Division de l'information, de l'analyse et de la recherche sur la santé, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada

Dre Min Gao
Directrice, Health Statistics, Cardiac Services BC, Provincial Health Services Authority

Dr Diego Garcia
Coordonnateur de la santé publique, Secrétariat à la santé et au développement social, Assemblée des Premières Nations

Mme Helen Johansen
Professeure auxiliaire, Département d'épidémiologie et de médecine communautaire, Université d'Ottawa et analyste principale, Statistique Canada (d'office)

M. Ian Joiner
Directeur national de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada

Mme Christine Legrand
Analyste des politiques scientifiques, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada

M. Martin Lougheed
Coordonnateur de projet, Inuit Qaujisarvingat, centre de savoir inuit, Inuit Tapiriit Kanatami (ITK)

Dr Cory Neudorf
Médecin hygiéniste en chef, Région sanitaire de Saskatoon, professeur adjoint, Department of Community Health and Epidemiology, College of Medicine, Université de la Saskatchewan

Mme Charlotte Reading
Directrice intérimaire, Centre for Aboriginal Health Research, Université de Victoria

Mme Monique Stewart
Directrice, Division de l'information, de l'analyse et de la recherche sur la santé, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada

Mme Diana Withrow
Candidate au doctorat en épidémiologie, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto

Dr Kue Young
École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto

Il importe de souligner que les analyses et les conclusions contenues dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement le point de vue de chacun des membres du Conseil de l'ISPC, ni celui des examinateurs ou de leurs organismes affiliés.

Introduction

En cas d'infarctus aigu du myocarde (IAM), communément appelé crise cardiaque, des soins de santé appropriés dispensés rapidement peuvent réduire la mortalité et les complications, en plus d'améliorer la qualité de vie ultérieure du patient en atténuant les symptômes invalidants et la progression de la maladie[1-3].

Au Canada, on dispose de peu de données sur l'incidence des crises cardiaques chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis ou sur les soins qu'ils reçoivent à la suite d'une crise cardiaque, bien que l'on sache que les populations autochtones, comparativement aux autres Canadiens, présentent une espérance de vie globale moins élevée et un plus fort taux de mortalité due aux IAM, et affichent plus fréquemment des facteurs de risques de maladies cardiaques (voir l'annexe B)[4-6]. Les expériences passées des populations autochtones du Canada, conjuguées au contexte environnemental et socioéconomique actuel, influent sur leurs déterminants sociaux de la santé (comme le revenu, l'éducation, la sécurité alimentaire et le logement)[7]; ces facteurs peuvent faire obstacle à la prestation en temps opportun de soins de santé adéquats et culturellement appropriés[7, 8].

Les Autochtones du Canada sont représentés de façon disproportionnée parmi les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique[9, 10]. Diverses études canadiennes et internationales ont révélé que les membres de groupes défavorisés sur le plan socioéconomique qui sont admis à l'hôpital à la suite d'une crise cardiaque sont moins susceptibles d'y subir une revascularisation (traitement qui rétablit la circulation sanguine vers le cœur par l'élimination ou le contournement des blocages artériels), même dans les pays dotés d'un régime d'assurance-maladie universel, comme le Canada et la Suède[11-17]. Une étude australienne a également démontré que les taux de revascularisation étaient moins élevés chez les Aborigènes et les insulaires du détroit de Torres recevant des soins cardiaques que chez les autres patients en cardiologie[18]. On ne sait toutefois pas si ce faible taux de revascularisation prévaut également chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis du Canada.

Le rapport vise à combler une lacune importante au chapitre des connaissances sur la santé cardiovasculaire des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Plus précisément, il permettra de déterminer si des disparités existent entre les taux de crises cardiaques et les facteurs et résultats liés aux traitements qu'on observe chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, comparativement aux autres groupes au Canada. Le manque d'uniformité dans la déclaration de l'origine ethnique dans les dossiers des hôpitaux à l'échelle nationale constitue l'un des principaux obstacles à la déclaration de données sur les hospitalisations et les soins hospitaliers chez les populations autochtones. Afin de contourner cette difficulté, on utilise au Canada des approches fondées sur les régions géographiques, comme la méthode des géozones[19, 20], afin de désigner les patients vivant dans des régions où une proportion relativement élevée de résidents s'identifient comme membres des Premières Nations ou comme Inuits. Ces zones sont donc qualifiées de régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations ou d'Inuits.

Cette approche fondée sur les régions sert dans le présent rapport à évaluer si les taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation (nouveaux cas), le recours aux interventions cardiaques et les résultats des soins hospitaliers diffèrent entre les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations ou d'Inuits et les autres régions du Canada (voir les chapitres 1 et 2). La même méthode géographique ne peut toutefois servir à déterminer les régions comptant une forte proportion de Métis; le rapport présente plutôt des analyses récentes sur la santé cardiovasculaire chez les Métis produites par le Centre manitobain des politiques en matière de santé et l'Institut de recherche en services de santé de l'Ontario (voir le chapitre 3). Le rapport contient également un aperçu et une analyse d'un éventail d'interventions menées au Canada et à l'étranger afin d'améliorer l'expérience des patients membres des Premières Nations, inuits et métis atteints d'affections chroniques comme les maladies cardiaques (voir le chapitre 4).

Le présent rapport ne vise pas à explorer l'ensemble des options de traitement offertes aux patients victimes d'une crise cardiaque. Il a plutôt pour point de mire les interventions diagnostiques et de revascularisation dans le cadre du traitement des crises cardiaques dans les hôpitaux de soins de courte durée, ainsi que les facteurs liés au traitement, comme les comorbidités, la distance à parcourir pour recevoir des soins et les résultats des soins hospitaliers pour les patients victimes d'une crise cardiaque. Le traitement des crises cardiaques comprend souvent une pharmacothérapie, des conseils sur les facteurs comportementaux et une prise en charge continue des maladies coronariennes en soins de santé primaires; ces éléments ne sont pas couverts dans le rapport étant donné le peu d'information disponible à l'échelle pancanadienne sur le sujet, en particulier pour les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis.

L'ICIS a-t-il publié d'autres rapports liés au même sujet?

Les produits suivants pourraient intéresser le lecteur du présent rapport :

- *Obésité au Canada* (2011), chapitre 3 : Prévalence de l'obésité au sein des populations autochtones
- *Indicateurs de santé 2010* (2010), Point de mire : mesurer les disparités au sein du système de santé
- *Des collectivités en bonne santé mentale : points de vue autochtones* (2009)
- *Améliorer la santé des Canadiens* (2004), chapitre 4 : La santé des Autochtones
- *Sept années plus tard : un inventaire de la politique sur la santé publique depuis la Commission royale sur les peuples autochtones, de 1996 à 2003* (2004)

Tous ces rapports sont accessibles gratuitement en format électronique sur le site Web de l'ICIS, au www.icis.ca/ispc.

Chapitre 1
Soins hospitaliers en cas de crise cardiaque dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations

Principales constatations

Comparativement aux résidents des régions à faible pourcentage d'Autochtones :

- les résidents des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations sont plus susceptibles de subir une crise cardiaque et d'en être victimes plus jeunes; ils présentent également davantage de comorbidités lors de leur admission à l'hôpital;
- les résidents des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations sont moins susceptibles de vivre près d'un hôpital offrant des services de revascularisation;
- les patients victimes d'une crise cardiaque qui habitent une région à fort pourcentage de membres des Premières Nations sont moins susceptibles de subir une coronarographie et une intervention de revascularisation (en particulier une intervention coronarienne percutanée); cette tendance persiste même après l'ajustement en fonction des facteurs cliniques et propres au patient;
- les patients victimes d'une crise cardiaque qui habitent une région à fort pourcentage de membres des Premières Nations ont un taux similaire de mortalité hospitalière ajusté selon les risques.

Introduction

Les Premières Nations constituent le plus grand groupe autochtone au Canada, représentant 60 % de la population autochtone en 2006 (près de 700 000 personnes se sont identifiées comme membres des Premières Nations lors du Recensement de 2006)[21]. Le fardeau des maladies coronariennes est lourd parmi les Premières Nations, qui présentent un taux de décès dus à une crise cardiaque beaucoup plus élevé que chez les Canadiens non autochtones (25 % de plus chez les hommes des Premières Nations et 55 % de plus chez les femmes)[5]. Comparativement aux autres Canadiens, les membres des Premières Nations courent un risque accru de souffrir d'une maladie coronarienne, entre autres en raison de taux plus élevés de tabagisme, d'obésité, d'inactivité physique et de diabète (voir l'annexe B).

Le présent chapitre traite des divers aspects de l'expérience des soins hospitaliers afin d'établir si des disparités existent quant à l'hospitalisation, aux interventions cardiaques et aux résultats des soins hospitaliers entre les résidents des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et ceux des régions à faible pourcentage d'Autochtones qui ont été hospitalisés en soins de courte durée à la suite d'une crise cardiaque[i].

i. Dans ce rapport, l'unité d'analyse est l'épisode de soins, soit l'ensemble des hospitalisations continues en soins de courte durée en raison d'un IAM, y compris les transferts, les interventions pratiquées durant le séjour (dans un hôpital de soins de courte durée, une unité de chirurgie d'un jour ou un laboratoire de cathétérisme) et l'information sur la sortie après les traitements. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de combinaison d'abrégés, consultez le www.icis.ca/indicateurs.

Aperçu des sources de données, de la méthodologie et des limites de l'analyse

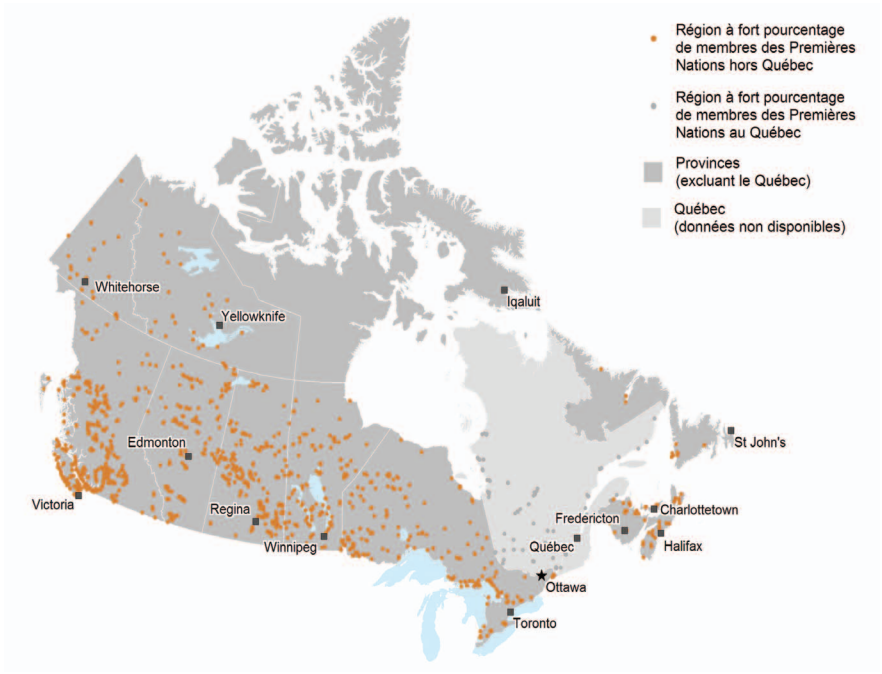
Les données canadiennes sur les admissions en raison d'une crise cardiaque et les interventions cardiaques pratiquées dans les hôpitaux de soins de courte durée ont été tirées de la Base de données sur les congés des patients et du Système national d'information sur les soins ambulatoires de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), ainsi que de l'Alberta Ambulatory Care Database, de Santé et Mieux-être Alberta. Compte tenu du petit nombre de cas de crise cardiaque dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations, les données des exercices 2004-2005 à 2010-2011 ont été totalisées. Les données du Québec ont été exclues, car les codes postaux à six caractères nécessaires pour déterminer le lieu de résidence d'un patient n'étaient pas disponibles aux fins de l'analyse.

Puisque les enregistrements sur les hospitalisations de la Base de données sur les congés des patients ne contiennent pas de renseignements permettant d'identifier directement les patients membres des Premières Nations, une méthode fondée sur les régions géographiques a été employée afin d'établir une distinction entre les patients vivant dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations (celles où au moins le tiers des habitants sont des Autochtones s'identifiant d'abord comme membres des Premières Nations) et les patients habitant les régions à faible pourcentage d'Autochtones (celles où moins du tiers des résidents s'identifient comme Autochtones). En 2006, environ la moitié (48 %) de la population des Premières Nations au Canada vivait dans les 2 066 aires de diffusion comptant un fort pourcentage de membres des Premières Nations (figure 1). En moyenne, les trois quarts (75 %) des 415 980 habitants de ces régions s'identifiaient comme membres des Premières Nations (voir l'annexe D). Parmi les aires de diffusion à fort pourcentage de membres des Premières Nations, environ deux sur cinq (43 %, soit 825 aires de diffusion) étaient situées dans des subdivisions de recensement associées aux réserves.

Les résultats de cette étude ne doivent pas être généralisés à tous les membres des Premières Nations, étant donné que les enregistrements sur les hospitalisations du Québec ont dû être exclus et qu'environ la moitié de la population des Premières Nations au Canada ne vit pas dans les régions affichant une proportion élevée d'Autochtones. En effet, la grande proportion des membres des Premières Nations qui vit dans les centres urbains est sous-représentée dans la présente analyse, puisqu'au moins 33 % de la population d'une région doit être autochtone pour correspondre aux critères de forte concentration, ce qui est le cas dans relativement peu de zones urbaines. Par ailleurs, il a été démontré que les approches fondées sur les régions géographiques[22] entraînent une sous-estimation des disparités entre les groupes, comparativement aux approches de type individuel. Ainsi, l'utilisation de la région comme mesure d'identification indirecte pourrait mener à une sous-estimation des disparités entre les membres des Premières Nations et les autres Canadiens au chapitre du taux d'événements d'IAM et d'interventions cardiaques.

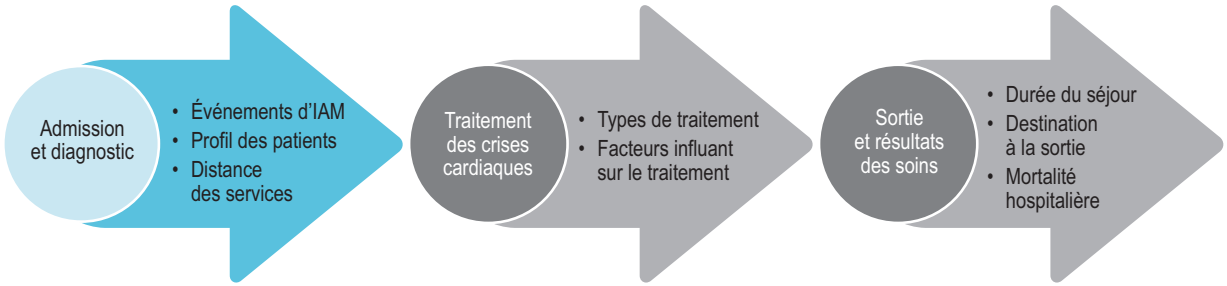
Les annexes A et D fournissent davantage de précisions sur la portée des données et la méthode fondée sur les régions utilisée dans le présent chapitre.

Figure 1 : Répartition des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations, Canada, 2006



Source
Recensement, 2006, Statistique Canada.

Résultats



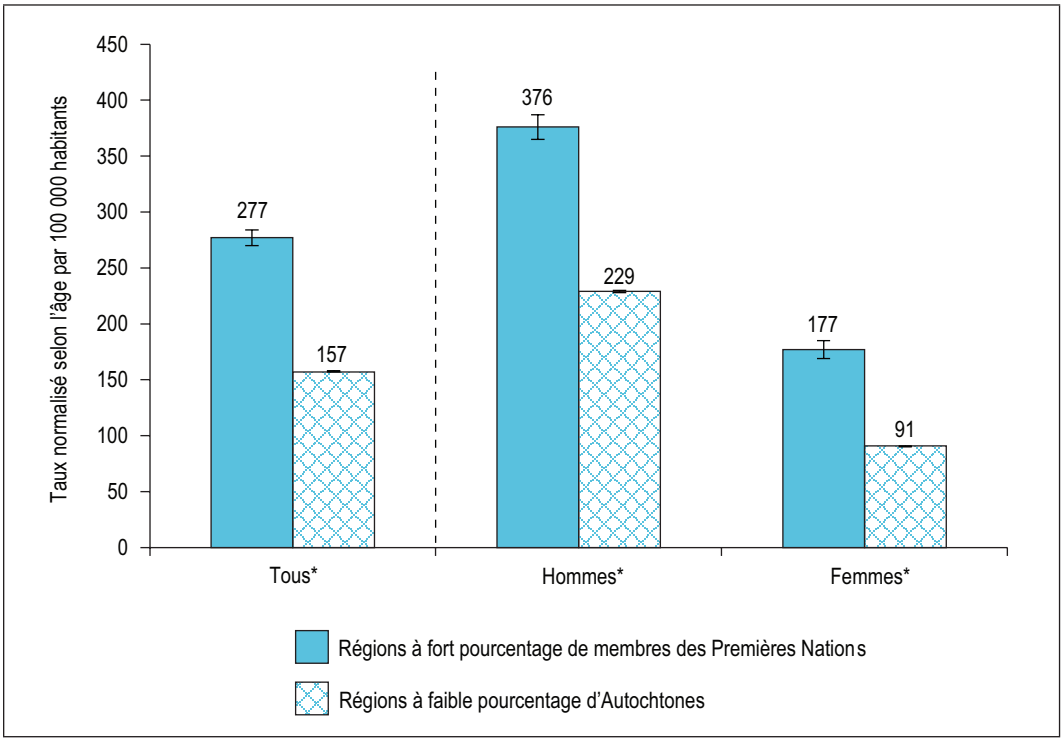
Admission et diagnostic

La présente section donne un aperçu des taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation (nouveaux cas), ainsi que des caractéristiques démographiques (âge et sexe), des profils cliniques (comorbidités) et de la distance parcourue pour recevoir des soins cardiaques chez les patients hospitalisés en soins de courte durée en raison d'une crise cardiaque. La présentation de ces facteurs sert à préciser les déterminants pouvant influer sur les taux d'hospitalisation et de traitement des crises cardiaques observés chez les résidents des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et ceux des régions à faible pourcentage d'Autochtones.

Les taux de crises cardiaques sont plus élevés dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations

Le taux de nouveaux événements d'IAM menant à une hospitalisation (voir la définition de l'IAM à la page 9) était supérieur de 76 % chez les résidents des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations, comparativement aux habitants des régions à faible pourcentage d'Autochtones (taux normalisés selon l'âge de 277 et de 157 par 100 000 habitants, respectivement; voir la figure 2). Chez les résidents des deux types de régions, près des deux tiers des victimes de crise cardiaque étaient des hommes, et les hommes étaient au-delà de deux fois plus susceptibles que les femmes d'être admis à l'hôpital en raison d'une crise cardiaque (figure 2; voir l'annexe C).

Figure 2 : Taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation selon le sexe, adultes de 20 ans ou plus, 2004-2005 à 2010-2011



Remarques

* Différence significative par rapport aux régions à faible pourcentage d'Autochtones ($p < 0,05$).
Les barres d'erreur représentent des intervalles de confiance de 95 %.
Les taux ont été normalisés selon l'âge des personnes qui se sont identifiées comme membres des Premières Nations lors du Recensement de 2006.
Les taux excluent le Québec en raison de différences dans la collecte des données.

Sources

Base de données sur les congés des patients, 2004-2005 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Recensement, 2006, Statistique Canada.

Définition de l'événement d'IAM

On qualifie d'**événements d'infarctus aigu du myocarde (IAM)** 1) une première hospitalisation où l'IAM constitue le diagnostic principal ou 2) une hospitalisation subséquente pour un IAM survenue plus de 28 jours après l'admission pour un premier IAM, au cours d'une année. Ainsi, dans la présente analyse, deux admissions en raison d'un IAM au cours d'une même période de 28 jours sont comptabilisées comme un seul événement d'IAM; inversement, il est possible que plus d'un événement d'IAM soit compté pour une même personne au cours de la période d'étude.

Les patients victimes d'une crise cardiaque sont plus jeunes dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations

En ce qui a trait à l'âge médian à l'admission, on a observé une différence de sept ans entre les patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et ceux des régions à faible pourcentage d'Autochtones (64 ans contre 71 ans, respectivement). Les taux selon l'âge étaient près de deux fois supérieurs chez les patients âgés de 45 à 74 ans des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations, comparativement à ceux des régions à faible pourcentage d'Autochtones. L'écart diminuait toutefois après 75 ans. La moitié (50 %) des patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations avaient moins de 65 ans, contre le tiers (37 %) seulement des patients des régions à faible pourcentage d'Autochtones (voir l'annexe C).

Les patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations sont plus susceptibles de présenter des comorbidités multiples

L'état de santé global des patients victimes d'une crise cardiaque, qu'on a évalué dans cette étude par la présence de comorbidités, explique en partie la différence entre les taux de crises cardiaques des patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et ceux des régions à faible pourcentage d'Autochtones. On sait en outre que l'état de santé a une incidence sur le type de traitement reçu, le temps de rétablissement et les résultats des soins hospitaliers[23, 24].

Les patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans une région à fort pourcentage de membres des Premières Nations étaient plus susceptibles que les patients des régions à faible pourcentage d'Autochtones de présenter au moins une affection concomitante à l'IAM lors de leur hospitalisation (taux normalisés selon l'âge de 55 % et 46 %, respectivement; voir le tableau 1). Chez les patients victimes d'une crise cardiaque habitant les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations, les comorbidités les plus courantes étaient le diabète (39 %) et l'insuffisance cardiaque (11 %). Le diabète était plus susceptible d'être présent chez les patients victimes d'une crise cardiaque habitant les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations que chez ceux des régions à faible pourcentage d'Autochtones (39 % contre 27 %, respectivement).

Des initiatives en cours visent à favoriser la prévention et le traitement des affections chroniques dans les collectivités ayant un accès réduit aux professionnels de la santé. Le programme SLICK est un exemple d'activité de dépistage qui contribue à l'intégration des soins en cas de crise cardiaque en favorisant la prise en charge des comorbidités (voir l'étude de cas présentée ci-dessous, ainsi que le chapitre 4).

Étude de cas

Les résultats de l'évaluation des cliniques de dépistage mobiles dont l'intervention précède le contact avec les soins de courte durée portent à croire que la prise en charge des facteurs de risque entraîne une diminution de l'utilisation des services d'urgence.

Dans le cadre du **programme SLICK (Screening for Limb, I-Eye, Cardiovascular and Kidney Complications [of type 2 diabetes])**, les membres des Premières Nations de l'Alberta atteints de diabète peuvent subir des examens afin de détecter les complications de la maladie. À l'aide de cliniques mobiles où travaille du personnel membre des Premières Nations ou titulaire d'une formation en soins adaptés aux Autochtones, le programme favorise la mise en œuvre des directives canadiennes de pratique clinique et la prestation de soins en milieu communautaire. Dans le cadre du programme SLICK, les participants et leurs dispensateurs de soins de santé primaires reçoivent les résultats des tests de dépistage et les participants reçoivent de l'information sur le diabète. Chez les participants, on a observé une réduction de l'indice de masse corporelle et une compréhension accrue de la prise en charge du diabète. L'évaluation du programme a également révélé une diminution des visites au service d'urgence et des coûts liés à la prestation des services[25].

Tableau 1 : Patients victimes d'une crise cardiaque présentant des comorbidités au moment de l'admission, adultes de 20 ans ou plus, 2005-2006 à 2010-2011 (pourcentage normalisé selon l'âge)

	Régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations	Régions à faible pourcentage d'Autochtones
Nombre de comorbidités		
Une ou plus	54,5*	46,1
Deux ou plus	18,5	15,8
Comorbidités individuelles		
Diabète	39,3*	27,4
Insuffisance cardiaque	11,3	11,4
Dysrythmie cardiaque	6,2	6,8
Maladie rénale	4,6	5,1
Choc	1,9	1,7
Hypertension	3,8*	4,7
Maladie pulmonaire obstructive chronique	3,2	2,7
IAM dans l'année précédente	6,6*	5,3

Remarques
* Différence significative par rapport aux régions à faible pourcentage d'Autochtones ($p < 0,05$).
Tous les pourcentages du tableau ont été normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population de patients victimes d'un IAM qui habitent des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations.
Les résultats sont fondés sur six ans de données pour permettre le calcul du pourcentage d'IAM dans l'année précédente.
Voir l'annexe A pour obtenir un complément d'information sur les comorbidités particulières.
Les taux excluent le Québec en raison de différences dans la collecte des données.
Sources
Base de données sur les congés des patients, 2004-2005 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Recensement, 2006, Statistique Canada.

Les résidents des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations sont plus susceptibles de devoir parcourir de longues distances pour avoir accès à des soins cardiaques

Une crise cardiaque constitue un problème aigu qu'il faut traiter rapidement; tout retard de traitement peut accentuer la gravité et la complexité de la crise et réduire l'efficacité de certaines interventions cardiaques[26, 27] (voir L'importance de la distance, ci-dessous). La distance estimée entre la résidence du patient et l'hôpital le plus près a permis d'évaluer si l'éloignement constituait un obstacle important quant à l'accès aux soins cardiaques nécessaires.

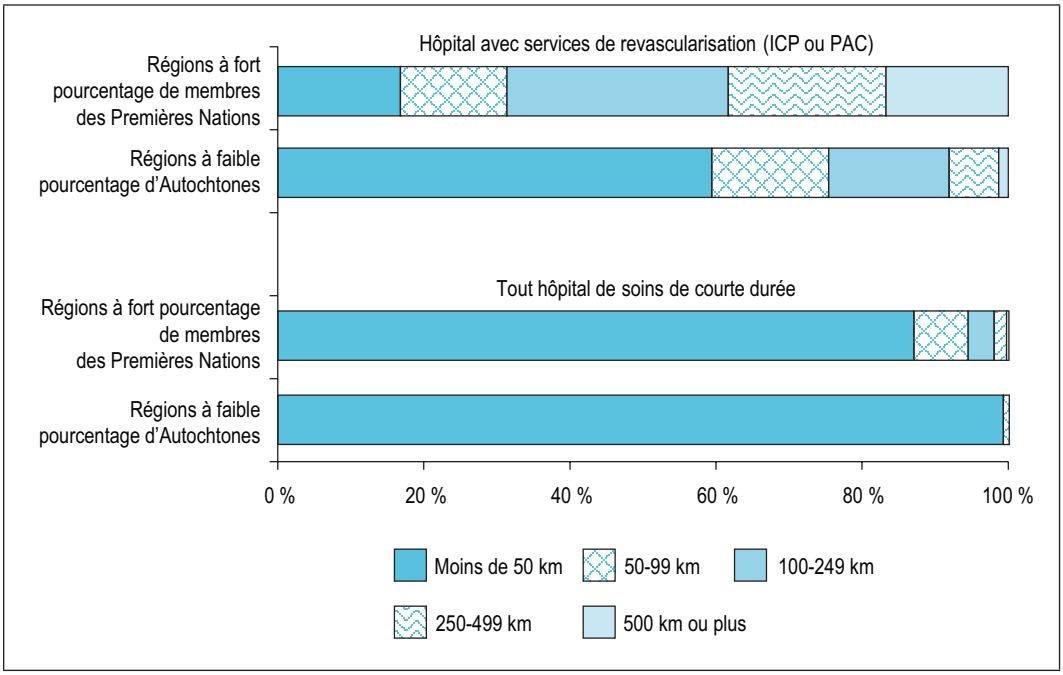
L'importance de la distance

La rapidité des soins est cruciale en cas de crise cardiaque, puisque le rétablissement de la circulation sanguine vers le cœur peut prévenir la mort subite et limiter les dommages au muscle cardiaque. De plus, chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST, les soins initiaux comme les traitements thrombolytiques et les interventions coronariennes percutanées sont optimisés lorsqu'ils ont lieu au cours des deux heures suivant l'événement[26-29]. Les traitements de ce genre, ainsi que les pontages aortocoronariens, plus complexes, sont généralement réalisés par des spécialistes œuvrant dans des établissements spécialisés. Par conséquent, les services de cardiologie sont souvent offerts dans les grands hôpitaux des centres urbains, moins accessibles aux résidents des régions rurales et éloignées[30]. Des études ont démontré que les patients admis dans un hôpital offrant des services de revascularisation cardiaque étaient plus susceptibles de subir ce type d'intervention[30, 31] et que les résultats étaient généralement supérieurs dans les hôpitaux affichant un fort volume d'interventions cardiaques[32, 33].

Plus du tiers (38 %) des patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations devaient parcourir plus de 250 km pour atteindre un hôpital offrant des services de revascularisation cardiaque, contre seulement 8 % des patients des régions à faible pourcentage d'Autochtones (voir la figure 3). Cette différence découle sans doute du fait qu'environ les deux tiers des patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations vivaient dans des zones rurales ou éloignées (la définition des régions de résidence est présentée à l'annexe A). De plus, seulement 17 % des patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations vivaient dans un rayon de 50 km d'un hôpital offrant des services de revascularisation, comparativement à près des deux tiers (59 %) des patients des régions à faible pourcentage d'Autochtones.

Même si les résidents des régions à faible pourcentage d'Autochtones jouissaient généralement d'un meilleur accès aux services de cardiologie en soins de courte durée que les habitants des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations, une personne sur six résidant dans une région rurale ou éloignée à faible pourcentage d'Autochtones devait tout de même parcourir une distance considérable pour recevoir des soins en cas de crise cardiaque (16 % d'entre elles devaient parcourir au moins 250 km). Ces chiffres portent à croire que l'accès rapide aux soins de courte durée pose problème pour de nombreux résidents des zones rurales et éloignées, peu importe si leur région affiche un fort pourcentage de membres des Premières Nations ou un faible pourcentage d'Autochtones.

Figure 3 : Distance séparant les patients de l'hôpital le plus près, par type d'hôpital, 2004-2005 à 2010-2011

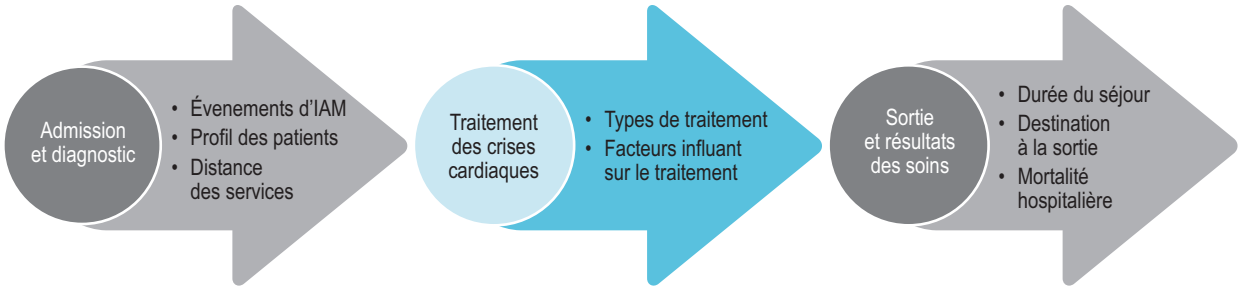


Remarques
ICP : intervention coronarienne percutanée.
PAC : pontage aortocoronarien.
La distance est calculée à partir des points centraux des zones correspondant aux codes postaux de l'hôpital et de la résidence du patient; il s'agit donc d'une approximation plutôt que de la distance réelle à parcourir.
Les taux excluent le Québec en raison de différences dans la collecte des données.
Sources
Base de données sur les congés des patients, 2004-2005 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Recensement, 2006, Statistique Canada.

Les résidents des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations sont moins susceptibles d'être admis dans des hôpitaux offrant des services de revascularisation cardiaque

Les services de cardiologie n'étant pas offerts dans tous les hôpitaux, il est important de tenir compte du type d'hôpital où le patient est admis, ainsi que des transferts entre les hôpitaux.

Dans l'ensemble, les patients victimes d'une crise cardiaque qui habitaient une région à fort pourcentage de membres des Premières Nations étaient moins susceptibles d'être admis dans un hôpital offrant des services de revascularisation cardiaque que les patients des régions à faible pourcentage d'Autochtones (taux non ajustés de 30 % et 34 %, respectivement). En outre, plus du tiers (36 %) des patients victimes d'une crise cardiaque habitant dans une région à fort pourcentage de membres des Premières Nations ont dû subir au moins un transfert vers un autre hôpital pour recevoir les soins nécessaires, comparativement à 26 % des patients des régions à faible pourcentage d'Autochtones (respectivement, 9 % et 5 % des patients ont été transférés deux fois ou plus).



Soins hospitaliers en cas de crise cardiaque

Les traitements en cas de crise cardiaque visent d'abord à rétablir la circulation sanguine vers le cœur par l'élimination ou le contournement des blocages artériels. Pour ce faire, on peut administrer des médicaments qui dissolvent les caillots sanguins et pratiquer deux types d'interventions de revascularisation : les interventions coronariennes percutanées (ICP) et les pontages aortocoronariens (PAC, voir les définitions des interventions cardiaques ci-dessous). Au cours des 10 dernières années, les ICP sont devenues plus courantes que les PAC parce qu'elles sont moins effractives et exigent un rétablissement moins long. Les PAC peuvent toutefois être indiqués chez les patients qui présentent une maladie cardiaque grave, de multiples blocages des artères coronaires ou d'autres problèmes de santé[23].

Définition des interventions cardiaques

La **coronarographie** est une intervention diagnostique qui permet de visualiser les artères du cœur. Elle peut servir à évaluer l'ampleur de l'atteinte coronarienne et à déterminer quel type de traitement est le plus approprié.

L'**intervention coronarienne percutanée (ICP)** est une intervention non chirurgicale qui consiste à insérer un ballonnet dans une artère bloquée, puis à le gonfler afin de la dilater. L'ICP doit être réalisée rapidement : son efficacité est réduite lorsqu'elle est pratiquée plus de 90 minutes après la crise cardiaque chez certains patients victimes d'un IAM (ceux ayant subi un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST)[26-29].

Le **pontage aortocoronarien (PAC)** est une intervention chirurgicale pratiquée dans les cas où plusieurs artères du cœur présentent un rétrécissement ou un blocage important. Au cours de l'intervention, on greffe des segments d'artères ou de veines d'autres parties du corps pour contourner les obstructions dans les artères du cœur.

L'ICP et le PAC sont tous deux des **interventions de revascularisation**.

Dans le présent rapport, les coronarographies, les ICP et les PAC pratiqués dans les 28 jours suivant l'admission à l'hôpital en raison d'un IAM ont été relevés au moyen des codes de la Classification canadienne des interventions en santé (voir l'annexe A). Les interventions pratiquées dans un hôpital, une unité de chirurgie d'un jour ou un laboratoire de cathétérisme ont été retenues. Pour en savoir davantage sur la méthodologie des indicateurs présentés dans le rapport, visitez le www.icis.ca/indicateurs.

Les analyses qui suivent traitent des disparités dans le recours aux interventions de revascularisation, ainsi que de l'intervention diagnostique (la coronarographie) utilisée pour déterminer le traitement le plus approprié.

La coronarographie est utilisée moins fréquemment chez les patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations

Les patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans une région à fort pourcentage de membres des Premières Nations étaient moins susceptibles de subir une coronarographie que les patients des régions à faible pourcentage d'Autochtones : 51 % (pourcentage normalisé selon l'âge) des patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations ont subi cette intervention durant l'épisode de soins, contre 58 % des patients des régions à faible pourcentage d'Autochtones (figure 4).

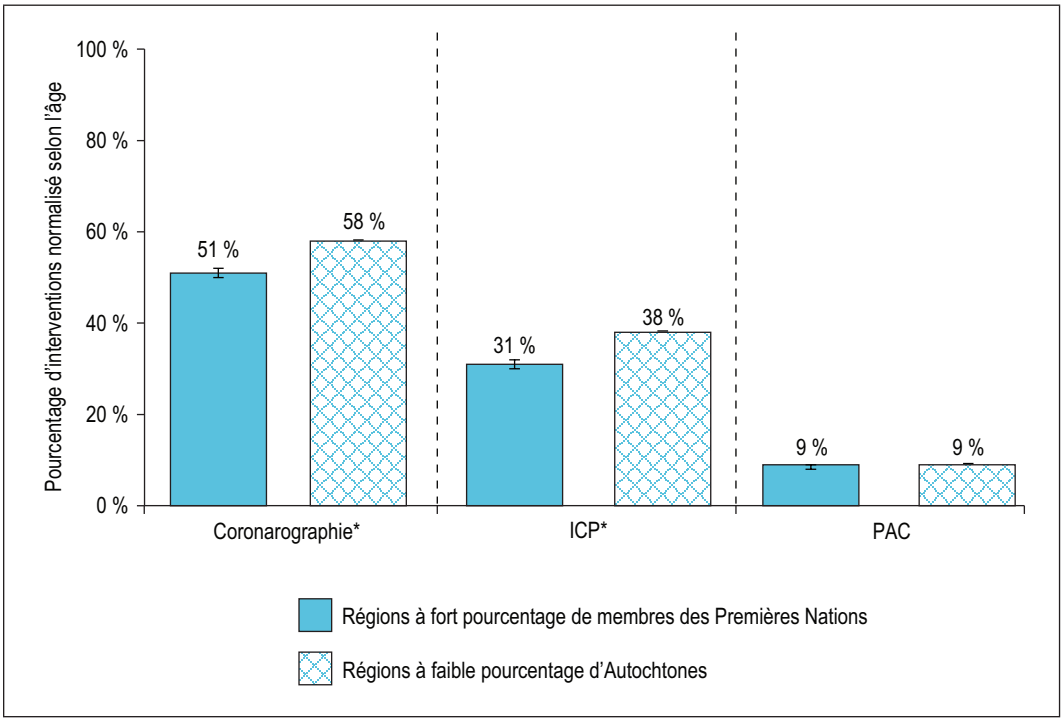
Les patients victimes d'une crise cardiaque qui habitent les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations sont moins susceptibles de subir une ICP

Les patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans une région à fort pourcentage de membres des Premières Nations étaient moins susceptibles de subir une revascularisation (ICP et PAC combinés) que les patients des régions à faible pourcentage d'Autochtones (taux normalisés selon l'âge de 40 % et 47 %, respectivement). Cet écart résulte surtout de la disparité entre les pourcentages de patients ayant subi une ICP : près du tiers (31 %) des patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations ont subi une ICP durant l'épisode de soins, contre 38 % des patients des régions à faible pourcentage d'Autochtones. La proportion de patients ayant subi un PAC était semblable dans les deux groupes, soit 9 % (figure 4).

Les sections précédentes sur les caractéristiques des patients victimes d'une crise cardiaque ont démontré que les patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations étaient en moyenne plus jeunes, que la majeure partie d'entre eux étaient des hommes et qu'ils présentaient des comorbidités multiples lors de leur admission, trois facteurs qui risquent d'influencer le type de traitement reçu. Or même après ajustement en fonction de tous ces facteurs, le taux d'ICP était toujours plus faible chez les patients victimes d'une crise cardiaque habitant une région à fort pourcentage de membres des Premières Nations que chez ceux des régions à faible pourcentage d'Autochtones. La probabilité de subir une ICP, après ajustement en fonction de l'âge, du sexe et de la présence d'au moins une comorbidité, était de 27 % inférieure chez les patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations, comparativement à ceux des régions à faible pourcentage d'Autochtones.

Étant donné que les patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations étaient moins susceptibles d'habiter près d'un hôpital offrant des services de revascularisation, ou d'être admis dans un tel hôpital, et plus susceptibles de vivre dans une région rurale ou éloignée, les modèles de régression logistique ont été stratifiés en fonction du lieu de résidence (régions urbaines contre régions rurales ou éloignées) aux fins d'un examen plus en profondeur des taux d'ICP ajustés selon les risques. Dans les zones urbaines comme dans les zones rurales ou éloignées, les patients victimes d'une crise cardiaque des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations étaient moins susceptibles de subir une ICP que les patients des régions à faible pourcentage d'Autochtone (probabilité inférieure de 19 % et 17 %, respectivement, après ajustement en fonction de l'âge, du sexe et de la présence d'au moins une comorbidité). Bien que l'ajustement en fonction du lieu de résidence ait comblé légèrement l'écart entre les patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et ceux des régions à faible pourcentage d'Autochtones, ce facteur n'explique pas totalement la disparité entre les taux d'interventions au sein des deux groupes.

Figure 4 : Patients victimes d'un IAM âgés de 20 ans ou plus qui ont subi des interventions cardiaques, 2004-2005 à 2010-2011



Remarques

* Différence significative par rapport aux régions à faible pourcentage d'Autochtones ($p < 0,05$).
ICP : intervention coronarienne percutanée.
PAC : pontage aortocoronarien.
Les barres d'erreur représentent des intervalles de confiance de 95 %.
Tous les pourcentages de la figure ont été normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population de patients victimes d'un IAM qui habitent des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations.
Les taux excluent le Québec en raison de différences dans la collecte des données.

Sources

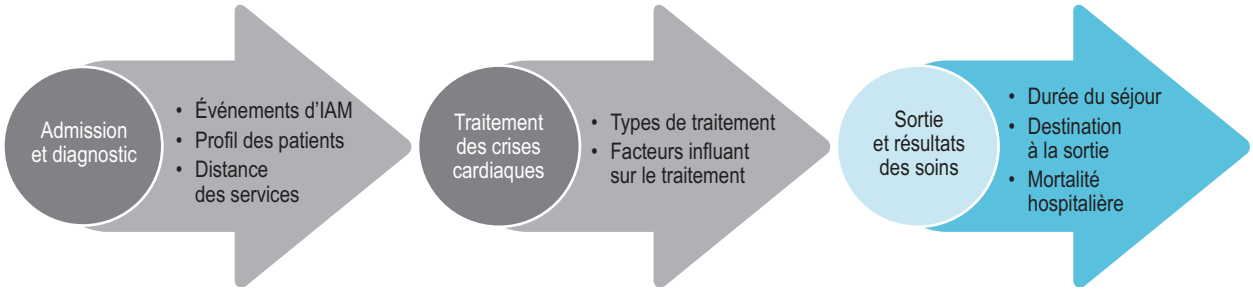
Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2004-2005 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, 2004-2005 à 2009-2010, Santé et Mieux-être Alberta; Recensement, 2006, Statistique Canada.

L'expérience des soins hospitaliers vécue par les patients victimes d'une crise cardiaque est également marquée par des facteurs qui ne sont pas consignés dans les enregistrements sur les hospitalisations, notamment la relation entre le patient et les dispensateurs de soins et le soutien social offert au patient au cours de son séjour à l'hôpital et après son congé. Afin de faciliter la communication et de soutenir les patients autochtones, de nombreux hôpitaux canadiens ont mis en place des programmes de liaison ressemblant à l'Aboriginal Patient Liaison Program de l'Autorité sanitaire Northern, en Colombie-Britannique (voir l'étude de cas ci-dessous et le chapitre 4).

Étude de cas

Aboriginal Patient Liaison Program : la communication entre le patient et le dispensateur influe sur les décisions de traitement et l'expérience des soins de santé.

L'Autorité sanitaire Northern, en Colombie-Britannique, a mis en place l'**Aboriginal Patient Liaison Program** afin de favoriser la prestation de services aux populations autochtones. Des agents de liaison employés dans les collectivités nordiques aident les patients hospitalisés en leur expliquant ou leur traduisant l'information sur les interventions et les processus médicaux, en facilitant la venue de leur famille et de leurs amis et en leur offrant un soutien social et affectif. Grâce au programme de liaison, les patients sont plus satisfaits et à l'aise à l'hôpital, ils suivent davantage leurs traitements et jouissent d'une meilleure communication avec leurs dispensateurs durant leur hospitalisation. À l'échelle du système, il semble que le programme de liaison ait permis de resserrer la collaboration entre les organismes de services de santé, d'accentuer l'utilisation des ressources en santé et de combler certaines lacunes en matière de soins aux populations autochtones[34].



Sortie de l'hôpital et résultats des soins

La présente section traite des facteurs liés au séjour à l'hôpital des patients victimes d'une crise cardiaque et à leur destination après que leur congé leur ait été accordé. Trois de ces facteurs, soit la durée moyenne du séjour, la destination à la sortie et la mortalité hospitalière, sont aussi des indicateurs de la qualité des soins et de l'efficacité (résultats) des traitements hospitaliers.

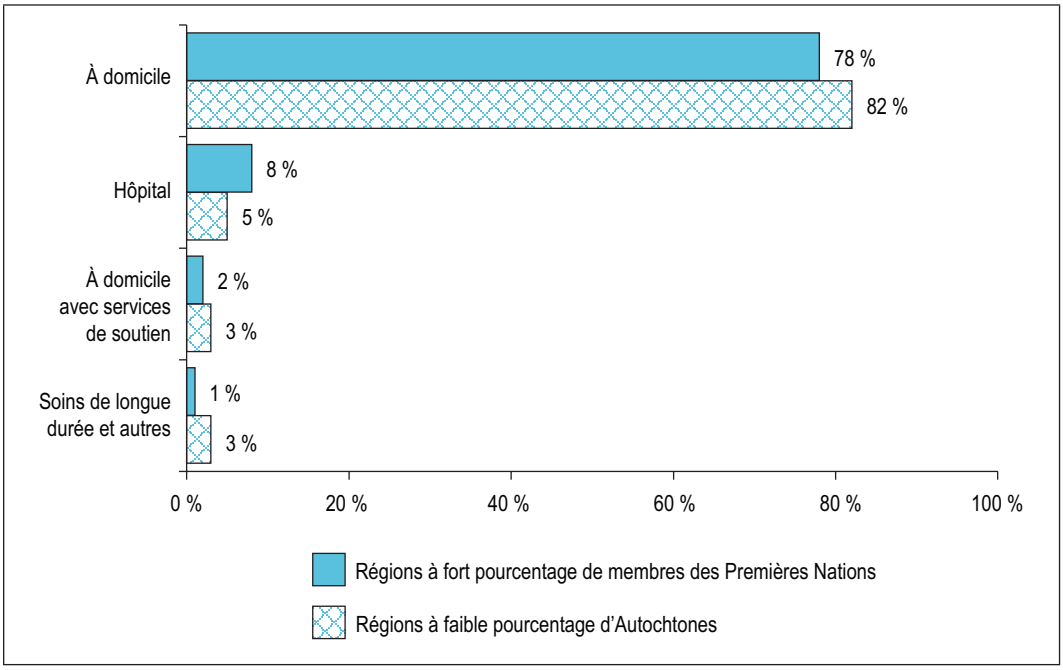
La durée moyenne du séjour est semblable chez les patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et ceux des régions à faible pourcentage d'Autochtones

Dans l'ensemble, les patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et des régions à faible pourcentage d'Autochtones passaient une période médiane de six jours à l'hôpital après avoir été admis en raison d'une crise cardiaque. Dans les deux groupes de patients, la durée médiane du séjour était comparable chez les hommes et les femmes (six jours pour les hommes et les femmes des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations; cinq et six jours, respectivement, dans les régions à faible pourcentage d'Autochtones).

La majorité des patients victimes d'une crise cardiaque rentrent chez eux à l'issue de leur séjour à l'hôpital

Plus des trois quarts des patients victimes d'une crise cardiaque habitant dans une région à fort pourcentage de membres des Premières Nations sont rentrés chez eux après avoir reçu leur congé de l'hôpital (taux normalisé selon l'âge de 78 %), contre 82 % des patients des régions à faible pourcentage d'Autochtones (aucune différence significative entre les pourcentages, voir la figure 5). En outre, 8 % des patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations ont été transférés vers un établissement offrant des soins aux patients hospitalisés, 2 %, vers un milieu résidentiel doté de services de soutien et 1 %, vers un établissement de soins de longue durée (voir l'étude de cas page 21 pour en savoir plus sur la disponibilité des soins communautaires et des programmes de soutien qui favorisent les soins dans les collectivités régionales).

Figure 5 : Destination à la sortie pour les patients ayant subi un IAM âgés de 20 ans ou plus, 2004-2005 à 2010-2011



Remarques

Les résultats dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et les régions à faible pourcentage d'Autochtones ne présentaient aucune différence statistiquement significative au seuil de 95 %.

Les résultats ont été normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population de patients victimes d'un IAM qui habitent des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations.

Pour la destination à la sortie :

La catégorie « Hôpital » comprend les établissements offrant des soins aux patients hospitalisés, comme les établissements de soins de courte durée, psychiatriques et de réadaptation.

La catégorie « À domicile avec services de soutien » comprend les résidences pour aînés, les soins auxiliaires et les services à domicile.

La catégorie « Soins de longue durée » comprend les centres de soins infirmiers, les établissements de soins prolongés et les foyers pour personnes âgées; la catégorie « autres » comprend les établissements ou les hospices de soins palliatifs et les centres de toxicomanie.

Les pourcentages ne totalisent pas 100 % puisque les catégories de destination à la sortie ne sont pas toutes incluses.

Les taux excluent le Québec en raison de différences dans la collecte des données.

Sources

Base de données sur les congés des patients, 2004-2005 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Recensement, 2006, Statistique Canada.

Étude de cas

Faciliter la prestation des soins lors du retour dans la collectivité.

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada vise à fournir des services communautaires et à domicile fondamentaux aux personnes qui habitent dans une réserve des Premières Nations, un territoire inuit ou une collectivité des Premières Nations au nord du 60e parallèle. En plus des services à domicile offerts aux groupes admissibles, le programme comprend l'établissement de partenariats avec les collectivités pour évaluer les besoins à l'échelle locale, former le personnel, renforcer les capacités des collectivités inuites et des Premières Nations et contribuer à l'élaboration de plans opérationnels et de prestation de services. On voit dans le programme le potentiel d'améliorer la santé et la qualité de vie dans les collectivités participantes. Selon les résultats de l'évaluation, de 2005 à 2011, la détérioration de la santé a été prévenue ou retardée de façon importante chez les patients qui ont reçu plus tôt leur congé de l'hôpital, ont pu rester dans leur collectivité plus longtemps et ont vu leur admission dans un établissement de soins de longue durée retardée (voir l'annexe F).

Les taux de mortalité hospitalière ajustés selon les risques sont semblables chez les patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et ceux des régions à faible pourcentage d'Autochtones

Malgré les taux de crises cardiaques et de comorbidités plus élevés et les taux d'interventions cardiaques plus faibles chez les patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations, les taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours ajustés selon les risques (âge, sexe et présence de certaines comorbidités) étaient semblables chez les patients victimes d'une crise cardiaque habitant dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et ceux des régions à faible pourcentage d'Autochtones (8 % et 9 %, respectivement).

Analyse

Les analyses du présent chapitre soulignent les disparités en matière d'expérience de soins hospitaliers chez les patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et ceux des régions à faible pourcentage d'Autochtones. Ainsi, les résidents des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations étaient plus susceptibles d'être hospitalisés en soins de courte durée en raison d'une crise cardiaque, de l'être à un plus jeune âge et de présenter des comorbidités multiples lors de leur admission. Or, même s'ils semblaient nécessiter davantage de soins, ces patients étaient moins susceptibles de subir une coronarographie et une ICP durant leur épisode de soins. Leur taux d'ICP demeurait inférieur à celui des résidents des autres régions, même après ajustement en fonction de l'âge, du sexe, de la présence d'au moins une comorbidité et du lieu de résidence en zone rurale ou éloignée. Cet ajustement a resserré quelque peu l'écart entre les taux d'ICP chez les patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et ceux des régions à faible pourcentage d'Autochtones, mais ces facteurs n'expliquent pas entièrement la disparité entre les taux d'interventions observés dans les deux groupes. L'écart restant entre les taux d'ICP laisse deviner l'influence de plusieurs autres facteurs.

L'étude comporte une limite importante à cet égard, soit l'impossibilité de prendre en compte dans l'analyse la gravité et la complexité de la crise cardiaque, qui auraient permis d'examiner les interventions les plus appropriées en fonction du diagnostic du patient. En raison du peu d'information disponible sur les autres interventions (comme la pharmacothérapie et les conseils en matière de comportements liés à la santé), les facteurs pronostiques à long terme (comme le surpoids ou l'obésité, le tabagisme et la médication de suivi) et les traitements subis hors des hôpitaux de soins de courte durée, nous ne sommes pas en mesure d'examiner le cheminement clinique des patients avant et après leur séjour en soins de courte durée. Certes, il existe des données sur les résultats à court terme (mortalité hospitalière dans les 30 jours), mais des indicateurs de résultats à long terme comme la mortalité après un an et le taux de réadmission permettraient d'analyser plus en profondeur les complications et le taux de survie à la suite des traitements en cardiologie, et aussi d'évaluer l'efficacité et la qualité de la prise en charge des maladies cardiaques dans l'ensemble du système de santé.

L'appartenance à un groupe défavorisé sur le plan socioéconomique joue un rôle important dans la création et le maintien des inégalités en santé; cependant, l'incidence de ce facteur sur l'expérience des soins hospitaliers n'a pas pu être évaluée dans la présente étude en raison de la petite taille de l'échantillon dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations. L'analyse du rapport confusionnel entre le statut socioéconomique et l'appartenance à un groupe autochtone permettrait de mieux comprendre les inégalités au sein du système de santé.

Malgré ses limites, la présente analyse a révélé que comparativement aux résidents des régions à faible pourcentage d'Autochtones, les résidents des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations présentent un fardeau accru de crises cardiaques et de comorbidités et sont moins susceptibles de subir des interventions diagnostiques et de revascularisation. Les résultats à court terme (mortalité hospitalière dans les 30 jours), toutefois, sont semblables chez les patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans les deux types de régions. Ces résultats laissent croire que pour réduire les écarts en matière d'hospitalisation et d'interventions en cas de crise cardiaque, les programmes et les politiques doivent être axés, d'une part, sur les disparités sous-jacentes qui contribuent à la fréquence accrue des maladies coronariennes et des comorbidités et, d'autre part, sur les mécanismes permettant l'accès rapide et équitable à la coronarographie et à la revascularisation pour les patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations.

Chapitre 2
Hospitalisations à la suite d'une crise cardiaque dans les régions à fort pourcentage d'Inuits

Principales constatations

- Les résidents des régions à fort pourcentage d'Inuits sont moins susceptibles d'être hospitalisés en soins de courte durée à la suite d'une crise cardiaque que ceux des autres régions éloignées au Canada.
- Tous les patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans les régions à fort pourcentage d'Inuits doivent parcourir plus de 500 km pour accéder à l'hôpital le plus près offrant des services de revascularisation.
- Malgré la distance, plus de la moitié des patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans les régions à fort pourcentage d'Inuits ont subi une coronarographie et 40 % d'entre eux ont subi une revascularisation (soit une ICP ou un PAC); des proportions semblables ont été relevées dans les régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones.

Introduction

Lors du Recensement de 2006, plus de 50 000 personnes au Canada se sont identifiées comme inuites. Plus des trois quarts (78 %) vivaient dans les 52 collectivités qui composent l'Inuit Nunangat, ou territoire inuit, qui comprend le nord du Québec et du Labrador, le Nunavut et une partie des Territoires du Nord-Ouest. Environ 85 % des résidents de l'Inuit Nunangat étaient d'origine inuite[21].

De grandes disparités existent entre les Inuits et les autres Canadiens en matière de santé. L'espérance de vie, par exemple, est invariablement plus faible (de 10 à 12 ans de moins entre 1989 et 2008) dans l'Inuit Nunangat que dans le reste du Canada, et la mortalité due aux suicides, aux blessures, aux maladies respiratoires et au cancer y est plus élevée[35, 36]. Malgré la forte prévalence des facteurs de risque de maladies cardiaques chez les Inuits, le taux de décès dus à une crise cardiaque est plus faible dans l'Inuit Nunangat que dans l'ensemble du Canada[37]. Des études portent à croire que le régime inuit traditionnel, reposant sur le poisson et les mammifères marins, exerce un effet protecteur contre les maladies coronariennes[38]. La consommation d'aliments traditionnels diffère cependant d'une génération à l'autre chez les Inuits : elle tend en effet à diminuer chez les jeunes[39]. Conjuguée à la prévalence de plus en plus grande des facteurs de risque cardiovasculaire[38], cette tendance risque à terme d'entraîner une augmentation du fardeau des maladies cardiaques chez les Inuits.

Le présent chapitre porte sur les taux d'hospitalisation et les facteurs liés aux traitements observés chez les patients victimes d'une crise cardiaque habitant dans les régions à fort pourcentage d'Inuits. Puisque tous les patients de ce groupe habitent dans des régions éloignées, dans le cadre de cette étude, leur expérience des soins hospitaliers est comparée à celle des patients des régions à faible pourcentage d'Autochtones également considérées comme éloignées. En raison du très petit nombre d'hospitalisations en soins de courte durée à la suite d'une crise cardiaque chez les résidents des régions à fort pourcentage d'Inuits (205 cas en sept ans), il a été impossible de dresser un portrait de l'expérience des soins hospitaliers aussi complet que celui des résidents des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations (voir le chapitre 1).

Aperçu des sources de données, de la méthodologie et des limites de l'analyse

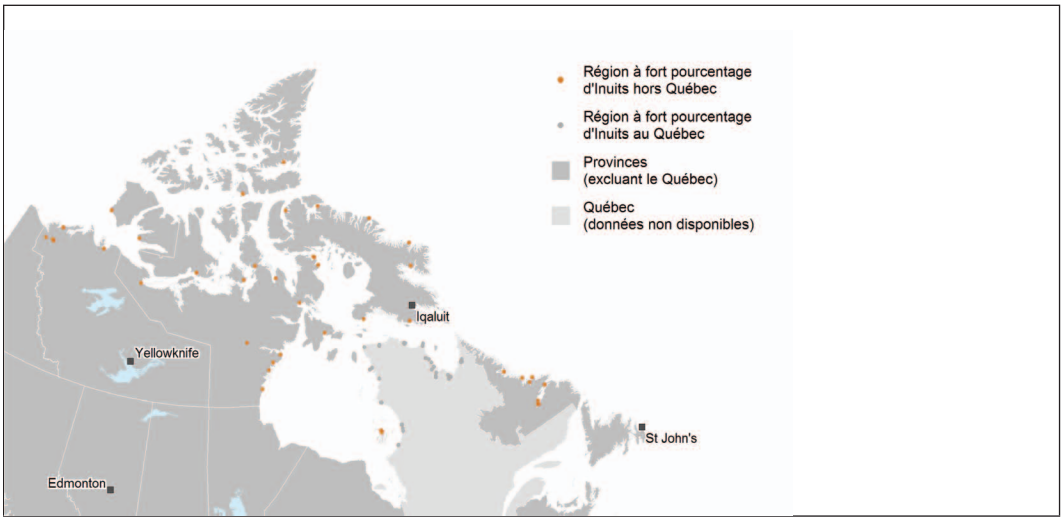
Les données canadiennes sur les admissions en raison d'une crise cardiaque et les interventions cardiaques pratiquées dans les hôpitaux de soins de courte durée ont été tirées de la Base de données sur les congés des patients et du Système national d'information sur les soins ambulatoires de l'ICIS, ainsi que de l'Alberta Ambulatory Care Database, de Santé et Mieux-être Alberta. Compte tenu du petit nombre de cas de crise cardiaque dans les régions à fort pourcentage d'Inuits, les données des exercices 2004-2005 à 2010-2011 ont été totalisées. Les données du Québec ont été exclues car les codes postaux à six caractères nécessaires pour déterminer le lieu de résidence d'un patient n'étaient pas disponibles aux fins de l'analyse. Par conséquent, la région du Nunavik est exclue des analyses portant sur les régions à fort pourcentage d'Inuits. Selon les données du Recensement de 2006, la population de ces régions aurait été supérieure de 21 % si le Nunavik avait été inclus dans l'analyse.

Puisque les enregistrements sur les hospitalisations de la Base de données sur les congés des patients ne contiennent pas de renseignements permettant d'identifier directement les patients inuits, une méthode fondée sur les régions géographiques a été employée afin d'établir une distinction entre les patients vivant dans les régions à fort pourcentage d'Inuits (celles où au moins le tiers des habitants sont des Autochtones s'identifiant d'abord comme Inuits) et les patients habitant les régions à faible pourcentage d'Autochtones (celles où moins du tiers des résidents s'identifient comme Autochtones). En 2006, 80 % des Inuits du Canada vivaient dans les 99 aires de diffusion comptant un fort pourcentage d'Inuits et, en moyenne, 80 % des résidents de ces aires de diffusion s'identifiaient également comme Inuits (voir la figure 6 et l'annexe D).

Les résultats de cette étude ne doivent pas être généralisés à tous les Inuits, étant donné que les enregistrements sur les hospitalisations du Québec ont dû être exclus et qu'il est prouvé que les approches fondées sur les régions géographiques entraînent une sous-estimation des disparités entre les groupes, comparativement aux approches de type individuel[22]. Ainsi, l'utilisation de la région comme mesure d'identification indirecte pourrait mener à une sous-estimation des disparités entre les Inuits et les autres Canadiens au chapitre du taux d'événements d'IAM et d'interventions cardiaques.

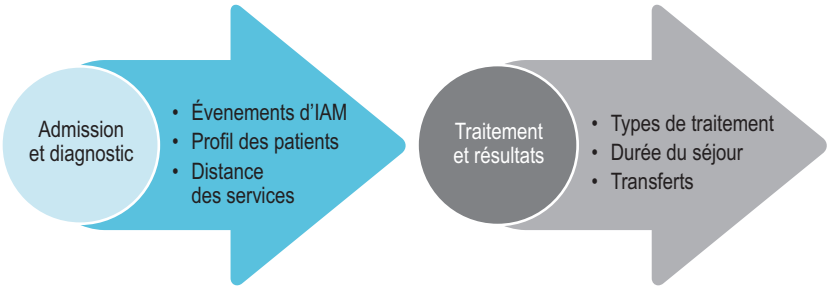
Les annexes A et D fournissent davantage de précisions sur la portée des données et la méthode fondée sur les régions utilisée dans le présent chapitre.

Figure 6 : Répartition des régions à fort pourcentage d'Inuits, Canada, 2006



Source
Recensement, 2006, Statistique Canada.

Résultats



Admission et diagnostic

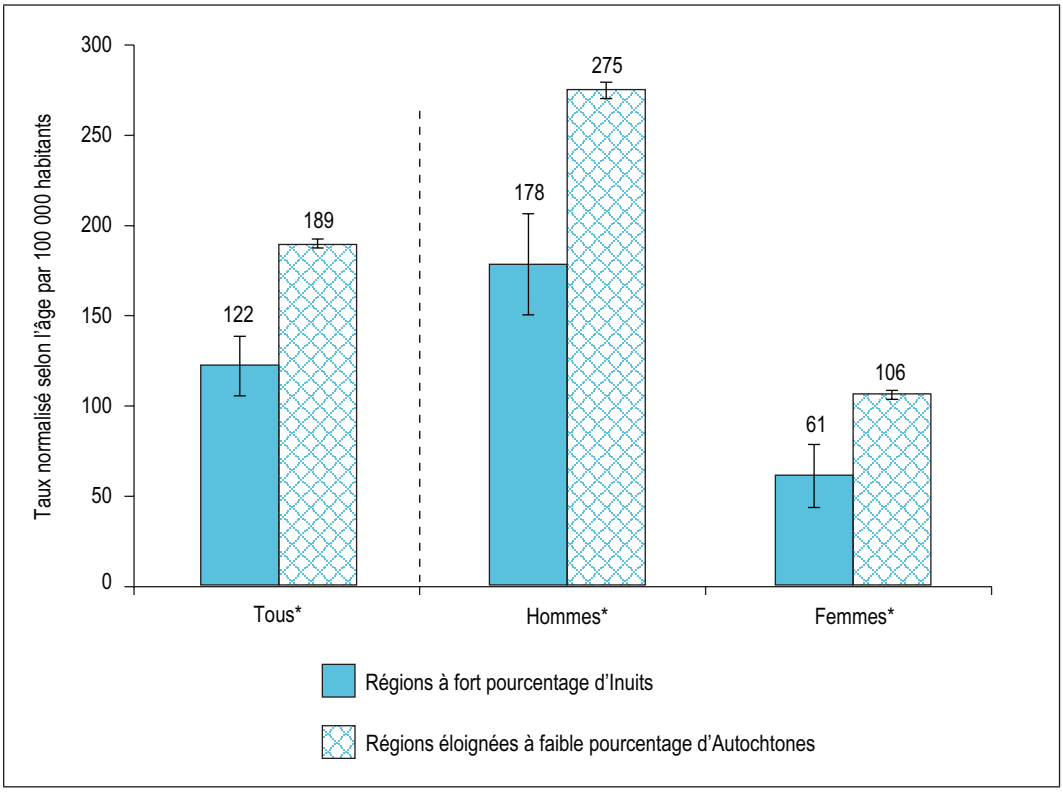
La présente section donne un aperçu des taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation (nouveaux cas), ainsi que des caractéristiques démographiques (âge et sexe), des profils cliniques (comorbidités) et de la distance parcourue pour recevoir des soins cardiaques chez les patients hospitalisés en soins de courte durée en raison d'une crise cardiaque. La présentation de ces facteurs sert à préciser les déterminants pouvant influer sur les taux de crises cardiaques observés chez les résidents des régions à fort pourcentage d'Inuits et ceux des régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones.

Le taux de crises cardiaques est plus faible dans les régions à fort pourcentage d'Inuits

Le taux de nouveaux événements d'IAM menant à une hospitalisation (voir la définition de l'événement d'IAM à la page 9) était inférieur de 35 % chez les résidents des régions à fort pourcentage d'Inuits, comparativement aux habitants des régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones (taux normalisés selon l'âge de 122 et de 189 par 100 000 habitants, respectivement; voir la figure 7). Chez les résidents des régions à fort pourcentage d'Inuits et des régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones, respectivement 77 % et 64 % des victimes de crise cardiaque étaient des hommes. Ces derniers étaient près de trois fois plus susceptibles que les femmes d'être hospitalisés en raison d'une crise cardiaque (voir l'annexe C).

L'âge médian à l'admission était inférieur de 10 ans chez les patients victimes d'une crise cardiaque habitant les régions à fort pourcentage d'Inuits, comparativement à ceux des régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones (61 ans, contre 71 ans).

Figure 7 : Taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation selon le sexe, adultes de 20 ans ou plus, 2004-2005 à 2010-2011



Remarques

* Différence significative par rapport aux régions à faible pourcentage d'Autochtones ($p < 0,05$).
Les barres d'erreur représentent des intervalles de confiance de 95 %.
Les taux ont été normalisés selon l'âge des personnes qui se sont identifiées comme Inuits lors du Recensement de 2006.
Les taux excluent le Québec en raison de différences dans la collecte des données.

Sources

Base de données sur les congés des patients, 2004-2005 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Recensement, 2006, Statistique Canada.

Le tiers des patients victimes d'une crise cardiaque habitant dans les régions à fort pourcentage d'Inuits présentent d'autres affections chroniques

Comme indiqué dans le chapitre précédent, l'état de santé global des patients victimes d'une crise cardiaque, qu'on a évalué dans cette étude par la présence de comorbidités, peut avoir une incidence sur le type de traitement reçu, le temps de rétablissement et les résultats des soins hospitaliers.

Au moment de leur admission, le tiers des patients victimes d'une crise cardiaque habitant dans les régions à fort pourcentage d'Inuits présentaient au moins une autre affection concomitante à l'IAM (taux normalisé selon l'âge de 34 %), et 10 % d'entre eux présentaient au moins deux comorbidités (tableau 2). Parmi les patients des régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones, 40 % présentaient au moins une comorbidité, et 11 %, au moins deux. Aucune différence significative sur le plan statistique n'a été relevée par rapport aux régions à fort pourcentage d'Inuits. Chez les patients victimes d'une crise cardiaque habitant les régions à fort pourcentage d'Inuits, les comorbidités les plus courantes étaient le diabète (11 %) et l'insuffisance cardiaque (10 %), le diabète étant au-delà de deux fois plus courant chez les patients victimes d'une crise cardiaque habitant les régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones (25 %).

Tableau 2 : Patients victimes d'une crise cardiaque présentant certaines comorbidités au moment de l'admission, adultes de 20 ans ou plus, 2005-2006 à 2010-2011 (pourcentage normalisé selon l'âge)

	Régions à fort pourcentage d'Inuits	Régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones
Nombre de comorbidités		
Une ou plus	33,8	39,8
Deux ou plus	10,0	11,3
Comorbidités individuelles		
Diabète	10,7*	24,9
Insuffisance cardiaque	9,9	7,1
Maladie rénale	5,9	2,8

Remarques
* Différence significative par rapport aux régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones ($p < 0,05$).
Tous les pourcentages du tableau ont été normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population de patients victimes d'un IAM qui habitent des régions à fort pourcentage d'Inuits.
Voir l'annexe A pour obtenir un complément d'information sur les comorbidités particulières.
Les taux excluent le Québec en raison de différences dans la collecte des données.
Sources
Base de données sur les congés des patients, 2004-2005 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Recensement, 2006, Statistique Canada.

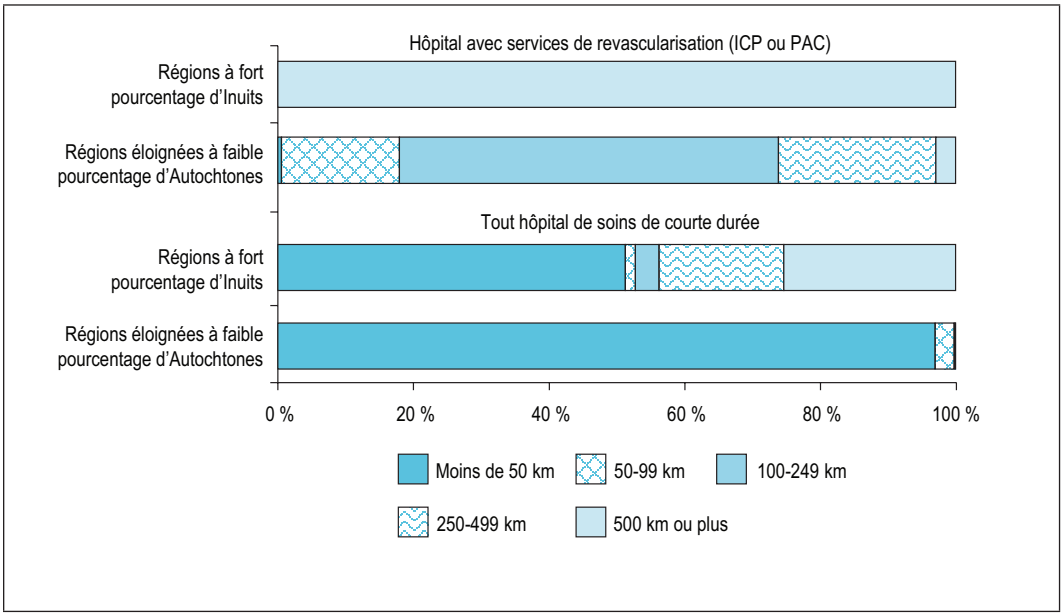
Les patients des régions à fort pourcentage d'Inuits doivent parcourir plus de 500 km pour se rendre dans les hôpitaux offrant des services de revascularisation

La rapidité des soins est cruciale en cas de crise cardiaque, puisque le rétablissement de la circulation sanguine vers le cœur peut prévenir la mort subite et limiter les dommages au muscle cardiaque. Aux fins d'une meilleure compréhension des problèmes d'accès vécus par les résidents des régions à fort pourcentage d'Inuits, la distance estimée entre la résidence du patient et l'hôpital le plus près a fait l'objet d'une analyse.

Tous les patients victimes d'une crise cardiaque habitant les régions à fort pourcentage d'Inuits devaient parcourir plus de 500 km pour atteindre un hôpital offrant des services de revascularisation, tandis que les trois quarts (74 %) des patients des régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones demeuraient dans un rayon de 250 km d'un tel établissement (figure 8). Toutefois, même si les résidents des régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones jouissaient d'un meilleur accès aux soins cardiaques de courte durée que les résidents des régions à fort pourcentage d'Inuits, le quart d'entre eux devaient tout de même parcourir une distance considérable (au moins 250 km) pour être traités pour une crise cardiaque. Ces chiffres portent à croire que l'accès rapide aux soins cardiaques de courte durée pose un défi dans de nombreuses collectivités éloignées.

Pour les membres des collectivités éloignées, les technologies de l'information et des communications, sur lesquelles reposent les initiatives de télésanté, par exemple, peuvent améliorer l'accès à certains types de soins (voir l'étude de cas page 33 et le chapitre 4).

Figure 8 : Distance séparant les patients de l'hôpital le plus près, par type d'hôpital, 2004-2005 à 2010-2011

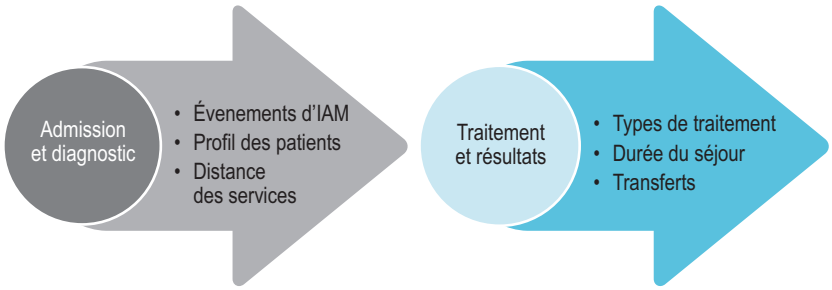


Remarques
ICP : intervention coronarienne percutanée.
PAC : pontage aortocoronarien.
La distance est calculée à partir des points centraux des zones correspondant aux codes postaux de l'hôpital et de la résidence du patient; il s'agit donc d'une approximation plutôt que de la distance réelle à parcourir.
Les taux excluent le Québec en raison de différences dans la collecte des données.
Sources
Base de données sur les congés des patients, 2004-2005 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Recensement, 2006, Statistique Canada.

Étude de cas

La technologie de télésanté sert à abolir les distances.

Un projet pilote de télémédecine à Nain, la collectivité la plus au nord du Labrador, a permis d'améliorer l'accès aux soins spécialisés. Au moyen d'un système robotisé surnommé « Rosie le robot », des médecins de l'extérieur peuvent aider des infirmières en pratique avancée à dispenser des soins d'urgence sur place, à évaluer les patients et à poser des diagnostics en temps réel[40]. Lancé en 2010, le programme a été mis en place de façon permanente à Nain et Happy Valley-Goose Bay[41]. L'évaluation du programme a révélé qu'il entraînait l'amélioration de la qualité des soins dans les régions éloignées et la diminution des déplacements des patients vers les grands centres. L'initiative et l'intervention subséquente ont été réalisées grâce aux partenariats intersectoriels entre la collectivité locale et la région sanitaire provinciale, Santé Canada, l'Université Dalhousie et d'autres organismes[40].



Traitement à l'hôpital et résultats des soins

La présente section porte sur les interventions pratiquées après l'admission du patient à l'hôpital aux fins de diagnostic et de traitement d'une crise cardiaque, ainsi que les résultats des soins hospitaliers (voir les définitions des interventions cardiaques page 15). En raison du petit nombre de crises cardiaques enregistré dans les régions à fort pourcentage d'Inuits, il n'a été possible de présenter que peu d'information sur les résultats des soins hospitaliers.

Malgré la distance, 42 % des patients des régions à fort pourcentage d'Inuits subissent des interventions de revascularisation

Plus de la moitié des patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans les régions à fort pourcentage d'Inuits ont subi une coronarographie (taux normalisé selon l'âge de 54 %) et 42 % d'entre eux ont subi une revascularisation (ICP ou PAC) au cours de leur épisode de soins : 111 ont subi une coronarographie, 69, une ICP, et 19, un PAC. Les proportions étaient semblables chez les patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans les régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones : 57 % d'entre eux avaient subi une coronarographie, et 44 %, une revascularisation (voir l'annexe C).

Le nombre de transferts et la durée du séjour sont semblables chez les patients victimes d'une crise cardiaque habitant dans les régions à fort pourcentage d'Inuits et dans les régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones

Une fois admis à l'hôpital, 42 % des patients victimes d'une crise cardiaque habitant dans une région à fort pourcentage d'Inuits ont dû subir au moins un transfert vers un autre hôpital pour recevoir les soins nécessaires, ce qui est comparable à la proportion observée chez les patients des régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones (40 %).

La durée médiane du séjour après l'admission en raison d'une crise cardiaque était semblable chez les patients des régions à fort pourcentage d'Inuits et des régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones (sept et six jours, respectivement).

Analyse

La principale constatation du présent chapitre porte sur la distance considérable que doivent franchir les patients victimes d'une crise cardiaque habitant dans les régions à fort pourcentage d'Inuits afin d'avoir accès à des soins spécialisés : aucun hôpital n'offre de services de revascularisation dans un rayon de 500 km de ces régions. Malgré la distance, les taux d'interventions diagnostiques et de revascularisation étaient cependant comparables chez les patients victimes d'une crise cardiaque habitant dans une région à fort pourcentage d'Inuits et chez ceux des régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones. Compte tenu du petit nombre de patients victimes d'une crise cardiaque dans les régions à fort pourcentage d'Inuits, il a été impossible d'évaluer les disparités en ce qui a trait à certaines comorbidités et d'examiner les résultats des soins hospitaliers, ce qui nous empêche de présenter un portrait complet de l'expérience de soins des patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans ces régions.

Il est certes possible que le petit nombre d'hospitalisations en soins de courte durée à la suite d'une crise cardiaque relevé chez les résidents des régions à fort pourcentage d'Inuits dans cette étude indique que le fardeau des maladies cardiaques y est moins lourd que dans la population générale, mais ces chiffres peuvent également refléter la difficulté pour les Inuits d'accéder aux soins de courte durée. Compte tenu de l'éloignement des collectivités inuites, il se peut que les cliniques jouent un rôle plus important dans la prestation des soins cardiaques. En outre, les décès dus à une crise cardiaque survenus hors hôpital, qui représentent environ un cas de crise cardiaque sur quatre dans la population générale[42], sont probablement plus fréquents dans ces collectivités. Par conséquent, l'information sur les hospitalisations ne constitue qu'une facette de la situation en matière de santé cardiaque.

On dispose de peu d'information sur les taux de décès dus à une crise cardiaque chez les Inuits. Il faut étudier davantage les disparités en matière de résultats chez les patients victimes d'une crise cardiaque, particulièrement en ce qui a trait à la mortalité hospitalière et hors hôpital. Il faut également se pencher sur le cheminement clinique des patients inuits victimes d'une crise cardiaque, avant et après leur séjour en soins de courte durée.

Chapitre 3
Profil sommaire des crises cardiaques chez les Métis

Principales constatations

- La méthode fondée sur les régions géographiques décrite précédemment ne peut servir à déterminer les régions comptant une forte proportion de Métis, puisque moins de 10 % des Métis vivent dans les régions à forte concentration définies selon la méthode des géozones.
- On présente plutôt l'information provenant d'études réalisées au Manitoba et en Ontario, où les données des registres provinciaux des Métis ont été couplées aux enregistrements des hôpitaux aux fins d'examen de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé au niveau individuel chez les Métis des deux provinces.
- Bien que ces études ne soient pas directement comparables, elles montrent que les Métis présentent un risque et des taux de crises cardiaques plus élevés que les autres résidents de leur province respective, et que les patients métis du Manitoba sont plus susceptibles de subir un PAC que les autres Manitobains.

Introduction

Selon le Recensement de 2006, près de 400 000 personnes au Canada se sont identifiées comme métisses, ce qui représente environ le tiers de la population autochtone du Canada[21]. Les maladies coronariennes sont l'une des premières causes de mortalité chez les Métis. Le fardeau de ces maladies, sur les plans de la prévalence et de la mortalité, est plus élevé chez les Métis que chez les Canadiens non autochtones[43-45]. Le risque accru que présentent les Métis de souffrir de maladies cardiaques tient en partie à des taux de tabagisme, d'obésité, d'inactivité physique, d'hypertension et de diabète plus élevés que dans le reste de la population canadienne (voir l'annexe B).

On dispose de peu d'information sur les maladies cardiaques chez les Métis, soit parce qu'ils ne sont généralement pas considérés comme groupe distinct dans le cadre des recherches sur la santé ou qu'ils sont regroupés avec toutes les autres populations autochtones[46]. La méthode fondée sur les régions géographiques présentée aux chapitres 1 et 2 du présent rapport ne peut servir à déterminer des régions à fort pourcentage de Métis aux fins de l'étude des expériences des soins hospitaliers parmi ce groupe. Bien qu'une grande proportion de Métis vive dans des établissements métis, moins de 10 % d'entre eux vivent dans des régions qui répondent à la définition de zone à forte concentration de la méthode des géozones, qui exige qu'au moins 33 % des résidents s'identifient d'abord comme Autochtones et Métis (voir Pourquoi ne peut-on pas utiliser la méthode des géozones pour étudier les Métis?, à la page 40). Au lieu de présenter de nouvelles analyses relatives aux Métis, le présent rapport reprend deux analyses récentes portant sur la santé cardiaque chez les Métis réalisées par le Centre manitobain des politiques en matière de santé et l'Institut de recherche en services de santé de l'Ontario. Les deux études reposent sur des données individuelles obtenues à l'aide du couplage des données du registre provincial des Métis aux enregistrements des hôpitaux de la province[ii].

ii. Veuillez prendre note que l'information présentée dans ce chapitre est fondée sur des données individuelles, alors qu'aux chapitres 1 et 2, des approches fondées sur les régions géographiques ont servi à déterminer les populations de membres des Premières Nations et d'Inuits.

Pourquoi ne peut-on pas utiliser la méthode des géozones pour étudier les Métis?

La méthode des géozones[20] adoptée comme mesure d'identification indirecte des populations de membres des Premières Nations et d'Inuits aux chapitres 1 et 2 du présent rapport n'était pas valide dans le cas des Métis en raison des hypothèses qui la sous-tendent. La méthode des géozones, fondée sur les régions géographiques, repose sur une relative proximité des membres d'un groupe au sein de régions restreintes. C'est le cas, par exemple, des collectivités inuites ou des Premières Nations. Les Métis sont toutefois plus dispersés géographiquement. Si l'on relevait les aires de diffusion où le tiers des résidents s'identifient comme Autochtones et où le plus grand nombre se disent Métis, seulement 8 % de la population totale de Métis serait représentée (contre 48 % des membres des Premières Nations et 80 % des Inuits, selon la même approche). Consultez l'annexe D pour obtenir de plus amples renseignements.

Études provinciales

Étude manitobaine

Le Centre manitobain des politiques en matière de santé (MCHP) a collaboré avec la Fédération des Métis du Manitoba (FMM) afin de produire le rapport *Profile of Metis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-Based Study*[44]. Cette étude a donné lieu à l'examen d'un large éventail d'indicateurs relatifs à l'état de santé et à l'utilisation des services de santé, dont des indicateurs liés aux maladies cardiaques et à leur traitement.

Méthodes

Trois sources de données ont servi à circonscrire la population métisse et à créer la base de données sur cette population pour les besoins du rapport : le registre des membres de la FMM, les proches des membres métis qui ne sont pas inscrits auprès de la FMM (frères et sœurs, enfants, parents et petits-enfants), et l'auto-identification dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et de l'Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada.

Dans le cadre du rapport, l'incidence des IAM et le nombre d'interventions cardiaques pratiquées chez les personnes de 40 ans ou plus ont été calculés à partir des données administratives dépersonnalisées tirées de l'entrepôt de données de recherche sur la santé de la population (qui comprend les demandes de services hospitaliers, les demandes de paiement pour des services médicaux, les dossiers du registre des médecins, les relevés des services à domicile et des foyers de soins personnels, les statistiques de l'état civil, les demandes de paiement pour des services pharmaceutiques et les données sur la vaccination tirées du Système manitobain de traitement des données pour le contrôle de l'immunisation) et de la base de données sur la population métisse (Metis Population Database). Les données de cinq exercices, de 2002-2003 à 2006-2007, ont été totalisées. Le rapport présente également de l'information sur d'autres affections susceptibles d'être d'importantes causes de crise cardiaque, comme l'hypertension, le diabète et les maladies coronariennes[iii].

Résultats

L'étude a révélé que dans l'ensemble, les Métis du Manitoba étaient en moins bonne santé que les autres Manitobains : ils étaient 34 % plus susceptibles de souffrir de diabète, 13 % plus susceptibles de souffrir d'hypertension, et 40 % plus susceptibles d'être atteints de maladies coronariennes (chez les adultes de 19 ans ou plus). De la même façon, l'incidence des IAM (mortels et non mortels) chez les Métis de 40 ans ou plus au Manitoba était supérieure de 26 % à l'incidence observée chez les autres Manitobains (taux normalisés selon l'âge et le sexe de 5,4 et 4,3 par 1 000 habitants, respectivement). En outre, une analyse par l'office régional de la santé (ORS) a révélé que le taux d'IAM était nettement plus élevé chez les résidents métis de trois ORS (Centre-du-Manitoba, Winnipeg et Parcs) : le taux était de 30 % à 49 % supérieur à celui observé chez les autres Manitobains de ces régions.

En ce qui a trait aux traitements en cas de crise cardiaque, selon les conclusions du rapport, le cathétérisme cardiaque (intervention diagnostique) et le PAC étaient pratiqués plus souvent (44 % et 53 % plus fréquemment, respectivement) chez les Métis que chez tous les autres Manitobains (taux de cathétérisme cardiaque : 9,5 et 6,6 par 1 000 habitants; taux de PAC : 2,3 et 1,5 par 1 000 habitants). Les taux d'interventions plus élevés chez les Métis signalent peut-être des besoins plus marqués en la matière, en raison des taux de maladies cardiaques et d'IAM supérieurs à ceux observés dans le reste de la province.

iii. On a considéré que les résidents étaient atteints de l'une de ces affections s'ils répondaient aux critères relatifs à l'hospitalisation (au moins une hospitalisation en raison de l'affection visée), aux visites chez le médecin (au moins deux visites liées à l'affection visée) ou aux médicaments prescrits (au moins un médicament prescrit pour traiter l'affection visée) au cours des 12 mois précédents.

Étude ontarienne

L'Institut de recherche en services de santé de l'Ontario (IRSS) s'est associé à la Métis Nation of Ontario pour faire rapport sur la santé des Métis[45, 47]. Dans le rapport sur les maladies cardiovasculaires, on examine les statistiques de l'état civil, comme les taux de mortalité, et l'information hospitalière, comme les taux d'admission et de réadmission, chez les Métis vivant en Ontario. L'étude ne traite pas des interventions cardiaques précises pratiquées à l'hôpital pour traiter les patients victimes d'une crise cardiaque.

Méthodes

L'étude a été fondée sur le registre de la Métis Nation of Ontario, qui représentait 18 % de la population totale des Métis de l'Ontario (au printemps 2005). Les données du registre ont été couplées à celles d'une base de données administratives sur les soins de santé hébergée à l'IRSS. Le nombre de cas de maladies cardiovasculaires a été estimé à l'aide des enregistrements des visites aux cabinets de médecin, aux services d'urgence et à l'hôpital du Régime d'assurance-santé de l'Ontario ainsi que du Système national d'information sur les soins ambulatoires et de la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS.

La prévalence des syndromes coronariens aigus (qui comprennent les crises cardiaques et l'angine instable) a été calculée pour les Métis et la population générale âgée de 20 ans ou plus dans trois exercices financiers (2006-2007 à 2008-2009). La population générale comprend tous les autres citoyens de l'Ontario, y compris les Métis non inscrits au registre.

Résultats

L'étude a révélé que la prévalence de syndromes coronariens aigus était presque deux fois plus élevée parmi les Métis que dans la population ontarienne générale (taux normalisés selon l'âge et le sexe de 1,9 et 1,1 par 100 habitants, respectivement). Malgré le taux élevé de syndromes coronariens aigus chez les Métis, aucune différence n'a été relevée entre les Métis et les autres Ontariens quant aux taux de réadmission ou de mortalité en lien avec un syndrome coronarien aigu.

Différences entre les études

Les méthodologies employées par le MCHP et l'IRSS constituent deux exemples provinciaux d'analyses sur la santé cardiaque chez les Métis. Les études mènent toutes deux à la conclusion que le fardeau des maladies cardiaques est accru chez les Métis, mais les données ne sont pas directement comparables en raison de différences de méthodologie et de portée. Les différences touchent notamment les points suivants :

- La méthode d'identification des Métis : dans les deux études, le registre provincial des Métis a été utilisé, mais dans le rapport manitobain, on a également inclus les proches des membres du registre ainsi que les personnes s'étant identifiées comme Métis dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et l'Enquête nationale sur la santé de la population. Pour obtenir un complément d'information sur le registre des Métis, visitez le www.metisnation.ca.
- Groupe d'âge : les résultats présentés pour le Manitoba touchent la population âgée de 40 ans ou plus, tandis que ceux de l'Ontario touchent les personnes âgées de 20 ans ou plus.
- Période visée par l'étude : l'étude du Manitoba repose sur les données de cinq exercices financiers (2002-2003 à 2006-2007), contre trois pour l'étude ontarienne (2006-2007 à 2008-2009).
- Maladies cardiaques visées : les résultats du Manitoba portent sur l'IAM seulement, tandis que ceux de l'Ontario incluent tous les syndromes coronariens aigus (IAM et angine instable).

Compte tenu de ces différences, les résultats des deux études provinciales ne devraient être comparés ni entre eux, ni aux résultats présentés dans les chapitres précédents, lesquels ont été obtenus au moyen d'approches fondées sur les régions géographiques et de diverses méthodes de sélection des cas.

Analyse

On dispose de peu d'information sur la santé des Métis au Canada[48]. Les résultats présentés dans ce chapitre révèlent que le fardeau des maladies cardiaques est accru chez les Métis, selon les données recueillies à l'échelle provinciale, et mettent en relief la nécessité de recueillir davantage de données et de mener d'autres recherches et analyses sur l'incidence et le traitement des crises cardiaques chez les Métis au Canada.

Une récente analyse documentaire a permis d'évaluer l'étendue des recherches sur la santé des Métis publiées jusqu'à maintenant[49]. Ayant pour objectif d'orienter les travaux à venir, l'étude a révélé un certain nombre de lacunes, dont un manque général d'études portant directement sur les Métis et, tout particulièrement, une insuffisance des données sur la santé des populations métisses[46]. Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone a rapporté de nombreux obstacles qui entravent la réalisation de recherches sur la santé et le bien-être des Métis, dont plusieurs relèvent de la disponibilité de l'information sur les populations métisses. Certains constituent des obstacles concrets à la collecte de données, comme la difficulté d'explorer des enjeux complexes en profondeur dans le cadre d'enquêtes portant sur un large éventail de sujets. Par ailleurs, les quelques registres existants ne recensent pas nécessairement tous les Métis et s'appuient parfois sur l'autodéclaration de l'origine ethnique, qui peut changer avec le temps. De plus, sur le plan de l'analyse des données, l'échantillon peut être trop restreint pour permettre le fractionnement par région ou par groupe autochtone. Par conséquent, même lorsque l'information est disponible pour l'ensemble de la population autochtone, il se peut que les données ne soient pas représentatives d'une région ou d'une population particulière, comme les Métis.

Diverses stratégies pourraient remédier à cette situation. Comme l'illustrent les études réalisées au Manitoba et en Ontario, il existe des moyens novateurs d'accroître la quantité de données et de recherches sur les Métis à partir des ressources actuelles. Les méthodologies adoptées par le MCHP et l'IRSS pour évaluer l'état de santé et l'utilisation des services de santé chez les Métis de leur province respective pourraient être appliquées à l'analyse des populations métisses dans d'autres provinces canadiennes. En répétant ces analyses dans chaque province, nous pourrions mieux comprendre les caractéristiques de l'utilisation des services de santé chez les Métis, ainsi que les disparités d'utilisation qui sont associées à des facteurs de risque connus recensés dans la documentation sur la santé.

Chapitre 4
Interventions visant à soutenir les Autochtones — de la prévention au traitement

Principales constatations

- Les analyses présentées aux chapitres précédents révèlent des disparités dans les milieux de soins de courte durée en ce qui concerne les populations des Premières Nations, inuites et métisses. Le présent chapitre décrit les mesures que peuvent instaurer les régions, les établissements et les collectivités pour surmonter ces difficultés.
- La plupart des interventions ne renvoient pas uniquement aux patients victimes d'une crise cardiaque. Certains exemples présentés sont en fait des pratiques prometteuses tirées de la prestation de soins aux personnes atteintes d'affections chroniques en général.
- Les relations entre les patients, les dispensateurs et leur collectivité sont au cœur de bon nombre de ces mesures. Il importe donc d'établir des relations qui permettent de surmonter les barrières géographiques et culturelles dans le cadre de la prestation des services de soins de santé.

Introduction

L'efficacité des traitements et de la prévention repose sur diverses approches. Le présent chapitre examine des interventions qui intègrent différentes stratégies. À partir des résultats de l'analyse des données, principalement axée sur les traitements et les résultats des soins hospitaliers pour les patients victimes d'une crise cardiaque, le présent chapitre passe en revue la recherche qui porte sur les interventions visant à améliorer les cheminements cliniques des Autochtones qui ont recours au système de santé. Fondé sur l'examen de ces interventions, le présent chapitre proposera des moyens de surmonter certains des obstacles auxquels sont confrontés les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis en matière de soins, puis donnera un aperçu de la portée élargie du système de soins aux personnes atteintes d'affections chroniques. Des quelque 70 exemples de politiques et de programmes à l'intention des populations autochtones relevés dans le cadre d'une recherche de documentation, les options décrites ci-dessous illustrent diverses possibilités en matière de prévention et de traitement des problèmes de santé cardiovasculaire (voir les annexes E et F pour obtenir des précisions sur la méthodologie et les interventions).

Établir un lien entre les données et les politiques

Dans les chapitres précédents, le présent rapport a relevé des disparités concernant l'expérience des soins hospitaliers des patients membres des Premières Nations, inuits et métis pour ce qui est de l'accès aux soins en cas de crise cardiaque. Même si la situation de chaque groupe lui est propre, les populations des Premières Nations, inuites et métisses sont aux prises avec des problèmes semblables en matière d'accès aux soins. Les comptes rendus provenant de régions sanitaires et d'établissements de soins de partout au Canada évoquent des solutions prometteuses en ce qui concerne la prestation de soins aux patients membres des Premières Nations, inuits et métis. Les dispensateurs de soins, les patients et les collectivités peuvent établir des relations dans le but de résoudre les obstacles géographiques et culturels qui entravent l'accès aux soins. Les quelques exemples cités plus loin illustrent comment on peut modifier les pratiques en vue de soutenir les Autochtones, de la prévention au traitement.

Dans bien des cas, les patients des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et d'Inuits doivent parcourir de longues distances pour accéder à des soins hospitaliers en cas de crise cardiaque (voir les chapitres 1 et 2). Plusieurs initiatives contournent ce problème en adoptant des solutions novatrices pour pallier l'éloignement. Par exemple, la télésanté permet d'assurer une gamme de services, y compris des services médicaux ou diagnostiques, de fournir de la formation aux professionnels de la santé et de sensibiliser les patients[50]. En offrant des services à des collectivités qui ne disposent probablement pas de centres de traitement à l'échelle locale, la télésanté améliore l'accès aux soins[50] et réduit le nombre de patients devant se déplacer pour obtenir de tels services[50]. Des solutions novatrices peuvent également être mises en œuvre à plus petite échelle. Citons le recours à des centres de services mobiles, comme l'autobus des soins de santé primaires de Saskatoon (Primary Health Bus)[51] et la clinique mobile de télémédecine sur le diabète des Premières Nations en Colombie-Britannique (First Nations Mobile Diabetes Telemedicine Clinic)[52], de même que l'utilisation d'un système robotisé pour accéder à des soins spécialisés, comme le projet de Rosie le robot au Labrador[40, 41].

Un milieu de soins et de guérison culturellement approprié contribue à améliorer l'expérience des patients membres des Premières Nations, inuits et métis. Les données sur les hospitalisations utilisées dans le présent rapport n'incluent pas l'information sur les déterminants sous-jacents de la santé des Autochtones. Toutefois, ces facteurs peuvent faire obstacle à la prestation en temps opportun de soins de santé adéquats et culturellement appropriés[7]. L'établissement de relations solides entre les collectivités, les familles et les patients peut orienter les diverses stratégies visant à améliorer la pertinence des soins. D'ailleurs, plusieurs initiatives s'efforcent de sensibiliser les dispensateurs aux questions culturelles et d'améliorer leurs compétences culturelles. Ainsi, le Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout, situé dans le nord-ouest de l'Ontario, appuie l'intégration des familles aux soins, en permettant notamment les visites vidéo aux patients hospitalisés loin de leur collectivité[53], et donne une place à la médecine traditionnelle autochtone dans la mesure du possible[54].

La distance, tant géographique que culturelle, soulève parfois des problèmes d'accès aux soins. De nombreuses pratiques prometteuses, notamment celles indiquées ci-dessus, permettent d'offrir des services de santé en prenant en compte et en surmontant les obstacles aux soins auxquels les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis sont confrontés. Les soins offerts aux patients atteints d'affections chroniques comme les maladies cardiaques émanent d'un système de soutien et de services qui, en plus du dispensateur et du client, réunit une foule d'intervenants et diverses stratégies d'intervention. Dans le présent chapitre, les interventions sont classifiées selon les champs d'action du modèle étendu de soins pour malades chroniques, qui intègre les stratégies d'intervention pour la prévention et le traitement des maladies chroniques dans l'ensemble du système de santé[55].

Ce modèle est l'un des nombreux cadres de prise en charge des maladies qui permettent d'analyser les diverses composantes du système de santé. Même s'il ne vise pas uniquement la santé des populations autochtones ou les maladies cardiaques, ce modèle de prise en charge des maladies chroniques peut s'avérer pertinent aux fins d'analyse des résultats pour la santé de la population. Semblable aux modèles holistiques de soins de santé, le modèle étendu de soins pour malades chroniques rend compte de l'importance de la collectivité. Celle-ci y joue à la fois les rôles d'intervenant et de milieu d'intervention (voir l'annexe E).

Aperçu de la méthodologie

Dans le présent rapport, la recherche et la synthèse de la documentation sur les interventions ont été axées sur les services qui, en matière de maladies chroniques, visent à soutenir les patients autochtones ayant recours au système de santé. Peu d'études portent sur les interventions liées aux crises cardiaques. L'examen des interventions a donc élargi sa portée à la santé cardiovasculaire et aux travaux sur les maladies chroniques en général. Plus vaste, cette approche s'appuie sur le chevauchement important des facteurs de risque des maladies cardiaques et d'autres maladies chroniques, et sur le fait que bon nombre des comorbidités examinées chez les patients victimes d'une crise cardiaque vivant dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et d'Inuits correspondent à ces autres maladies chroniques (voir les chapitres 1 et 2). L'intégration des interventions en soins aux patients atteints de maladies chroniques laisse donc supposer que les connaissances portant sur la prestation de soins appropriés malgré la présence d'obstacles, notamment l'éloignement des services et le manque de soins culturellement adaptés, peuvent également s'étendre aux soins aux patients présentant des maladies cardiaques.

Les interventions peuvent s'entendre par un éventail de stratégies ayant pour but de modifier l'environnement physique et social[56], telles que les mesures législatives et stratégiques, ainsi que les programmes à plus petite échelle et les initiatives à l'échelle locale. Étant donné que les politiques et les lois touchant la santé des Autochtones ont récemment fait l'objet d'un examen approfondi[57], la présente étude a plutôt porté sur des initiatives menées à l'échelle locale afin de cerner les approches efficaces et prometteuses au chapitre de la structuration et de la prestation des services de santé visant à soutenir les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans la prise en charge des maladies chroniques. Elle a permis de relever des exemples de pratiques dans les publications et les sites Web. Pour être prises en compte dans la synthèse, les interventions devaient toutefois intégrer ou viser les populations autochtones et avoir été mises en œuvre au Canada, en Australie ou aux États-Unis. Même si l'examen s'est concentré sur les interventions évaluées, l'efficacité et les résultats de nombreuses pratiques restent à évaluer.

L'information compilée dans le cadre de cette synthèse provient de recherches documentaires et de l'analyse de sites Web. En raison de la méthodologie utilisée et de l'étendue de l'information recueillie, aucune conclusion ne s'impose à l'égard de la contribution des diverses approches ou des sommes investies par les provinces et territoires. De plus, il n'est pas possible d'établir des modalités d'investissement universelles en matière d'intervention puisque la situation et les priorités de chaque collectivité lui sont propres.

Pour obtenir des précisions sur les méthodes utilisées dans le cadre de l'examen des interventions, consulter l'annexe E.

Résultats

Conception du système de prestation de soins et réorientation des services de santé

Des recherches ont révélé que les problèmes d'interaction entre le patient et le dispensateur peuvent avoir une incidence considérable sur l'expérience et la qualité des soins des patients autochtones[58]. La restructuration des systèmes de prestation des soins incite les professionnels de la santé à tenir compte de l'influence des déterminants non liés aux soins de santé et à prendre des mesures à cet égard[59]. Il est possible d'améliorer l'expérience des patients autochtones en réorientant les services de santé afin de les adapter culturellement.

La réorientation du système peut nécessiter l'adaptation des ressources humaines qui participent à la prestation des services (voir l'encadré Interventions non évaluées : travailleurs de la santé, ci-dessous). Des services de liaison et de coordination, comme ceux offerts par l'Autorité sanitaire Northern, en Colombie-Britannique, peuvent aider les patients à accéder aux services[34] et améliorer leur expérience. En tenant compte des besoins de la personne et en les défendant, le service de liaison peut améliorer la qualité de vie du patient. Une autre approche consiste à fournir les services d'un interprète. Agrément Canada a désigné les services d'interprétation linguistique dispensés par l'Office régional de la santé de Winnipeg à titre de pratique exemplaire[60]. Les données probantes tirées de telles pratiques font état de moyens prometteurs pour améliorer la compétence culturelle des professionnels paramédicaux qui prodiguent des soins aux populations autochtones. Ainsi, en Australie, un programme de gestion des médicaments à l'intention des pharmaciens contribue non seulement à donner à ces derniers le sentiment d'être mieux préparés à traiter les problèmes de santé des Autochtones, mais aussi à renforcer les relations entre les pharmaciens et leurs collègues travailleurs de la santé autochtones[61].

Interventions non évaluées : travailleurs de la santé

La présente synthèse traite principalement des initiatives qui ont fait l'objet d'une évaluation, afin de brosser le portrait de ce que l'on connaît des programmes de santé cardiovasculaire. Or, les interventions non évaluées fournissent également des renseignements utiles concernant les activités en cours de réalisation. Par exemple, plusieurs régions ont mis en place des initiatives visant à améliorer la diversité ou la représentation des travailleurs de la santé. Parmi celles-ci, citons les offices régionaux de la santé de Winnipeg, de l'Assiniboine et de Burntwood, au Manitoba, qui ont élaboré des stratégies de perfectionnement de la main-d'œuvre à des fins de recrutement et de maintien en poste de travailleurs autochtones. Ces initiatives visent à renforcer les compétences et les capacités culturelles de l'office régional de la santé[66] en créant un milieu de travail qui favorise le respect des différentes cultures[67] et en améliorant la communication avec la collectivité des patients[68]. Aucune évaluation n'a été relevée, mais ces initiatives vont dans le même sens que d'autres pratiques prometteuses qui réorientent les services de santé en vue de soutenir les patients autochtones.

La réorientation des services de santé comprend aussi une dimension de rapprochement des services. En effet, certaines initiatives visent aussi à favoriser la prestation de services au sein des collectivités autochtones vivant dans des régions rurales ou éloignées et dans des réserves. Par exemple, le Programme de services de santé non assurés de Santé Canada pour les Premières Nations et les Inuits offre des services de transport pour permettre l'accès à des services médicalement nécessaires dispensés dans un lieu autre que celui de résidence[62] et le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire renforce la capacité des collectivités à instaurer et à prodiguer des soins à l'échelle locale[63]. De tels programmes peuvent répondre aux besoins particuliers des collectivités inuites et des Premières Nations[62], renforcer leur capacité à gérer et à fournir des services et faire en sorte que les patients reçoivent leur congé de l'hôpital plus rapidement ou demeurent plus longtemps au sein de la collectivité avant d'être transférés à un centre de soins de longue durée[63].

Mesures appuyant l'autogestion et le perfectionnement des compétences personnelles

La prévalence des facteurs de risque associés aux maladies cardiaques affiche une croissance au sein de certaines populations autochtones[64]. Par conséquent, pour améliorer l'état de santé de la population, il convient peut-être de mieux faire connaître la nature et les symptômes de la maladie, ainsi que les traitements et les mécanismes de soutien offerts. Diverses initiatives ont pour objectif de renforcer les capacités à l'échelle individuelle et communautaire en vue d'une prise en charge des problèmes de santé et de l'adoption de comportements préventifs sains. Ce type de soins favorise la prise en charge de la santé et la maîtrise de l'environnement par la personne, en l'aidant notamment à faire face à des affections déterminées et à assurer son bien-être[59]. En plus de la sensibilisation des patients, les mécanismes de soutien comprennent le recours à des outils, ainsi que le renforcement de la confiance et des compétences en matière d'autogestion[65]. Comme dans toute approche, les outils seront probablement plus efficaces s'ils sont utilisés en combinaison avec d'autres méthodes. Par ailleurs, l'instauration de mesures à l'égard de déterminants tels que l'éducation, le revenu et le soutien social, qui entravent parfois la participation, peut appuyer l'autogestion et l'acquisition de compétences personnelles[59].

Les activités de promotion de la santé ciblant les populations des Premières Nations, inuites et métisses peuvent intégrer le même type de compétences que celles visant les autres populations, notamment l'adoption de comportements sains et une moindre exposition aux risques. Dans bien des cas, il faut moduler les messages en fonction de la culture des patients des Premières Nations, inuits et métis. Toutefois, pour répondre aux besoins de chaque groupe en matière de santé et de problèmes de santé, il convient également d'offrir ce type de services dans les régions aux ressources souvent insuffisantes. L'une des innovations relevées dans le cadre de l'examen consiste à perfectionner les ressources humaines en santé aux fins de prestation de services dans les collectivités rurales et éloignées, par exemple en recrutant du personnel au sein de la collectivité[69] ou en formant les dispensateurs déjà en exercice[25, 70].

Les programmes de dépistage permettent en outre à chaque patient d'en savoir davantage sur son état de santé et sur le principe d'autogestion. En plus d'expliquer le profil de risque personnalisé, de fournir des directives de soins et d'offrir des options de traitement et d'examen supplémentaires[25, 52, 71], certaines initiatives à l'intention des patients autochtones veillent à l'acheminement des résultats aux dispensateurs de soins primaires[25, 52] ou au perfectionnement des dispensateurs de la région en matière de dépistage et de soins[25, 72]. Ces initiatives semblent améliorer l'état de santé[25, 71, 72], permettre aux patients de mieux connaître les mécanismes de prise en charge des maladies chroniques et les facteurs de risque[25, 71, 72] et entraîner un coût moyen par client inférieur à celui occasionné par le déplacement de patients pour l'obtention de services de spécialistes[52].

Mesures appuyant la prise de décisions des professionnels de la santé

Les activités d'aide à la décision orientent le choix des traitements et des soins[59]. Par exemple, les lignes directrices cliniques indiquent les pratiques exemplaires à adopter pour le traitement des crises cardiaques au sein de la population en général. Les analyses qui figurent dans le présent rapport font état de l'utilisation de quelques-unes de ces pratiques exemplaires, notamment l'administration en temps opportun de traitements tels que les ICP et les PAC (voir le chapitre 1). Le système de santé englobe également des activités de dépistage et les autres rôles liés à la prise en charge de la maladie que doivent assumer les dispensateurs de soins de santé primaire qui prodiguent des soins aux populations autochtones.

L'examen récent des lignes directrices en matière de dépistage et de traitement du diabète chez les patients autochtones n'a dégagé qu'un seul ensemble de recommandations. Ces recommandations sont fondées sur des données dont la valeur probante varie; elles sont principalement axées sur des activités ciblant les enfants des Premières Nations[73]. Certaines traitent des changements devant être apportés aux milieux scolaires et communautaires, quoique les lignes directrices soulignent également le rôle des dispensateurs de soins au chapitre du dépistage chez les enfants qui présentent les facteurs de risque associés au diabète.

Les lignes directrices visant le traitement des maladies cardiovasculaires mettent également l'accent sur le rôle des professionnels de la santé en matière de dépistage précoce. Les lignes directrices harmonisées relatives aux soins cardiovasculaires prodigués dans l'ensemble de la population comprennent une stratégie de dépistage des maladies cardiovasculaires et des facteurs de risque qui y sont associés.

Établissement de systèmes d'information plus complets

Les données sur les résultats pour la santé peuvent faire l'objet d'une utilisation clinique à des fins d'évaluation et de suivi des soins. L'information sur les besoins d'une collectivité peut également orienter la planification des traitements et de la prévention à l'échelle de la population. Ce type de données permet aux dispensateurs et aux planificateurs de mieux comprendre les besoins et le contexte de la population et par conséquent, d'étendre la visée des soins au-delà du système de santé[59].

Les bases de données sur les soins cliniques peuvent améliorer la prestation des services. Dans le cadre d'études sur la coordination des soins menées en Australie, une base de données en ligne a intégré les lignes directrices cliniques visant le dépistage à des fins de prise en charge des maladies et la prise de rendez-vous à des fins de gestion des dossiers[69, 74]. Parallèlement, les responsabilités touchant la planification et l'achat de services ont été confiées à des conseils de la santé récemment créés à l'échelle locale[69]. Les études ont révélé une hausse dans la prestation de certains services[69, 74], l'établissement d'un plus grand nombre de nouveaux diagnostics[75], l'enregistrement d'un plus grand nombre de services[69] et un plus grand respect des lignes directrices de dépistage de la part des dispensateurs[75]. Ces résultats montrent que les études, qui facilitaient l'utilisation de l'information sur les pratiques exemplaires dans les milieux cliniques, ont entraîné une meilleure coordination des soins.

En plus d'orienter la prise de décisions au sujet des soins à prodiguer à chaque patient, la collecte périodique de données peut servir à la planification des soins à l'échelle de la population. Les analyses qui figurent dans le présent rapport illustrent la volonté d'examiner les traitements et les soins en cas de crise cardiaque chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Toutefois, la faible disponibilité de données réduit la portée, l'exhaustivité et la généralisabilité des analyses à l'ensemble des populations des Premières Nations, inuites et métisses. Il serait possible de démontrer plus précisément la mesure dans laquelle les résultats pour la santé et l'accès aux services de santé varient au sein de ces populations si d'autres renseignements permettant de mieux cerner les inégalités et de trouver des moyens pour combler ces lacunes étaient recueillis.

À cet égard, la collecte et l'analyse des données concernant les Métis du Manitoba font état d'un système d'information établi à l'échelle de la population. Ce projet de recherche et de collecte de données concertées[44] a nécessité l'établissement d'un lien entre l'entrepôt de données de recherche sur la santé de la population et la liste des membres de la Fédération des Métis du Manitoba. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le chapitre 3.

Renforcement de l'action communautaire

Dans le cadre de la promotion du bien-être des populations autochtones, le processus de collecte des renseignements sur les interventions efficaces peut faire appel à la participation de ces mêmes populations à des fins, par exemple, de conseil ou de responsabilité[76]. Ce faisant, on intensifie l'action communautaire en renforçant les capacités de la collectivité à prévenir et à gérer les maladies ou à améliorer la santé, à établir des priorités, à déterminer et à surmonter les obstacles et à assurer la participation du public[59]. Les initiatives améliorant les compétences et la sécurité sur le plan culturel se caractérisent par un engagement de la collectivité qui s'illustre notamment par la participation des personnes qui reçoivent les soins, des familles et des collectivités à la conception des services[77, 78].

Dans plusieurs cas, des structures ont été établies à l'échelle régionale et locale afin d'intensifier la collaboration, d'échanger sur les pratiques prometteuses et de favoriser les discussions sur les connaissances et les expériences en matière de santé des Autochtones. L'une de ces initiatives a évalué la perception des participants à l'égard des changements apportés au mécanisme de décision à l'échelle de la région sanitaire. L'Autorité sanitaire Northern, en Colombie-Britannique, a recours à des comités permanents appelés comités d'amélioration de la santé des Autochtones pour résoudre les questions relatives à la santé et renforcer les relations entre les dispensateurs de services de santé et les collectivités des Premières Nations, au lieu de mener des consultations temporaires sur des questions ou des projets distincts[79]. De l'avis des participants, les comités ont permis de mieux faire connaître les questions relatives à la santé des Autochtones à l'échelle locale, d'améliorer les compétences culturelles des participants non autochtones et d'améliorer la communication entre les membres[79].

La mise en place de structures de gouvernance peut favoriser l'adoption d'une telle approche de collaboration. Les voies de financement qui obligent ou incitent la collectivité à participer à l'établissement des priorités ou des objectifs peuvent améliorer l'accès aux soins[80] et semblent également entraîner une amélioration de la santé. Les évaluations révèlent une baisse au chapitre des facteurs de risque associés aux maladies chroniques comme l'obésité, l'usage du tabac et l'hypertension dans les collectivités qui reçoivent un financement à des fins de gouvernance et de prestation de services à l'échelle locale. Ces mêmes occasions de financement peuvent modifier le mode de participation continu des collectivités et l'étendre au-delà des exigences associées au financement, notamment par la création de structures de consultation communautaire[76] ou d'établissement de partenariats de gouvernance[81]. Citons en exemple l'initiative Tui'kn à laquelle participent cinq collectivités des Premières Nations situées sur l'île du Cap-Breton. Cette initiative, qui portait initialement sur la prestation collaborative de services, intègre maintenant une gouvernance partagée de la prestation des soins de santé primaires[81].

Autres facteurs favorisant les traitements et la prévention

L'efficacité des traitements et de la prévention repose sur un éventail d'approches. La présente synthèse porte sur des exemples tirés de cinq stratégies différentes. Bien que mis en place et utilisés dans des collectivités différentes à l'aide de méthodes variées, les programmes et les services partagent des thèmes communs. Les auteurs ont en effet relevé dans les exemples des facteurs ayant une incidence favorable et d'autres ayant une incidence défavorable sur la prestation des services. Ces facteurs ne sont pas seuls à déterminer la réussite ou l'échec, mais ils influent sur la manière dont les interventions sont réalisées. Certains se retrouvent dans de nombreux types d'intervention sans égard à la population visée puisqu'ils ne sont pas nécessairement propres aux soins prodigués aux patients atteints d'affections chroniques au sein des populations des Premières Nations, inuites et métisses. La présente synthèse se doit néanmoins de souligner ces facteurs puisqu'ils demeurent des éléments de réflexion pertinents pour la planification et la mise en œuvre des interventions au sein des collectivités autochtones et avec leur collaboration.

De nombreuses études d'évaluation font part des éléments de contexte avec lesquels les organismes ou les établissements doivent travailler en vue de concevoir et de mettre en place les programmes. Les facteurs les plus fréquemment cités concernent l'apport adéquat en ressources. Or, dans le cadre des programmes, les ressources humaines compétentes et motivées sont considérées comme des atouts précieux[63, 69, 75]. Toutefois, de nombreux programmes peinent à maintenir un niveau de dotation en personnel suffisant pour assurer la prestation des services prévus[50, 63, 69, 74, 80, 82]. Dans d'autres cas, les problèmes résident dans le manque de données ou dans l'incapacité à effectuer un suivi de l'état de santé ou à évaluer la performance du programme[75, 76, 80]. Plusieurs études révèlent par ailleurs que les ressources requises dans le cadre d'initiatives reposant sur de l'équipement spécialisé englobent le soutien technique et administratif[83], en plus de l'équipement en question[50]. Certaines font également état des difficultés à fonctionner en vertu des échéances serrées et du financement limité qui définissent le contexte politique[75].

Les occasions d'établir des partenariats et de travailler en collaboration favorisent la réussite. Celles-ci peuvent englober l'établissement d'un lien avec d'autres programmes en vue d'atteindre la population ciblée[84] et les projets structurés d'échange d'information entre les groupes de dispensateurs et avec les collectivités afin de connaître les pratiques prometteuses[63, 76]. D'autres études indiquent par ailleurs que la collaboration formelle avec les universités participe à la prestation et à l'évaluation de soins efficaces[25, 54].

La participation de la collectivité tient également lieu de facteur. Des études ont révélé que le manque de soutien communautaire ou que le non-consentement du patient pouvait en effet soulever des problèmes[25, 63, 72]. Dans certains cas, ceux-ci sont liés aux variations dans la capacité du personnel à gérer les interactions avec la collectivité[76]. En plus de décrire les difficultés de mise en œuvre des programmes, plusieurs études ont par ailleurs relevé divers obstacles à la participation. Les différences culturelles, sur le plan notamment de la langue et des valeurs, ainsi que la distance géographique peuvent gêner l'accès complet aux programmes, même à ceux qui sont efficaces[25, 80]. De plus, certaines études indiquent que les interventions sont réalisées dans des contextes où les populations sont aux prises avec des difficultés supplémentaires en matière de santé. L'accès limité à des ressources telles que des aliments adéquats[72, 85] et à une infrastructure favorisant les modes de vie actifs figurent parmi les obstacles observés[85].

La participation de la collectivité ainsi que le contrôle qu'elle exerce, le cas échéant, peuvent contribuer à la réussite et prendre diverses formes[50, 70, 80]. Selon certaines études, la planification à l'échelle de la collectivité[85], la prestation de services et l'orientation à l'échelle locale[70], de même que la souplesse en matière de gouvernance des projets[86] facilitent l'exécution des programmes. La sensibilisation[87] et, peut-être plus important encore, l'acceptation et la responsabilisation[25, 72] de la collectivité ont en outre une incidence considérable sur la réussite.

Analyse

Les interventions menées dans les milieux de soins jouent un rôle de premier plan dans l'amélioration de la santé cardiovasculaire chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Comme le démontre le modèle étendu de soins pour malades chroniques, les soins offerts aux personnes atteintes d'affections chroniques comprennent également les initiatives menées hors du milieu hospitalier, qui peuvent influer sur l'expérience et l'accès aux soins des patients autochtones. En restructurant les systèmes de prestation de soins, on peut faire en sorte d'offrir les services et le soutien qui permettront de surmonter les obstacles culturels et géographiques. Des stratégies novatrices semblables peuvent également servir aux activités de promotion de la santé favorisant le dépistage précoce et l'autogestion. Les praticiens et les gestionnaires de système décident des soins à prodiguer aux patients et aux populations. Or, ces décisions peuvent être étayées par de solides systèmes d'information et par la rétroaction des personnes qui reçoivent les soins.

De nombreuses approches reposent sur les relations entre les patients, les dispensateurs et leur collectivité. Certaines approches en matière de soins, comme la conception du système de prestation des soins et la réorientation des services de santé, renvoient directement à la nature des interactions entre les praticiens et les patients, mais en définitive, toutes les approches ont une incidence sur les expériences de soins des patients. Une intervention ayant pour but de changer les relations entre les collectivités et les dispensateurs pourrait être mise en place. Ce changement pourrait en effet permettre de modifier des déterminants structurels tels que la gouvernance. Les interactions et relations fructueuses qui assurent la sécurité sur le plan culturel et qui répondent aux affections présentées sauront étayer toutes les interventions, que l'approche adoptée soit clinique ou fondée sur la collectivité.

Ce principe exige toutefois des dispensateurs qu'ils modifient leur façon de voir la culture comme un déterminant de la santé. La culture est parfois liée à des marqueurs visibles de différence, comme la race, l'origine ethnique, les pratiques et les traditions, bien que sa portée s'étende au-delà de ces marqueurs. Ces difficultés servent parfois à expliquer les disparités. Or, les déterminants sous-jacents de l'état de santé peuvent également être liés à des contextes sociopolitiques qui échappent au contrôle de la personne et de la collectivité[53, 88]. Les interventions décrites dans le présent document constituent des stratégies de premier plan pour aider le système de santé à répondre à la situation, notamment au chapitre des soins primaires, de la prévention des maladies et des activités de promotion de la santé adaptées aux besoins de la population. Toutefois, étant donné que de nombreux déterminants de la santé ne relèvent pas du système de santé, une réponse globale passera par une action intersectorielle visant à résoudre les problèmes fondamentaux de disparité sur le plan de la santé.

La présente étude a examiné les diverses mesures que peut instaurer le système de santé pour répondre aux besoins en matière de soins des patients des Premières Nations, inuits et métis victimes d'une crise cardiaque. L'augmentation de l'accessibilité des soins exige la prise en compte des déterminants de la santé des Autochtones et la mise en place de diverses stratégies. Les pratiques prometteuses fournissent des occasions d'améliorer l'accès aux services de santé, mais d'autres éléments, comme le revenu, le soutien social, l'hébergement et la sécurité alimentaire, dépassent la portée de la présente étude. L'analyse de ces facteurs, qui sont connus pour influer sur la santé, de leurs interactions et des parcours menant aux iniquités en santé qu'ils entraînent constitue une piste de recherche supplémentaire à envisager.

Ressources supplémentaires

Les analyses de l'ISPC étudient les caractéristiques de la santé parmi les groupes de population, de même que leurs variations, en vue de favoriser une meilleure compréhension des facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités. De plus, nous recherchons et résumons des données probantes sur les réalisations à l'échelle des politiques et des programmes, en vue de contribuer à l'élaboration de politiques favorisant la réduction des inégalités et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens.

La version papier du présent rapport ne propose qu'une partie de ce que vous pouvez trouver sur notre site Web. Nous vous invitons à le consulter au www.icis.ca/ispc pour obtenir de plus amples renseignements ainsi que la liste complète des rapports et des autres produits de l'ISPC à votre disposition.

Besoin d'exemplaires supplémentaires?

Le rapport *Soins hospitaliers en cas de crise cardiaque chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis* est publié dans les deux langues officielles sur le site Web de l'ICIS au www.icis.ca/ispc.

Institut canadien d'information sur la santé
Bureau des commandes
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120

Faites-nous part de vos commentaires!

Tous les commentaires et les suggestions sur le présent rapport ou sur des pistes d'amélioration susceptibles de rendre les futurs rapports plus utiles et informatifs sont les bienvenus. Nous aimerions également que vous nous fassiez part de votre utilisation de ce rapport. Nous vous prions donc de nous transmettre vos commentaires et vos témoignages par courriel à ispc@icis.ca.

Annexe A : Données et méthodes

Sources des données

L'évaluation de l'information démographique, géographique et administrative sur la santé concernant les populations définies en fonction de leur région de résidence s'appuie sur diverses sources de données. Voici les principales sources de données utilisées dans le présent rapport.

Base de données sur les congés des patients, ICIS

La Base de données sur les congés des patients (BDCP) recueille des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties des hôpitaux (y compris les décès, les départs volontaires et les transferts) au Canada. Ces données sont transmises directement à l'ICIS par les hôpitaux participants de l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception du Québec. Dans le cadre du présent rapport, la BDCP a servi à relever les cas d'hospitalisation pour un IAM, en se fondant sur le diagnostic principal qui représente le diagnostic responsable de la plus grande portion de la durée du séjour du patient à l'hôpital. (Pour obtenir des précisions sur les codes de diagnostic et d'intervention et sur les critères d'inclusion et d'exclusion, voir la section Sélection des codes à la page 65). Seuls les cas de soins de courte durée ont été pris en compte dans le présent rapport; les admissions pour soins de longue durée, réadaptation et soins psychiatriques ont été exclues. Compte tenu du petit nombre d'événements d'IAM dans les régions à fort pourcentage d'Autochtones, les données des exercices 2004-2005 à 2010-2011 ont été totalisées. Les données du Québec ont été exclues, car les codes postaux à six caractères nécessaires pour déterminer le lieu de résidence d'un patient n'étaient pas disponibles aux fins de l'analyse.

Système national d'information sur les soins ambulatoires, ICIS

Le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) comprend des données sur les soins d'urgence et les soins ambulatoires en milieu hospitalier et communautaire (p. ex. la chirurgie d'un jour et les cliniques de consultation externe). Le SNISA recueille des données démographiques, administratives, cliniques et propres aux services. Cette base de données a permis de relever les interventions pratiquées dans les unités de chirurgie d'un jour ou les laboratoires de cathétérisme chez les patients ayant reçu un diagnostic d'IAM.

Fichier sur les géozones autochtones basé sur les données de Recensement de 2006, Statistique Canada

Statistique Canada a élaboré ce fichier à partir des données du Recensement de 2006 afin de calculer le pourcentage de la population qui se déclare Autochtone pour chaque aire de diffusion (AD), ou pour la subdivision de recensement (SDR) s'il manquait des données à l'échelle de l'aire de diffusion. À noter que le Recensement de 2006 compte 22 réserves et établissements indiens partiellement dénombrés. Dans le Fichier sur les géozones autochtones, le pourcentage d'Autochtones a été déterminé à partir de l'information recueillie à l'échelle des SDR pour les AD aux données incomplètes[89].

Le terme « Autochtone » désigne les répondants qui ont indiqué être Améridiens, Inuits, Métis et d'origine autochtone autre ou indiqué avoir des origines autochtones multiples dans le Recensement de 2006. Tout au long de la présente étude, le terme « Premières Nations » a servi à désigner les personnes qui ont déclaré être des « Amérindiens ».

Le Fichier sur les géozones autochtones indique les AD où le pourcentage de la population autochtone équivaut à 33 % et plus. Ceci est conforme à d'autres recherches sur les hospitalisations, dans le cadre desquelles on a utilisé la proportion de résidents autochtones pour classifier les régions géographiques[19, 20, 90, 91]. Les régions classifiées comme étant à fort pourcentage d'Autochtones se sont également vu attribuer une identité régionale prédominante (Premières Nations, Inuits ou Métis). Les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations ou à fort pourcentage d'Inuits ont été définies comme des régions situées dans une province ou un territoire autre que le Québec, dans lesquelles au moins 33 % des répondants au Recensement de 2006 ont indiqué être des Autochtones, s'identifiant principalement comme des Amérindiens (c.-à-d. membres des Premières Nations) ou comme des Inuits.

Le Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+)[89] de Statistique Canada et le fichier sur les géozones autochtones ont permis de classifier les patients hospitalisés en raison d'un IAM à titre de résidents de régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations, à fort pourcentage d'Inuits ou à faible pourcentage d'Autochtones. Les enregistrements présentant un code postal incomplet, manquant ou invalide (13 %) n'ont pas été pris en compte dans l'analyse.

La Classification des secteurs statistiques de Statistique Canada a permis de catégoriser les AD à titre de régions urbaines, rurales ou éloignées. Les **régions urbaines** sont des collectivités composées de plus de 10 000 personnes et qui ont été désignées comme des régions métropolitaines de recensement (RMR) ou des agglomérations de recensements (AR) par Statistique Canada. Les régions situées à l'extérieur des régions urbaines et à l'extérieur des territoires sont divisées en quatre catégories, soit les zones d'influence métropolitaine (ZIM) forte, modérée, faible ou nulle, selon la proportion des résidents qui fait la navette pour aller travailler dans un noyau urbain. Les régions dans les territoires situées à l'extérieur des RMR et des AR sont classifiées comme des régions n'ayant aucune ZIM. Dans le cadre du présent rapport, les ZIM fortes et modérées ont été classifiées à titre de **régions rurales** et les ZIM faibles et nulles, à titre de **régions éloignées**.

Méthodes statistiques

Normalisation selon l'âge

Les taux d'événements en milieu hospitalier ont été normalisés selon l'âge par 100 000 personnes au moyen d'une méthode de normalisation directe. Les comparaisons des taux d'événements entre les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et à faible pourcentage d'Autochtones ont été normalisées en fonction des personnes qui ont indiqué être membres des Premières Nations dans le Recensement de 2006. Les comparaisons des taux d'événements entre les régions à fort pourcentage d'Inuits et les régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones ont été normalisées en fonction des personnes qui ont indiqué être Inuits dans le Recensement de 2006.

On entend par taux normalisé selon l'âge une moyenne pondérée des taux par groupe d'âge, où les pondérations correspondent aux proportions d'une population type dans les groupes d'âge correspondants. Un taux normalisé selon l'âge correspond à ce que serait le taux brut dans la population étudiée si cette population se répartissait entre les groupes d'âge dans les mêmes proportions que la population type. En comparant des taux normalisés selon l'âge calculés à l'aide de la même population type, cette méthode évite la confusion que créerait une répartition par groupes d'âge atypique. Compte tenu du profil d'âge peu élevé de la population autochtone et du fait que les taux de maladies chroniques et d'hospitalisation augmentent avec l'âge, il était nécessaire de normaliser les résultats pour supprimer l'incidence de ces différences.

Aux fins de comparaison des taux de comorbidités et de recours aux interventions cardiaques au sein des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et à faible pourcentage d'Autochtones, les pourcentages ont été normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population de patients victimes d'un IAM qui habitent des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations à l'aide de la méthode directe. De manière semblable, la répartition selon l'âge de la population de patients victimes d'un IAM qui habitent des régions à fort pourcentage d'Inuits a servi à normaliser les taux de comorbidités et d'interventions associés aux patients des régions à fort pourcentage d'Inuits.

Ajustement en fonction des risques

Un modèle de régression logistique multiple a servi à ajuster les taux d'ICP et les taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours en fonction des risques, selon un éventail de facteurs pouvant influer sur les décisions relatives au traitement et sur le nombre de décès à l'hôpital. Les modèles d'interventions ont été ajustés en fonction des risques selon l'âge, le sexe et la présence d'au moins une comorbidité, notamment un choc, une insuffisance cardiaque, un œdème pulmonaire, la dysrythmie cardiaque, le diabète sucré, une maladie rénale, un cancer, une maladie pulmonaire obstructive chronique, l'hypertension, une maladie vasculaire périphérique, une maladie cérébrovasculaire et un IAM, au cours de l'année précédente. Les taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours ajustés en fonction des risques ont également été ajustés selon l'âge, le sexe et les comorbidités indiquées, à l'exception du diabète qui a été remplacé par le diabète avec complications.

Aux fins d'analyse de l'incidence du lieu de résidence sur les taux d'ICP ajustés en fonction des risques, des modèles de régression logistique distincts ont été créés pour les régions rurales ou éloignées et les régions urbaines.

Comparaison statistique des taux

Le présent rapport a évalué s'il existait des différences significatives sur le plan statistique entre les taux associés aux populations habitant dans des régions à fort pourcentage d'Autochtones et ceux associés aux populations habitant dans des régions à faible pourcentage d'Autochtones. On a estimé les résultats de comparaison par paire des taux associés aux régions à fort et à faible pourcentage d'Autochtones en calculant la différence des taux et leurs intervalles de confiance de 95 % selon la distribution de Bernoulli afin d'évaluer les différences significatives sur le plan statistique. Si cet intervalle de confiance ne comprenait pas la valeur 0, nous avons conclu que la différence entre les deux taux était statistiquement significative à un niveau de confiance de 95 %. Sinon, nous ne pouvions tirer de conclusion sur l'écart statistiquement significatif.

Ratio des taux

On entend par ratio des taux la mesure **relative** de l'inégalité. On calcule celui-ci en divisant le taux associé aux régions affichant une proportion plus élevée d'Autochtones par le taux associé aux régions affichant une moindre proportion d'Autochtones. Dans l'annexe C, cette mesure a servi à déterminer l'ampleur de l'écart entre les deux groupes.

Écart des taux

On entend par écart des taux la mesure **absolue** de l'inégalité. On calcule celui-ci en soustrayant le taux associé aux régions affichant une proportion plus élevée d'Autochtones du taux associé aux régions affichant une moindre proportion d'Autochtones. Dans l'annexe C, cette mesure a servi à déterminer l'ampleur de l'écart entre les deux groupes.

Sélection des codes

Les codes de la CIM-10-CA et de la CCI ci-dessous ont été utilisés dans le cadre du présent rapport :

Codes de maladie de la CIM-10-CA

- Infarctus aigu du myocarde : I21, I22
- Choc (surtout cardiogénique et hypovolémique) : R57
- Insuffisance cardiaque : I50
- Œdème pulmonaire : J81
- Dysrythmie cardiaque : I47 à I49
- Diabète sucré : E10.0 à E10.9, E11.0 à E11.9, E13.0 à E13.9, E14.0 à E14.9
- Diabète avec complications : E10.0 à E10.7, E11.0 à E11.7, E13.0 à E13.7, E14.0 à E14.7
- Maladie rénale : N17 à N19, R34, I12, I13
- Cancer : C00 à C26, C30 à C44, C45 à C97, Z510, Z511
- Maladie pulmonaire obstructive chronique : J41 à J44, J47
- Hypertension : I11, I10.0, I10.1
- Maladie vasculaire périphérique : I70, I73.9
- Maladie cérébrovasculaire : I60 à I67, I69, G45.0 à G45.2, G45.4, G45.8, G45.9

Codes d'intervention de la CCI

- Angiographie coronaire : 3.IP.10.VX
- Intervention coronarienne percutanée : 1.IJ.50, 1.IJ.57.GQ, 1.IJ.54.GQ-AZ
- Greffe, pontage aortocoronarien : 1.IJ.76

Annexe B : Facteurs de risque des maladies cardiaques

Tableau B1 : Comparaison des facteurs de risque des maladies coronariennes, au Canada

Population	Données	Maladie cardiaque	Obésité**	Hypertension	Diabète	Tabagisme (quotidien)	Inactivité physique***
Premières Nations (hors réserve)	Taux/ prévalence*	7,5 %†	28,4 %††	17,9 %†	8,7 %††, ‡‡	34,8 %††	51,8 %††
	IC de 95 %	—	25,1-31,7	—	7,0-10,4	31,1-38,5	48,0-55,5
	Âge visé	20 ans ou plus	18 ans ou plus	20 ans ou plus	12 ans ou plus	18 ans ou plus	20 ans ou plus
	Source	EAPA	ESCC	EAPA	ESCC	ESCC	ESCC
	Année	2006	2009-2010	2006	2009-2010	2009-2010	2009-2010
Premières Nations (réserve)	Taux/ prévalence*	5,7 %‡	40,2 %††	21,8 %‡	15,3 %††, ‡‡	43,2 %‡	62,5 %‡
	IC de 95 %	—	38,5-42,0	20,6-23,0	14,2-16,4	41,6-44,8	—
	Âge visé	18 ans ou plus	18 ans ou plus	18 ans ou plus	18 ans ou plus	18 ans ou plus	18 ans ou plus
	Source	ERS	ERS	ERS	ERS	ERS	ERS
	Année	2008-2010	2008-2010	2008-2010	2008-2010	2008-2010	2008-2010
Métis	Taux/ prévalence*	7,8 %†	24,9 %††	17,9 %†	5,8 %††, ‡‡	34,6 %††	46,7 %††
	IC de 95 %	—	21,2-28,6	—	4,4-7,3	31,1-38,0	42,8-50,6
	Âge visé	20 ans ou plus	18 ans ou plus	20 ans ou plus	12 ans ou plus	18 ans ou plus	20 ans ou plus
	Source	EAPA	ESCC	EAPA	ESCC	ESCC	ESCC
	Année	2006	2009-2010	2006	2009-2010	2009-2010	2009-2010
Inuits	Taux/ prévalence*	5,9 %†	33,0 %††	14,5 %†	4,0 %††	44,4 %††	59,6 %††
	IC de 95 %	—	23,3-42,8	—	3,3-5,6	36,4-52,4	50,5-68,6
	Âge visé	20 ans ou plus	18 ans ou plus	20 ans ou plus	15 ans ou plus	18 ans ou plus	20 ans ou plus
	Source	EAPA	ESCC	EAPA	EAPA	ESCC	ESCC
	Année	2006	2009-2010	2006	2006	2009-2010	2009-2010
Canada†††	Taux/ prévalence*	4,8%§	18,1%††	19,2%§	6,2%§§	15,6%§§	47,7%§§
	IC de 95 %	—	—	—	6,0-6,4	15,3-15,9	47,2-48,2
	Âge visé	12+	18+	20+	12+	12+	12+
	Source	ESCC	ESCC	ESCC	ESCC	ESCC	ESCC
	Année	2007	2009-2010	2007	2009-2010	2009-2010	2009-2010

(remarques sur la page suivante)

Remarques

* Renvoie à la prévalence brute ou au taux brut de maladies chroniques autodéclarées (déclarées à titre de maladies diagnostiquées par un professionnel de la santé) ou de facteurs de risque autodéclarés.

† Source : Statistique Canada. *La santé des adultes chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits et les Métis au Canada : l'incidence du statut socioéconomique sur les inégalités en matière de santé*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2010.

‡ Source : Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *Rapport national de l'Enquête sur la santé des Premières Nations 2008-2010*. Akwesasne, ON : CGIPN; 2012.

§ Source : Agence de la santé publique du Canada. *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*. Ottawa, ON : ASPC; 2009.

** Selon les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé et de Santé Canada, les personnes âgées de 18 ans ou plus et ayant un indice de masse corporelle (IMC) de plus de 30 kg/m^2 sont considérées comme obèses. Dans l'ESCC, l'IMC est calculé à l'égard de l'ensemble de la population, à l'exception des femmes enceintes ainsi que des personnes mesurant moins de 0,914 m (3 pieds) ou plus de 2,108 mètres (6 pieds, 11 pouces).

†† Source : Agence de la santé publique du Canada. *Le diabète au Canada : perspective de santé publique sur les faits et chiffres*. Ottawa, ON : ASPC; 2011.

‡‡ À l'exclusion des données sur le diabète gestationnel.

§§ Source : Statistique Canada. Tableau 105-0502 — Profil d'indicateurs de la santé, estimations pour une période de deux ans, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2011) et groupes de régions homologues, occasionnel. Base de données CANSIM. http://www.statcan.gc.ca.

*** Les personnes dont la somme des dépenses énergétiques quotidiennes moyennes pour les activités physiques pratiquées durant les loisirs équivaut à moins de 1,5 kcal/kg/jour sont considérées comme étant inactives.

††† Canada renvoie à l'ensemble du Canada.

— Données non disponibles.

IC : intervalle de confiance.

EAPA : Enquête auprès des peuples autochtones.

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

ERS : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations.

Annexe C : Tableaux de données

Tableau C1 : Taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation associés aux résidents de régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et à faible pourcentage d'Autochtones, adultes âgés de 20 ans ou plus, au Canada à l'exclusion du Québec, 2004-2005 à 2010-2011

	Régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations			Régions à faible pourcentage d'Autochtones				
	Nombre d'événements d'IAM	Taux par 100 000 personnes	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre d'événements d'IAM	Taux par 100 000 personnes	Intervalle de confiance de 95 %	**Écart des taux**	**Ratio des taux**
Global								
Brut	6 560	347	338-355	347 128	280	279-281	67	1,2
Normalisé selon l'âge*	6 560	277	270-284	—	157	157-158	120	1,8
Sexe*								
Hommes	4 306	376	365-387	219 159	229	228-230	147	1,6
Femmes	2 254	177	169-184	127 969	91	90-91	86	1,9
Groupe d'âge								
20-34 ans	57	9	7-11	1 832	6	6-6	3	1,5
35-44 ans	380	89	80-98	12 736	50	49-51	39	1,8
45-54 ans	1 217	332	313-350	45 490	177	175-178	155	1,9
55-64 ans	1 636	686	653-719	68 106	363	361-366	323	1,9
65-74 ans	1 551	1 143	1 086-1 200	73 536	626	621-630	517	1,8
75 ans ou plus	1 719	1 971	1 878-2 064	145 428	1 359	1 352-1 366	612	1,5

Remarques

* Les taux ont été normalisés selon l'âge des personnes qui se sont identifiées comme membres des Premières Nations lors du Recensement de 2006.

— Sans objet.

Les résultats excluent le Québec en raison de différences dans la collecte des données.

Sources

Base de données sur les congés des patients, 2004-2005 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Recensement, 2006, Statistique Canada.

Tableau C2 : Taux d'interventions chez les patients ayant subi un IAM dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et à faible pourcentage d'Autochtones, adultes âgés de 20 ans ou plus, au Canada à l'exclusion du Québec, 2004-2005 à 2010-2011

	Régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations			Régions à faible pourcentage d'Autochtones			Écart des taux	Ratio des taux
	Nombre d'interventions	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre d'interventions	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		
Angiographie coronaire								
Global								
Brut	3 352	51	49-53	178 137	51	51-52	0	1,0
Normalisé selon l'âge*	—	51	50-52	—	58	58-58	-7	0,9
Sexe*								
Hommes	2 393	54	52-55	125 504	60	60-60	-6	0,9
Femmes	959	46	44-48	52 633	55	54-55	-9	0,8
Groupe d'âge								
20-44 ans	310	71	63-79	11 047	76	75-77	-5	0,9
45-54 ans	782	64	60-69	34 390	76	75-77	-12	0,8
55-64 ans	968	59	56-63	48 123	71	70-71	-12	0,8
65-74 ans	791	51	48-55	42 906	58	58-59	-7	0,9
75 ans ou plus	501	29	27-32	41 671	29	28-29	0	1,0
Revascularisation (ICP et PAC combinés)								
Global								
Brut	2 593	40	38-41	141 837	41	41-41	-1	1,0
Normalisé selon l'âge*	—	40	39-41	—	47	47-47	-7	0,9
Sexe*								
Hommes	1 945	44	42-45	104 191	50	50-50	-6	0,9
Femmes	648	31	29-33	37 646	39	39-39	-8	0,8
Groupe d'âge								
20-44 ans	227	52	45-59	8 360	58	56-59	-6	0,9
45-54 ans	623	51	47-55	28 541	63	62-64	-12	0,8
55-64 ans	759	46	43-50	40 182	59	59-60	-13	0,8
65-74 ans	615	40	37-43	34 080	46	46-47	-6	0,9
75 ans ou plus	369	21	19-24	30 674	21	21-21	0	1,0

Tableau C2 : Taux d'interventions chez les patients ayant subi un IAM dans les régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations et à faible pourcentage d'Autochtones, adultes âgés de 20 ans ou plus, au Canada à l'exclusion du Québec, 2004-2005 à 2010-2011 (suite)

	Régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations			Régions à faible pourcentage d'Autochtones			Écart des taux	Ratio des taux
	Nombre d'interventions	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre d'interventions	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		
Intervention coronarienne percutanée								
Global								
Brut	2 012	31	29-32	114 374	33	33-33	-2	0,9
Normalisé selon l'âge*	—	31	30-32	—	38	38-38	-7	0,8
Sexe*								
Hommes	1 488	33	32-35	82 978	40	40-40	-7	0,8
Femmes	524	25	23-27	31 396	33	33-33	-8	0,8
Groupe d'âge								
20-44 ans	204	47	40-53	7 664	53	52-54	-6	0,9
45-54 ans	501	41	38-45	24 974	55	54-56	-14	0,7
55-64 ans	580	35	33-38	32 377	48	47-48	-13	0,7
65-74 ans	437	28	26-31	25 417	35	34-35	-7	0,8
75 ans ou plus	290	17	15-19	23 942	16	16-17	1	1,1
Greffe, pontage aortocoronarien								
Global								
Brut	612	9	9-10	29 136	8	8-9	1	1,1
Normalisé selon l'âge*	—	9	9-10	—	9	9-9	0	1,0
Sexe*								
Hommes	480	11	10-12	22 513	11	11-11	0	1,0
Femmes	132	6	5-7	6 623	6	6-7	0	1,0
Groupe d'âge								
20-44 ans	24	5	3-8	779	5	5-6	0	1,0
45-54 ans	126	10	9-12	3 850	8	8-9	2	1,3
55-64 ans	191	12	10-13	8 322	12	12-13	0	1,0
65-74 ans	190	12	11-14	9 159	12	12-13	0	1,0
75 ans ou plus	81	5	4-6	7 026	5	5-5	0	1,0

Remarques

* Les résultats ont été normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population de patients victimes d'un IAM qui habitent des régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations.

— Sans objet.

Les résultats excluent le Québec en raison de différences dans la collecte des données.

Sources

Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2004-2005 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, 2004-2005 à 2009-2010, Santé et Mieux-être Alberta; Recensement, 2006, Statistique Canada.

Tableau C3 : Taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation associés aux résidents de régions à fort pourcentage d'Inuits et de régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones, adultes âgés de 20 ans ou plus, au Canada à l'exclusion du Québec, 2004-2005 à 2010-2011

	Régions à fort pourcentage d'Inuits			Régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones			Écart des taux	Ratio des taux
	Nombre d'événements d'IAM	Taux par 100 000 personnes	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre d'événements d'IAM	Taux par 100 000 personnes	Intervalle de confiance de 95 %		
Global								
Brut	205	125	108-142	33 293	376	372-380	-251	0,5
Normalisé selon l'âge*	—	122	105-138	—	189	187-192	-67	0,6
Sexe*								
Hommes	157	178	150-206	21 409	275	270-279	-97	0,6
Femmes	48	61	43-78	11 884	106	103-108	-45	0,6
Groupe d'âge								
20-54 ans	72	53	41-65	5 307	99	96-101	-46	0,5
55-74 ans	101	412	331-492	14 173	558	549-567	-146	0,7
75 ans ou plus	32	1 027	671-1 383	13 813	1 462	1 437-1 486	-435	0,7

Remarques

* Les taux ont été normalisés selon l'âge des personnes qui se sont identifiées comme Inuits lors du Recensement de 2006.

— Sans objet.

Les résultats excluent le Québec en raison de différences dans la collecte des données.

Sources

Base de données sur les congés des patients, 2004-2005 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Recensement, 2006, Statistique Canada.

Tableau C4 : Taux d'interventions chez les patients ayant subi un IAM dans les régions à fort pourcentage d'Inuits et les régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones, adultes âgés de 20 ans ou plus, au Canada à l'exclusion du Québec, 2004-2005 à 2010-2011

	Régions à fort pourcentage d'Inuits			Régions éloignées à faible pourcentage d'Autochtones			Écart des taux	Ratio des taux
	Nombre d'interventions	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre d'interventions	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		
Angiographie coronaire								
Global								
Brut	111	54	44-64	15 283	46	45-47	8	1,2
Normalisé selon l'âge*	—	54	47-61	—	57	44-64	-3	0,9
Revascularisation (ICP et PAC combinés)								
Global								
Brut	87	42	34-51	11 778	36	35-36	6	1,2
Normalisé selon l'âge*	—	42	36-49	—	44	44-45	-2	1,0
Intervention coronarienne percutanée								
Global								
Brut	69	34	26-42	9 326	28	28-29	6	1,2
Normalisé selon l'âge*	—	34	27-40	—	36	36-37	-2	0,9
Greffe, pontage aortocoronarien								
Global								
Brut	19	9	5-13	2 555	8	7-8	1	1,1
Normalisé selon l'âge*	—	9	5-13	—	9	8-9	0	1,0

Remarques

* Les résultats sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population de patients victimes d'un IAM qui habitent des régions à fort pourcentage d'Inuits d'après trois groupes d'âge : 20 à 54 ans, 55 à 74 ans et 75 ans ou plus.

— Sans objet.

Les résultats excluent le Québec en raison de différences dans la collecte des données.

Sources

Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2004-2005 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, 2004-2005 à 2009-2010, Santé et Mieux-être Alberta; Recensement, 2006, Statistique Canada.

Annexe D : Méthode des géozones

Tableau D1 : Sommaire de la concentration et de la couverture d'après le seuil de 33 %, 2006

	Auto-identification des populations (nombre)				Total* (nombre)	Concentration (%)
	Premières Nations	Métis	Inuits	Non-Autochtones		
Type de région						
Principalement composée de membres des Premières Nations	311 900	17 025	685	81 065	**415 980**	75,0
Principalement composée de Métis	10 935	29 250	805	35 900	**77 975**	37,5
Principalement composée d'Inuits	1 030	780	40 190	8 385	**50 540**	79,5
À faible pourcentage d'Autochtones	325 520	329 455	8 340	29 749 265	**30 453 155**	97,7
Total	**649 385**	**376 510**	**50 020**	**29 874 615**	**30 997 650**	
Pourcentage de la couverture de la population calculé à l'aide de la méthodologie des géozones (%)	48,0	7,8	80,4	99,6		

Remarques

* Comprend les personnes qui ont indiqué avoir des « identités autochtones multiples » ou « réponses autochtones non comprises ailleurs ».

Les résultats sont fondés sur les réponses aux questions concernant l'identité autochtone recueillies dans le cadre du Recensement de 2006. Données échantillons (20 %).

Un seuil de 33 % a servi à déterminer les régions à « fort pourcentage d'Autochtones ».

On entend par concentration le pourcentage des résidents de la région qui ont déclaré la même identité (p. ex. membres des Premières Nations) que celle attribuée à la région.

On entend par couverture, le pourcentage de la population qui réside dans le même type de région que son identité autodéclarée (p. ex. le pourcentage de Métis qui vit dans des régions principalement composées de Métis), comme défini dans la présente étude.

Sources

Recensement, 2006, et Fichier sur les géozones autochtones basé sur les données de Recensement de 2006, Statistique Canada.

Tableau D2 : Répartition par géozones des aires de diffusion dans l'ensemble du Canada, selon la classification à titre de régions à fort pourcentage et à faible pourcentage d'Autochtones, 2006

	Nombre total d'AD	Régions à faible pourcentage d'Autochtones		Régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations		Régions à fort pourcentage d'Inuits		Régions à fort pourcentage de Métis		Régions non classifiées	
	Nombre	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Canada	54 626	51 994	95,2	2 066	3,8	99	0,2	189	0,3	278	0,5
C.-B.	7 471	6 826	91,4	630	8,4	—	—	3	0,0	12	0,2
Alb.	5 357	5 114	91,4	178	3,3	—	—	33	0,6	32	0,6
Sask.	2 431	1 878	77,3	414	17,0	—	—	62	2,6	77	3,2
Man.	2 152	1 853	86,1	232	10,8	—	—	62	2,9	5	0,2
Ont.	19 177	18 859	98,3	300	1,6	—	—	7	0,0	11	0,1
Qc	13 408	13 125	97,9	137	1,0	40	0,3	3	0,0	103	0,8
N.-B.	1 439	1 385	96,2	51	3,5	—	—	—	—	3	0,2
N.-É.	1 633	1 592	97,5	41	2,5	—	—	—	—	—	—
Î.-P.-É.	292	287	98,3	5	1,7	—	—	—	—	—	—
T.-N.-L.	1 062	1 001	94,3	13	1,2	11	1,0	13	1,2	24	2,3
Yn	78	48	61,5	27	34,6	—	—	—	—	3	3,8
T.N.-O.	84	26	31,0	38	45,2	12	14,3	6	7,1	2	2,4
Nun.	42	—	—	—	—	36	85,7	—	—	6	14,3

Remarques

AD : aire de diffusion.

— Sans objet.

Un seuil de 33 % a servi à définir les régions à « fort pourcentage d'Autochtones »; ces régions ont ensuite été classifiées à titre de régions à fort pourcentage de membres des Premières Nations, à fort pourcentage d'Inuits et à fort pourcentage de Métis, selon le principal groupe autochtone les composant.

Sources

Recensement, 2006, Fichier sur les pourcentages des populations autochtones basé sur le Recensement de 2006 et Supplément contenant des estimations de la population, Statistique Canada.

Annexe E : Méthodes utilisées dans le cadre de l'examen des interventions

Les résultats de l'examen des interventions sont fondés sur une analyse de la documentation universitaire et parallèle.

Les interventions pertinentes ont été relevées à l'aide d'un protocole de recherche fondé sur des mots-clés provenant de quatre domaines :

1. principaux thèmes de la santé cardiovasculaire, notamment *heart*, *acute myocardial infarction*, *stroke* et *heart disease*
2. termes liés au domaine de l'intervention, notamment *program*, *policy*, *initiative* et *intervention*
3. termes liés au contexte de prestation des services de santé, notamment *hospital*, *nursing station*, *long-term care facility* et *community*
4. termes liés à la population cible, notamment *First Nation(s)*, *Inuit*, *Métis* et *Aboriginal*

Les recherches dans les revues évaluées par les pairs ont été réalisées dans les moteurs Medline, Econlit et PsycINFO. De plus, des recherches ont également été entreprises sur le site Web The Cochrane Collaboration (Cochrane Reviews), healthevidence.ca et le Portail canadien des pratiques exemplaires afin de promouvoir la santé et de prévenir les maladies chroniques.

Les recherches ont été limitées aux ressources publiées en anglais après 2004. Une recherche dans les titres et les résumés d'articles a aussi été menée. L'examen des titres d'articles avait pour objectif de repérer les programmes ou les interventions visant à améliorer les résultats pour la santé liés aux maladies cardiovasculaires chez les peuples autochtones vivant au Canada. Une fois les titres examinés, on a procédé à un examen des résumés pour affiner l'échantillon en privilégiant les articles récents portant sur des interventions évaluées. Toutes les interventions englobent ou ciblent les peuples autochtones vivant au Canada ou dans des pays comparables (soit l'Australie et les États-Unis, dans le présent examen).

La recherche avait pour but de relever les programmes et les politiques établis à l'échelle locale ou régionale à des fins de prévention ou de traitement des maladies chroniques. En se concentrant sur ces échelons, elle a cherché à consolider les résultats d'une autre étude menée récemment : un examen approfondi des politiques et des lois touchant la santé des Autochtones. La recherche a par ailleurs révélé que jusqu'à maintenant, la plupart des politiques et des lois touchant les Autochtones, les Premières Nations, les Inuits et les Métis instaurées au Canada sont axées sur l'attribution des responsabilités dans le cadre de modalités de compétence complexes au lieu de traiter de l'élaboration ou de la direction d'initiatives favorisant la prestation de services. À peine quelques-unes de ces politiques et lois sont liées à la santé. Certaines politiques ont toutefois permis d'introduire des modalités novatrices en matière d'autonomie gouvernementale, notamment la délégation des activités d'administration des services de santé[57] et l'intensification de la réduction des disparités. En outre, la plupart des politiques font l'objet d'une mise en application à l'échelle régionale ou provinciale, et non à l'échelle nationale. Les résultats forment donc un ensemble disparate de lois et révèlent un manque de clarté quant aux intervenants visés par les différentes dispositions.

Interventions évaluées

Dans le cadre de la présente synthèse, plus de 70 interventions ont été examinées en profondeur. On avait évalué environ 30 d'entre elles afin d'en déterminer l'efficacité (voir le tableau des interventions qui figure à l'annexe F). La présente synthèse porte sur les exemples de pratiques qui démontrent une certaine efficacité. Pour être complet, le tableau des interventions doit également tenir compte des pratiques prometteuses non évaluées. Celles-ci comprennent un large éventail d'activités mises en place dans les régions et les établissements qui s'efforcent de résoudre les difficultés auxquelles les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis sont confrontés dans les milieux de soins. Bien que les interventions évaluées forment l'échantillon principal, des programmes et des services non évalués ont également été pris en compte s'ils incluaient des activités novatrices et prometteuses.

Les études d'évaluation ont présenté diverses mesures de résultats (p. ex. un changement dans les perceptions du patient, les facteurs de risque, les comportements liés à la santé et les résultats pour la santé), tandis que d'autres ont révélé un certain changement dans la pratique ou le degré de préparation des dispensateurs. Ces résultats dénotent des retombées dans plusieurs domaines, dont celui de la santé physique, qui peuvent influer sur l'expérience du patient ou la capacité de la collectivité à soutenir la prestation de soins aux patients.

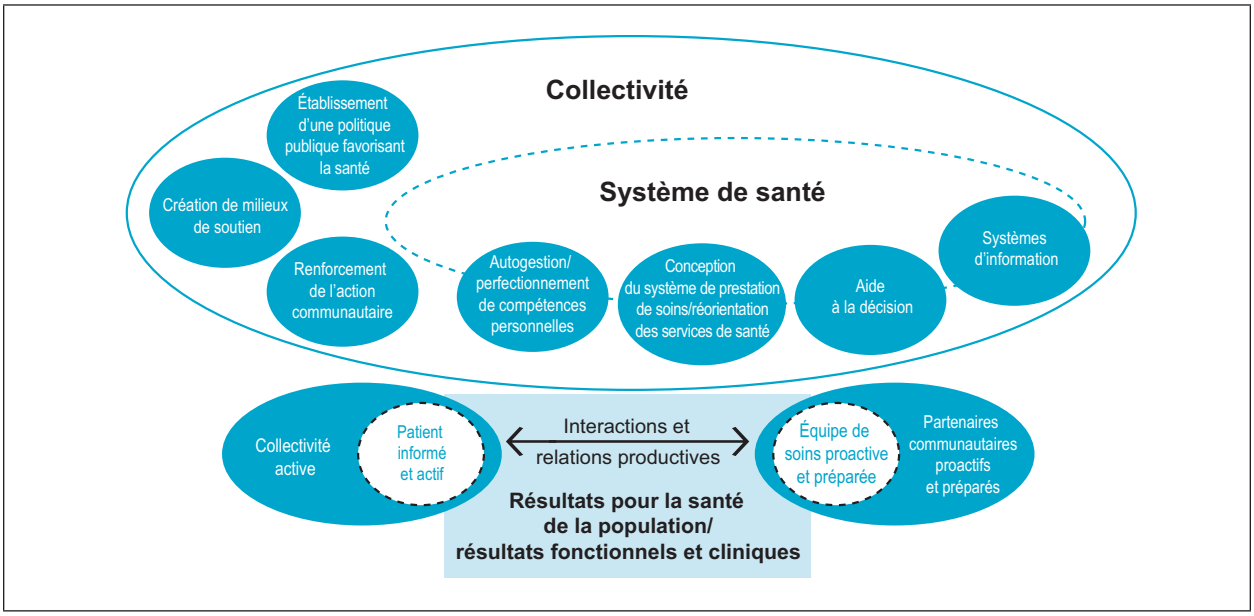
Modèle étendu de soins pour malades chroniques

En vertu du Modèle étendu de soins pour malades chroniques, l'amélioration des résultats pour la santé à l'échelle de la population et de la personne repose sur les interactions et les relations entre les patients et les équipes de santé. Point important, il suppose que les patients et les dispensateurs sont des participants « informés et actifs » et « préparés et proactifs », et qu'ils font partie intégrante de leur collectivité. Il indique également que les deux parties interagissent dans le cadre d'échanges « productifs » (figure E1).

Dans la partie supérieure du Modèle de soins pour malades chroniques figurent deux grands ovales; elles indiquent que le système de santé fait partie de la collectivité. Les quatre premières approches du modèle chevauchent la frontière entre le système de santé et la collectivité. Disposées de la sorte, ces stratégies intègrent des activités issues des milieux de prestation de soins et de la collectivité. Le « renforcement de l'action communautaire », ainsi que les approches visant l'« établissement d'une politique publique favorisant la santé » et la « création de milieux de soutien » figurent dans le contexte de la collectivité, mais à l'extérieur du système de santé. Les stratégies visant à améliorer la santé comprennent l'instauration de mesures qui dépassent le cadre des services cliniques aux fins de résolution des facteurs sociaux, environnementaux et culturels qui influent sur la santé.

Les approches telles que l'établissement d'une politique publique favorisant la santé et la création de milieux de soutien contribuent grandement à améliorer la santé de la population et à réduire l'incidence des facteurs de risque et des déterminants sociaux de la santé comme les conditions de vie et de travail, le logement et l'éducation. Or, le présent rapport n'avait pas pour objectif d'étudier les interventions de ce type; il ne les a donc pas prises en compte dans l'examen et la synthèse. Plusieurs organismes ont toutefois cherché à mieux comprendre ces approches et à recommander d'éventuelles mesures à prendre[92, 93].

Figure E1 : Modèle étendu de soins pour malades chroniques — intégrer la promotion de la santé de la population



Sources

Adapté avec la permission de Barr V, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D. The Expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hosp Q.* 2002;7(1):77.

Adaptation de Glasgow R, Orleans C, Wagner E, Curry S, Solberg L. Does the Chronic Care Model also serve as a template for improving prevention? *Milbank Q.* 2001;79(4) et l'Organisation mondiale de la Santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.* Genève, Suisse : OMS; 1986.

Annexe F : Examen des interventions

	Programme	Description	Participation des populations ciblées	Résultats/constatations
Aide à la décision	Études sur la coordination des soins (Australie)[69, 74]	• Élaboration et diffusion de lignes directrices cliniques concernant les mesures de prise en charge et d'intervention relatives au diabète, notamment le dépistage, ainsi que la sensibilisation et la surveillance en matière de santé • Mise en place de systèmes d'information électroniques pour la prise de rendez-vous • Les cliniciens et les gestionnaires discutent des résultats des audits planifiés	• Accroissement des responsabilités des conseils de la santé établis à l'échelle locale et de la participation des comités éthiques en matière d'approbation de recherche • Recours à des travailleurs de la santé autochtones recrutés à l'échelle locale	• Augmentation de l'utilisation de certains services de santé : examens cliniques, examens de laboratoire et vaccination • Enregistrement d'un plus grand nombre de services, permettant ainsi une utilisation dans le cadre de la pratique clinique, ce qui a amélioré la prestation des services • Modification des services fournis dans le cadre du plan de soins afin qu'ils correspondent mieux au modèle de pratiques exemplaires
	Fonds de transition pour la santé des Autochtones (Ontario, Canada)[94]	• Sensibilisation en matière de santé, dépistage, participation, services et travaux de recherche fondés sur l'aspect culturel	• Certaines initiatives visent principalement à intensifier la participation; d'autres offrent une formation ou sollicitent les conseils des collectivités à des fins de responsabilisation ou en tant que sources d'information	• Meilleure connaissance des obstacles à l'adaptation des services • Formation de comités consultatifs : certains poursuivront leurs travaux malgré la fin du financement
	Comités d'amélioration de la santé des Autochtones (Colombie-Britannique, Canada)[79]	• Établissement de sept comités permanents d'amélioration de la santé des Autochtones	• Consultation auprès des dirigeants des collectivités autochtones en ce qui a trait à la formation des comités	• Meilleure connaissance des enjeux en matière de santé autochtone à l'échelle locale • Amélioration des compétences culturelles des participants non autochtones • Amélioration de la communication entre les membres des comités
	RP7 — robot de télépré-sence par vidéoconfé-rence) (Nain, Labrador)[40, 41]	• Des médecins de l'extérieur peuvent aider les infirmières en pratique avancée à dispenser des soins urgents et très urgents, ce qui permet à ces dernières d'évaluer le patient et de poser un diagnostic en temps réel	• Programme réalisé grâce aux partenariats intersectoriels entre la collectivité locale et la région sanitaire provinciale, Santé Canada, l'Université Dalhousie et d'autres organismes	• Amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients résidant dans des régions éloignées • Diminution des déplacements des patients vers les grands centres

	Programme	Description	Participation des populations ciblées	Résultats/constatations
Aide à la décision (suite)	Cadre de bien-être holistique et réseaux du savoir (unité de santé et bien-être de la Fédération des Métis du Manitoba)[95]	• Fondé sur cinq échelons de participation publique, le modèle de mise en application des connaissances veut assurer que les populations métisses profitent pleinement des retombées des recherches portant sur les Métis • Les réseaux du savoir réunissent des dirigeants de l'office régional de la santé affilié et des représentants de la Fédération des Métis du Manitoba à l'échelle régionale afin de combler les besoins locaux en santé et de définir les besoins futurs, lesquels sont orientés par le modèle de mise en application des connaissances	• Intégration des expériences des « consommateurs de soins de santé métis » à l'échelle locale à toutes les activités du réseau du savoir • La collaboration entre les offices régionaux de la santé et la Fédération des Métis du Manitoba est au cœur des activités de mise en application des connaissances de la fédération, lesquelles sont financées par l'Agence de la santé publique du Canada et le gouvernement du Manitoba	• Les thèmes cernés dans le cadre des rencontres du réseau du savoir orientent le plan de consultation utilisé par neuf offices régionaux de la santé aux fins d'adaptation et d'évaluation des services • Les cycles des réseaux du savoir actuels ont orienté la planification des activités de recherche touchant sept régions métisses
	Télé-réadaptation (Ontario, Canada)[83]	• Consultations en réadaptation multidisciplinaire pour les personnes victimes d'AVC aux fins d'évaluation du « bien-être physique, émotionnel et social » • Formulation de recommandations en matière de soins, au besoin	• Établissement ou intensification des partenariats avec les collectivités des Premières Nations, les intervenants de télémédecine et les dispensateurs de soins	• Satisfaction des participants • Initiative considérée comme faisable et acceptable à l'égard des personnes vivant dans des régions n'offrant pas de services sur place • Le service a permis de définir les besoins continus
Systèmes d'information	Acute Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease Register (registre sur la fièvre rhumatismale aiguë et sur le rhumatisme cardiaque) (Australie)[82]	• Un registre automatisé recommande un calendrier à l'égard des interventions cliniques des spécialistes à des fins de prévention secondaire et classifie les patients selon des catégories de priorité	—	• La plupart des noms (93 %) ont été intégrés de manière appropriée • Respect des lignes directrices au chapitre de la prestation des soins et des traitements de suivi
	(aucun nom de programme) (Australie)[75]	• Examen de santé à l'égard des maladies chroniques qui utilise une base de données en ligne à des fins de saisie, de consultation et d'évaluation	—	• Respect accru des lignes directrices en matière de dépistage et de traitement • Amélioration appréciable à court terme des lectures de tension artérielle

	Programme	Description	Participation des populations ciblées	Résultats/constatations
Réorientation des services de santé	LiveWell[MC] with Chronic Conditions pour les Autochtones (programme communautaire de la Stratégie canadienne sur le diabète)[84]	• Des pairs influents ont été formés en vue d'animer des rencontres hebdomadaires en petits groupes portant sur l'autogestion à l'aide d'un manuel qui fait la promotion de l'autonomie en matière de santé	• Le centre d'amitié et le conseil tribal faisaient partie des partenaires clés et les dirigeants autochtones ont mis le programme en œuvre • Les Anciens ont recommandé d'adapter le manuel du programme, en y ajoutant notamment la roue médicinale	• Narrations pour saisir ce que pensent les dirigeants autochtones du programme, notamment de son incidence sur la collectivité
	Programme des services de santé non assurés (Canada)[62]	• Financer les services de santé non assurés par les régimes publics des provinces et territoires ni par les régimes d'assurance privés • Mise en application de critères tels que la nécessité sur le plan médical, l'uniformité à l'échelle nationale et l'accès équitable	—	• Le programme est nécessaire; il comble des lacunes sur le plan des services offerts et donne accès à d'autres services • Les services de transport pour raison médicale répondent aux besoins particuliers des membres des Premières Nations et des Inuits, les dépenses étant engagées à l'égard de clients vivant dans des régions éloignées ou isolées
	Télésanté (Canada)[50]	• Chaque collectivité a sélectionné trois champs d'application de la télésanté parmi les suivants : soins urgents/très urgents, téléréadaptation, télévisites, téléconsultations avec des omnipraticiens/des spécialistes, sensibilisation en matière de prise en charge du diabète, services de santé mentale, formation continue à l'intention du personnel et surveillance du diabète	• Les dispensateurs de la collectivité participent à l'évaluation des besoins au moyen d'entrevues avec les dirigeants ou les Anciens de la collectivité	• Le programme répond aux besoins de la collectivité et satisfait grandement les patients • Amélioration de l'accès aux soins • Le personnel se juge plus compétent • Efficience moindre (les rendez-vous durent plus longtemps et sont plus coûteux) • Évite un transfert dans 30 à 40 % des cas
	Initiative d'intégration de la santé (Canada)[86]	• Intègre des programmes à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits financés à l'échelle fédérale aux systèmes de santé provinciaux et territoriaux • Finance la recherche sur l'intégration du programme et crée un cadre qui orientera l'intégration ultérieure	• Mise en application d'une approche collaborative de partenariat sollicitant la participation des collectivités des Premières Nations et inuites	• La conception du programme a mené à l'élaboration d'un projet viable • Production d'un modèle pouvant facilement servir à d'autres collectivités des Premières Nations et inuites

	Programme	Description	Participation des populations ciblées	Résultats/constatations
Réorientation des services de santé (suite)	Indigenous Cardiac Outreach Program (programme d'extension des services relatifs à la santé cardio-vasculaire des Autochtones) (Australie)[70]	• Des ateliers permettent à des travailleurs de la santé autochtones de recevoir une formation qui leur permettra d'intervenir davantage en matière de dépistage, et une équipe de services de santé cardiovasculaire se rend dans les collectivités afin d'évaluer les patients orientés par ces dernières	• Les travailleurs de la santé autochtones orientent les patients vers la clinique mobile de soins spécialisés	• Les interventions touchent les populations ciblées (80 à 85 % des patients sont d'origine autochtone) et dans 90 % des cas, les efforts déployés ne se chevauchent pas
	Aboriginal Patient Liaison Program (programme de liaison avec les patients autochtones) (Colombie-Britannique, Canada)[34]	• Un agent de liaison dirige les patients autochtones vers les services de santé requis, fournit ou met en place des services d'interprétation linguistique, facilite la communication patient-médecin, offre un soutien social et émotionnel, facilite les visites, collabore avec l'équipe de planification des congés et aide à organiser les déplacements • Les services de liaison établissent un lien avec la collectivité et les Anciens afin de définir les besoins et de recueillir des conseils, de résoudre les problèmes, d'offrir un soutien culturel, de former le personnel de la région sanitaire et de participer au comité d'amélioration de la santé des Autochtones	• Les agents de liaison répondent aux besoins des patients autochtones • Les Anciens et la collectivité ont été consultés	• Amélioration de l'accès • Amélioration de la satisfaction des patients, sentiment d'aise et observance des traitements accrus, meilleur état de santé • Intensification de la collaboration entre les organismes offrant des services de santé • Utilisation plus efficace des ressources • Certaines lacunes ont été comblées en matière de soins aux populations autochtones
	Pharmacist-Led Medicines Education Program for Aboriginal Health Workers (programme de formation sur les médicaments à l'intention des travailleurs de la santé autochtones, dirigé par les pharmaciens) (Australie)[61]	• Des pharmaciens ont formé des travailleurs de la santé autochtones dans le cadre de plusieurs rencontres, afin d'accroître les capacités et de nouer des relations	• Les populations autochtones ont pris part à la conception du matériel éducatif	• Sentiment d'être mieux préparé pour gérer les enjeux de santé autochtones • Intensification du réseautage entre les pharmaciens et les travailleurs de la santé autochtones

	Programme	Description	Participation des populations ciblées	Résultats/constatations
Réorientation des services de santé (suite)	Soins à domicile et en milieu communautaire (Canada)[63]	• Permet l'évaluation des clients, la gestion des cas, l'orientation des patients, la liaison entre les services, la prestation de soins infirmiers, de services de soins personnels et de soins de répit à domicile et l'accès à de l'équipement médical spécialisé, des fournitures et des médicaments	• Les collectivités ou les organismes communautaires soumettent des plans et leur avis est sollicité à l'étape de planification du programme • Initiatives pour accroître les capacités de la collectivité, en vue notamment de former le personnel et d'élargir l'infrastructure	• La plupart des répondants (90 %) jugent que le programme a permis de prévenir ou de retarder considérablement la détérioration de la santé • Emplois offerts à du personnel de l'endroit, documents rédigés dans les langues des Premières Nations • Accroissement des capacités de la collectivité • Autonomie accrue en matière de santé chez les patients
	Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout (Ontario, Canada)[53, 54]	• Programme de guérison, de médecine et d'alimentation traditionnelles et de soutien intégré à presque tous les cheminements cliniques • Programme d'orientation culturelle d'une durée de deux jours à l'intention du personnel de l'hôpital • Visites vidéo	• Traduction des rencontres annuelles et diffusion aux collectivités autochtones nordiques • Les conseils des dirigeants et des Anciens de la collectivité ont été sollicités au cours de l'élaboration du programme • Les activités de gouvernance et de direction intègrent des représentants et des conseillers anishnabe	• Les clients apprécient les services qui tiennent compte de l'aspect culturel • Diminution des plaintes des patients • Meilleure disponibilité des services d'interprétation linguistique, augmentation de l'utilisation moyenne • Le personnel perçoit les services d'interprétation de manière plus favorable • Disponibilité et utilisation accrues des diverses composantes du programme
	Primary Health Bus (autobus des soins de santé primaires) (Saskatoon, Saskatchewan, Canada)[51]	• Centre de santé mobile œuvrant dans certains quartiers du noyau urbain, administrant des traitements, offrant des activités de promotion et de sensibilisation en matière de santé et dispensant des soins de suivi et des services d'orientation	—	• Pratique exemplaire reconnue par Agrément Canada
	Services d'interprétation linguistique (Manitoba, Canada)[60]	• Les interprètes fournissent des services en personne en 32 langues et des services téléphoniques en plus de 170 langues dans des situations d'urgence et de grande urgence	—	• Pratique exemplaire reconnue par Agrément Canada

	Programme	Description	Participation des populations ciblées	Résultats/constatations
Autogestion/perfectionnement des compétences personnelles	Diabetes Management and Care Program (programme de prise en charge et de soins en matière de diabète) (Australie)[72]	• Évaluation des risques cliniques et supervision de la perte de poids à l'aide d'un programme d'activité physique et d'éducation nutritionnelle semi-structuré • Procure des résultats immédiats et des explications • Permet de former les travailleurs de la santé autochtones	• Ententes officielles entre les organismes dirigés par les Autochtones et les collectivités • Les renseignements sur l'état de santé sont communiqués aux collectivités	• Perte de poids et baisse de l'IMC • Amélioration des marqueurs biochimiques • Davantage d'exercice physique
	Adult Health Check (examen de santé chez les adultes) (Australie)[96, 97]	• L'infirmière ou le médecin utilise un formulaire d'examen de santé personnalisé pour effectuer un dépistage et un suivi au moyen d'interventions préventives	• Un groupe d'Anciens à l'échelle locale a été consulté et a appuyé le projet	• Permet de fournir des renseignements sur la santé, de poser des diagnostics et d'administrer des traitements
	Évaluation du risque de diabète et de micro-albuminurie (DREAM 3) (Saska-tchewan, Canada)[87]	• Une infirmière en soins à domicile ou en soins communautaires gère le traitement de l'hypertension • Les participants pouvaient, sur demande, être accompagnés d'une aide de soins à domicile de la réserve, à des fins de soutien linguistique et culturel	• Étude approuvée par Tribal Council Indian Health Services • Les membres de l'équipe de soins sont issus des collectivités autochtones de la région	• Amélioration des valeurs de tension artérielle lors du suivi effectué 24 mois plus tard
	Projet SLICK (Screening for Limb, I-Eye, Cardiovascular and Kidney Complications [dépistage des complications touchant les membres, les yeux, l'appareil car-diovasculaire et les reins]) (Alberta, Canada)[25]	• Laboratoire mobile intégrant du personnel des Premières Nations et d'autres intervenants formés en santé autochtone • À la suite de l'évaluation clinique, les résultats sont acheminés au client et à ses dispensateurs de soins primaires • Formation à l'intention des dispensateurs travaillant à l'échelle locale	• Le personnel du laboratoire est principalement composé de professionnels de la santé autochtones	• Réduction du nombre de visites au service d'urgence • Aucun changement significatif en ce qui concerne l'appréciation subjective de l'état de santé et des services • Acquisition de connaissances • Réduction des coûts de prestation des services par rapport au mode de prestation habituel
	Hearts in Training (programme d'entraînement cardio-vasculaire) (Colombie-Britannique, Canada)[71]	• Programme d'entraînement d'une durée de 13 semaines comprenant une évaluation des facteurs de risque comportementaux et anthropomorphiques • Counselling pour expliquer les résultats et élaborer des plans en vue d'améliorer la forme physique et de réduire les risques cardiovasculaires	• Exercices de groupes dirigés par des membres des collectivités autochtones • Inscription et mise en œuvre effectuées par l'intermédiaire des bureaux d'organismes locaux et du gouvernement	• Amélioration des mesures de la santé • Amélioration du profil de risques cardiovasculaires • Activité physique plus fréquente • La grande observance du programme semble indiquer son acceptabilité

	Programme	Description	Participation des populations ciblées	Résultats/constatations
Renforcement de l'action communautaire	Transfert des services de santé aux collectivités des Premières Nations et inuites (Canada)[80]	• Financement communautaire fondé sur une évaluation des besoins et un plan de santé communautaire	• Les collectivités établissent un plan et affectent des fonds	• Amélioration de l'accès aux soins • Amélioration des résultats pour la santé
	Steps to a Healthier Anishinaabe (mesures pour améliorer la santé des Anishinaabe) (Michigan, É.-U.)[85]	• Fonds remis à des groupes d'Autochtones qui conçoivent et mettent en œuvre des interventions de promotion de la santé répondant aux besoins de la collectivité, en portant une attention particulière aux facteurs de risque	• Mis sur pied par un conseil intertribal sans but lucratif réunissant des membres de 12 tribus du Michigan	—
	Initiative Tui'kn (Nouvelle-Écosse, Canada)[81]	• Cinq Premières Nations collaborent en vue de planifier, de financer et de dispenser des services de soins primaires à l'aide du Fonds de transition pour la santé des Autochtones	• Gouvernance régionale en matière de planification, de financement et de prestation des services de santé	• Le partenariat a poursuivi ses travaux au-delà des exigences de financement et a établi un plan stratégique quinquennal

Références

1. Bavry AA, Kumbhani DJ, Rassi AN, Bhatt DL, Askari AT. Benefit of early invasive therapy in acute coronary syndromes: A meta-analysis of contemporary randomized clinical trials. *Journal of the American Medical Association.* 2006;48(7):1319-1325.

2. Labinaz M, Swabey T, Watson R, et al. Delivery of primary percutaneous coronary intervention for the management of acute ST segment elevation myocardial infarction: Summary of the Cardiac Care Network of Ontario Consensus Report. *Canadian Journal of Cardiology.* 2006;22(3):243-250.

3. Norris CM, Saunders LD, Ghali WA, et al. Health-related quality of life outcomes of patients with coronary artery disease treated with cardiac surgery, percutaneous coronary intervention or medical management. *Canadian Journal of Cardiology.* 2004;20(12):1259-1266.

4. Lix L, Bruce S, Sarkar J, Young T. Risk factors and chronic conditions among Aboriginal and non-Aboriginal populations. *Health Reports.* 2009;20(4):21-29.

5. Tjepkema M, Wilkins R, Goedhuis N, and Pennock J. *Cardiovascular Disease Mortality Among First Nations People in Canada From 1991 Through 2001*. Ottawa : Statistique Canada; 2012.

6. Statistique Canada. *Projections of the Aboriginal Populations, Canada, Provinces and Territories 2001-2017.* 2005. http://www.statcan.gc.ca/pub/91-547-x/91-547-x2005001-eng.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

7. Reading C, Wien F. *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*. NCCAH; 2009. http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/social%20determinates/NCCAH-loppie-Wien_report.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

8. British Columbia PHO. *Pathways to Health and Healing - 2nd Report on the Health and Well-Being of Aboriginal People in British Columbia. Provincial Health Officer's Annual Report 2007.* Victoria, BC: Ministry of Healthy Living and Sport; 2009. http://www.health.gov.bc.ca/pho/pdf/abohlth11-var7.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

9. Organisation nationale de la santé autochtone. *Urban First Nations Health Research Discussion Paper*. 2009. http://www.naho.ca/documents/fnc/english/UrbanFirstNationsHealthResearchDiscussionPaper.pdf.

10. Australian Institute of Health and Welfare. Socio-economic context of Indigenous health. http://www.aihw.gov.au/socio-economic-context-of-indigenous-health/. Dernière modification en 2012.

11. Alter DA, Naylor CD, Austin PC, Tu JV. Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine.* 1999;341(18):1359-1367.

12. Philbin EF, McCullough PA, DiSalvo TG, et al. Socioeconomic status is an important determinant of the use of invasive procedures after acute myocardial infarction in New York State. *Circulation.* 2000;102:III107-III115.

13. Rosvall M, Chaix B, Lynch J, Lindstrom M, Merlo J. The association between socioeconomic position, use of revascularization procedures and five-year survival after recovery from acute myocardial infarction. *BioMed Central Public Health.* 2008;8(44).

14. Institut canadien d'information sur la santé. *Health Indicators 2010*. 2010. https://secure.cihi.ca/free_products/Healthindicators2010_en.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

15. Pilote L, Joseph L, Belisle P, Penrod J. Universal health insurance coverage does not eliminate inequities in access to cardiac procedures after acute myocardial infarction. *American Health Journal.* 2003;146(6):1030-1037.

16. Hetemaa T, Manderbacka K, Reunanen A, Koskinen S, Kesselman M. Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedure among patients with incident angina pectoris or myocardial infarction. *Scand J Public Health.* 2006;34(2):116-123.

17. Gerber Y, Goldbourt U, Drory Y. Interaction between income and education in predicting long-term survival after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation.* 2008;15(5):526-532.

18. Mathur S, Moon L, Leigh S. *Aboriginal and Torres Strait Islander People With Coronary Heart Disease: Further Perspectives on Health Status and Treatment*. Australian institute of health and welfare; 2006.

19. Carrière G, Garner R, Sanmartin C; LHAD Research Team. *Acute-Care Hospitalizations and Aboriginal Identity in Canada, 2001/2002*. Ottawa, Ont.: Minister of Industry; 2010.

20. Peters PA, Oliver LN, Carrière G. Geozones: an area-based method for analysis of health outcomes. *Health Reports.* 2012;23(1).

21. Statistique Canada. *2006 Census: Aboriginal Peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations*. 2008. http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/pdf/97-558-XIE2006001.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

22. Pampalon R, Hamel D, Gamache P. A comparison of individual and area-based socio-economic data for monitoring social inequalities in health. *Health Reports.* 2009;20(3):85-94.

23. Jedrzkiewicz S, Goodman SG, Yan RT. Temporal trends in the use of invasive cardiac procedure for non-ST segment elevation acute coronary syndromes according to initial risk stratification. *Can J Cardiol.* 2009;25(11):e370-e376.

24. Zia MI, Goodman SG, Perterson ED, et al. Paradoxical use of invasive cardiac procedures for patients with non-ST segment elevation myocardial infarction: an international perspective from the CRUSADE initiative and the Canadian ACs registries I and II. *Can J Cardiol.* 2007;23(13):1073-1079.

25. Virani S, Strong D, Tennant M, et al. Rationale and implementation of the SLICK project: Screening for Limb, I-Eye, Cardiovascular and Kidney (SLICK) complications in individuals with type 2 diabetes in Alberta's First Nations communities. *Can J Public Health.* 2006;97(3):241-247.

26. Rathore SS, Curtis JP, Chen J, et al. Association of door-to-balloon time and mortality in patients admitted to hospital with ST elevation myocardial infarction: national cohort study. *BMJ.* 2009;338:1807.

27. Campbell-Scherer DL, Green LA. ACC/AHA Guideline Update for the Management of ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *American Family Physician.* 2009;79(12):1080-1086.

28. Brodie BR, Stuckey TD, Wall TC, et al. Importance of time to reperfusion for 30-day and late survival and recovery of left ventricular function after primary angioplasty for acute myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology.* 1998;32(5):1312-1319.

29. Gersh BJ, Stone GW, White HD, Holmes DR. Pharmacological facilitation of primary percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction: is the slope of the curve the shape of the future? *Journal of the American Medical Association.* 2005;293(8):979-986.

30. Alter DA, Naylor CD, Austin PC, Tu JV. Long-term MI outcomes at hospitals with or without on-site revascularization. *Journal of the American Medical Association.* 2001;285(15):2101-2108.

31. Popescu I, Vaughan-Sarrazin MS, Rosenthal GE. Differences in mortality and use of revascularization in Black and White patients with acute MI admitted to hospitals with and without revascularization services. *Journal of the American Medical Association.* 2007;297(22):2489-2495.

32. Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA, et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *New England Journal of Medicine.* 2002;346(15):1128-1137.

33. Halm EA, Lee C, Chassin MR. Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Annals of Internal Medicine.* 2002;137(6):511-520.

34. Northern Health. *An Evaluation of the Northern Health Aboriginal Patient Liaison Program*. 2011. http://www.northernhealth.ca/Portals/0/Your_Health/Programs/Aboriginal_Health/documents/APL_Evaluation_Report_Final.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

35. Peters PA. Shifting transitions: health inequalities of Inuit Nunangat in perspective. *Journal of Rural and Community Development.* 2012;7(1):36-58.

36. Inuit Tapiriit Kanatami. *Health Indicators of Inuit Nunangat Within the Canadian Context*. 2010. https://www.itk.ca/sites/default/files/20100706Health-Indicators-Inuit-Nunangat-EN.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

37. Tchouaffi B.Paul MSc. D, Isaac Sobol MD CM. Nunavut Report on Comparable Health Indicators 2011. 2011.

38. Dewailly E, Blanchet C, Lemieux S, et al. n-3 Fatty acids and cardiovascular disease risk factors among the Inuit of Nunavik. *Am J Clin Nutr.* 2001;74(4):464-473. PM:11566644.

39. Zhou YE. Highly unsaturated n-3 fatty acids status of Canadian Inuit: International Polar Year Inuit Health Survey, 2007-2008. *Int J Circumpolar Health.* 2011;70(5):498-510.

40. Santé Canada. Atlantic Tele-Robotics. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/video/atlant-telerobot-eng.php. Dernière modification en 2011. Consulté le 11 octobre 2012.

41. Labrador Grenfell Health Authority. *Labrador Grenfell Health Authority Annual Report*. 2012. http://www.lghealth.ca/docs/LGH2012%20Combined%20File%20(Low%20Res)%20No%20Crops.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

42. Law MR, Watt HC, Wald NJ. The underlying risk of death after myocardial infarction in the absence of treatment. *Arch Intern Med.* 2002;162:2405-2410.

43. Tjepkema M, Wilkins R, Senecal S, Guimond E, Penney C. Mortality of Métis and registered Indian adults in Canada: an 11-year follow-up study. *Health Rep.* 2009;20(4):31-51.

44. Martens P, Bartlett J, Burlans E, et al. *Profile of Metis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-Based Study*. Winnipeg, Man.: Manitoba Centre for Health Policy; 2010. http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/MCHP-Metis_Health_Status_Full_Report_(WEB)_(update_aug11_2011).pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

45. Withrow D, Kewayosh A, Marrett L. *Cardiovascular Disease in the Métis Nation of Ontario: Clinical Significance Report*. 2012. http://www.metisnation.org/media/229147/mno%20cardiovascular%20clinical%20significance%20report(29_mar_2012).pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

46. Centre de collaboration nationale en santé autochtone. *Paucity of Métis-Specific Health and Well-Being Data and Information: Underlying Factors*. NCCAH; 2011. http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/fact%20sheets/setting%20the%20context/Paucity%20of%20Metis%20Health%20(English).pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

47. Atzema CLKMK-GJAE. *Cardiovascular Disease in the Metis Nation of Ontario: Lay Report*. 2012.

48. Young TK. Review of research on aboriginal populations in Canada: relevance to their health needs. *BMJ.* 2003;327:419-422.

49. Kumar MB, Wesche S, McGuire C. Trends in Metis-related health research (1980-2009): identification of research gaps. *Can J Public Health.* 2012;103(1):23-28.

50. Santé Canada. *Community Services in the 21st Century: First Nations & Inuit Telehealth Services*. 2001. http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/ehealth-esante/2001_tele-rpt-eng.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

51. Agrément Canada. Leading practice: Primary Health Bus reaches under-served populations. http://www.accreditation.ca/en/LeadingPractice.aspx?id=2545&terms=aboriginal. Dernière modification en 2012. Consulté le 30 mars 2012.

52. Jin AJ, Martin D, Maberley D, Dawson KG, Seccombe DW, Beattie J. Evaluation of a mobile diabetes care telemedicine clinic serving Aboriginal communities in northern British Columbia, Canada. *Int J Circumpolar Health.* 2004;63(Suppl2):124-128.

53. Walker R, Cromarty H, Kelly L, St Pierre-Hansen N. Achieving cultural safety in Aboriginal health services: implementation of a crosscultural safety model in a hospital setting. *Diversity in Health and Care.* 2009;6(1):11-22.

54. Agrément Canada. *Accreditation Report Prepared for: Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre*. Agrément Canada; 2010. http://www.slmhc.on.ca/assets/files/SLMHC%20Accreditation%20Report%202010.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

55. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von KM, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag Care Q.* 1999;7(3):56-66.

56. Schmid TL, Pratt M, Howze E. Policy as intervention: environmental and policy approaches to the prevention of cardiovascular disease. *Am J Public Health.* 1995;85(9):1207-1211.

57. Lavoie J. *Looking for Aboriginal Health in Legislation and Policies, 1970 to 2008: the Policy Synthesis Project*. NCCAH; 2011. http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20-%20June%202011.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

58. Cass A, Lowell A, Christie M, et al. Sharing the true stories: improving communication between Aboriginal patients and healthcare workers. *Med J Aust.* 2002;176(10):466-470.

59. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Healthc Q.* 2003;7(1):73-82.

60. Agrément Canada. Leading Practice: Language Access Interpreter Services. http://www.accreditation.ca/en/LeadingPractice.aspx?id=1931&terms=aboriginal. Dernière modification en 2012. Consulté le 30 mars 2012.

61. McRae M, Taylor SJ, Swain L, Sheldrake C. Evaluation of a pharmacist-led, medicines education program for Aboriginal Health Workers. *Rural Remote Health.* 2008;8(4):946-Dec.

62. Santé Canada. *Non-Insured Health Benefits Program: Cluster Evaluation Final Report*. 2010.

63. Santé Canada. Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits. http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/services/_home-domicile/prog_crit/index-eng.php. Dernière modification le 6 août 2010. Consulté le 26 août 2011.

64. Anctil M. *Nunavik Inuit Health Survey 2004, Qanuippitaa? How Are We?* Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) & Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS); 2008. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/774_ESISurveyHighlights.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

65. Conseil canadien de la santé. *Self-Management Support for Canadians With Chronic Health Conditions: a Focus for Primary Health Care*. Toronto: Conseil canadien de la santé; 2012. http://healthcouncilcanada.ca/tree/HCC_SelfManagementReport_FA.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

66. Assiniboine Regional Health Authority. Aboriginal health. http://www.assiniboine-rha.ca/index.php/services/view?id=30. Dernière modification en 2011. Consulté le 13 janvier 2012.

67. North Eastman Health Authority. Aboriginal workforce strategy. http://www.neha.mb.ca/aboriginalindex.html. Dernière modification en 2012. Consulté le 13 janvier 2012.

68. Burntwood Regional Health Authority. Aboriginal representative workforce. http://www.brha.mb.ca/programsbyservice/aboriginal_representative.htm. Dernière modification en 2012. Consulté le 13 janvier 2012.

69. Robinson G, d'Abbs P, Bailie R, Togni S. Aboriginal participation in health service delivery: coordinated care trials in the Northern Territory of Australia. *International Journal of Healthcare Technology and Management.* 2003;5:45-62.

70. Tibby D, Corpus R, Walters DL. Establishment of an innovative specialist cardiac indigenous outreach service in rural and remote Queensland. *Heart Lung Circ.* 2010;19(5-6):361-366.

71. Foulds H-JA. *Community-Based Physical Activity and the Risk for Cardiovascular Disease in Aboriginal Canadians* 2010.

72. Gracey M, Bridge E, Martin D, et al. An Aboriginal-driven program to prevent, control and manage nutrition-related "lifestyle" diseases including diabetes. *Asia P J Clin Nutr.* 2006;15(2):178-188.

73. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. *Diabetes in Aboriginal Populations: Review of Guidelines for Screening and Treatment*. 2010. http://www.cadth.ca/media/pdf/I0205_diabetes_ifirst_nations_population_htis-2.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

74. Bailie RS, Si D, Robinson GW, Togni SJ, D'Abbs PH. A multifaceted health-service intervention in remote Aboriginal communities: 3-year follow-up of the impact on diabetes care. *Med J Aust.* 2004;181(4):195-200.

75. Hoy WE, Davey RL, Sharma S, Hoy PW, Smith JM, Kondalsamy-Chennakesavan S. Chronic disease profiles in remote Aboriginal settings and implications for health services planning. *Aust N Z J Public Health.* 2010;34(1):11-18.

76. Johnston Research Inc. Aboriginal Health Transition Fund Ontario Adaptation Plan—Adaptation in Process: Health Care for Aboriginal People in Ontario. http://www.lhins.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Health_Care_Providers/JRI%20AHTF%20Eval%20Final%20Report%202010-11%2023Mar11%20(2).pdf. Dernière modification 23 mars 2011. Consulté le 11 octobre 2012.

77. Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. *Transformation Lessons From Disease-Based Strategies: an Environmental Scan*. 2011. http://www.chsrf.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/EScanTransformationLessons-EN.sflb.ashx. Consulté le 11 octobre 2012.

78. National Aboriginal Health Organization. *Cultural Competency and Safety: a Guide for Health Care Administrators, Providers and Educators*. 2008. http://www.naho.ca/documents/naho/publications/culturalCompetency.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

79. Northern Health. *An Evaluation of the Northern Health Aboriginal Health Improvement Committees*. 2011. http://www.northernhealth.ca/Portals/0/Your_Health/Programs/Aboriginal_Health/documents/NH_-_AHIC_Evaluation_Jan%202011.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

80. Santé Canada. *The Evaluation of the First Nations and Inuit Health Transfer Policy: Final Report*. 2006.

81. Accreditation Canada. Leading practice: leveraging resources by groups of small communities. http://www.accreditation.ca/en/LeadingPractice.aspx?id=1584&terms=aboriginal. Dernière modification en 2012. Consulté le 30 mars 2012.

82. Eissa S, Lee R, Binns P, Garstone G, McDonald M. Assessment of a register-based rheumatic heart disease secondary prevention program in an Australian Aboriginal community. *Aust N Z J Public Health.* 2005;29(6):521-525.

83. French E. Tele-rehab: improving access to quality stroke rehabilitation in rural and remote communities. 2010. Ontario Stroke System, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

84. Agence de la santé publique du Canada. Reducing Health Disparities Related to Diabetes: Lessons Learned Through the Canadian Diabetes Strategy Community-Based Program. http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/rhd-rds-2011/case3-cas3-eng.php. Dernière modification en 2011. Consulté le 16 mai 2012.

85. Edgerly CC, Laing SS, Day AV, et al. Strategies for implementing health promotion programs in multiple American Indian communities. *Health Promotion Practice.* 2009;10(2:Suppl):S109-S117.

86. Santé Canada. *Health Integration Initiative: First Nations and Inuit Health Branch Evaluation Report*. 2008.

87. Tobe S, Vincent L, Wentworth J, et al. Blood pressure 2 years after a chronic disease management intervention study. *International Journal of Circumpolar Health.* 2010;69(1):50-60.

88. Smye V, Josewski V, Kendall E. *Cultural Safety: an Overview for the First Nations, Inuit and Métis Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada*. Commission de la santé mentale du Canada; 2010.

89. Wilkins R, Khan S. *PCCF+ Version 5G User's Guide*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2010.

90. Allard YE, Wilkins R, Berthelot J-M. Premature mortality in health regions with high Aboriginal populations. *Health Reports.* 2004;15(1):51-50.

91. Finès P. The concentration-coverage curve: A tool for ecological studies. *Health Reports.* 2008;19(4):57-62.

92. Pan American Health Organization. *Priorities for Cardiovascular Health in the Americas: Key Messages for Policymakers*. Pan American Health Organization; 2011. http://www.cardiosource.org/acc/international-center/~/media/Files/ACC/International/Priorities.ashx. Consulté le 11 octobre 2012.

93. Canadian Heart Health Strategy and Action Plan. *Building a Heart Healthy Canada*. 2009. http://www.chhs.ca/sites/default/files/Document%20Links/Reports/English/CHHS%20-%20Building%20a%20Heart%20Healthy%20Canada%20-%20EN%20-%20Feb%202009.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

94. Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario. Programmes et soutiens pour les particuliers et les familles autochtones. http://www.mcss.gov.on.ca/en/mcss/programs/community/ahws/individuals/outpatient_hostels.aspx. Dernière modification en 2011. Consulté le 26 août 2011.

95. Bartlett J, Carter S, Sanguins J, Garner B; Manitoba Métis Federation Health & Wellness Department. *Citizen Engagement in Health Casebook: the Use of a Holistic Wellness Framework and Knowledge Networks in Métis Health Planning*. Institut de recherche en santé du Canada; 2012. http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/ce_health_casebooks_eng.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.

96. Hayman N. Strategies to improve indigenous access for urban and regional populations to health services. *Heart, Lung & Circulation.* 2010;19(5-6):367-371.

97. Spurling GK, Hayman NE, Cooney AL. Adult health checks for Indigenous Australians: the first year's experience from the Inala Indigenous Health Service. *Medical Journal of Australia.* 2009;190(10):562-564.

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-156-5 (PDF)

© 2013 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé. *Soins hospitaliers en cas de crise cardiaque chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*. Ottawa, ON : ICIS; 2013.

This publication is also available in English under the title *Hospital Care for Heart Attacks Among First Nations, Inuit and Métis*.
ISBN 978-1-77109-154-1 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa
495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's
140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

www.icis.ca
Au cœur des données

Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information