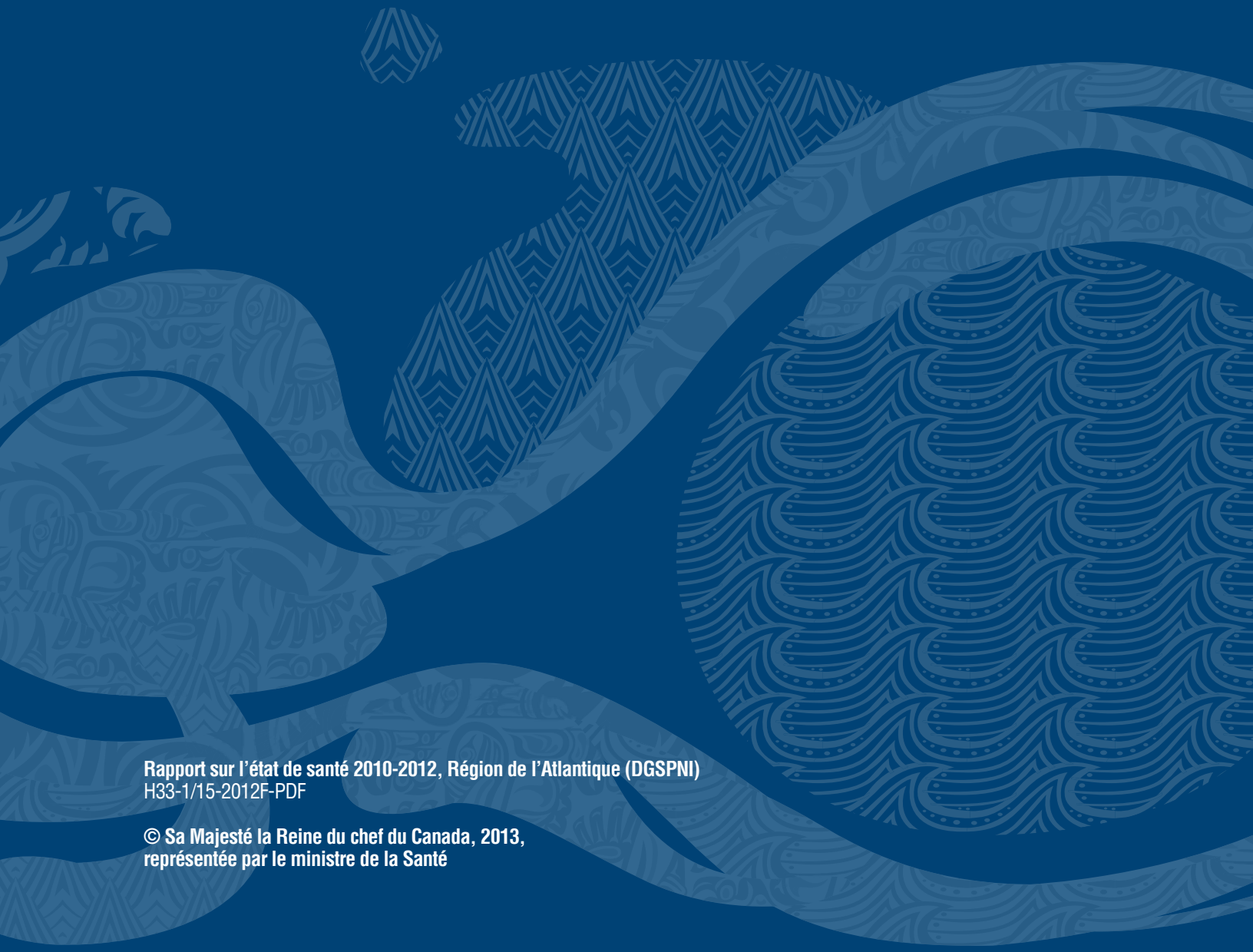
Santé Canada Health Canada

Votre santé et votre sécurité... notre priorité. *Your health and safety... our priority.*

État de santé des membres des Premières Nations vivant dans les réserves des provinces de l'Atlantique

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits Région de l'Atlantique 2012

Canada



Rapport sur l'état de santé 2010-2012, Région de l'Atlantique (DGSPNI)
H33-1/15-2012F-PDF

**© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2013,
représentée par le ministre de la Santé**

Table des matières

Liste des figures i
Liste des tableaux ii
Liste d'acronymes ii
Avant-propos iii

Section 1: Introduction 1
1.1 Sources de données 1
1.1.1 Données des programmes de la DGSPNI 1
1.1.2 Registre des Indiens d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada 2

Section 2: Qu'est-ce qu'un plan de surveillance? 4

Section 3: Milieu social 8
3.1 Chiffres de population 8
3.2 Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves (PAPAR) 11
3.3 Enfants pris en charge 14

Section 4: Santé physique 15
4.1 Maladies à déclaration obligatoire 15
4.2 Maladies chroniques 16
4.2.1 Diabète 16
4.2.2 Maladies cardiovasculaires 20
4.2.3 Tabagisme 23
4.3 Santé maternelle et infantile 24
4.3.1 Taux de natalité 25
4.3.2 Poids à la naissance 27
4.3.3 Comportements à risque 28
4.3.4 Allaitement maternel 30
4.3.5 Introduction des aliments solides 31
4.4 Vaccination 33

Section 5: Mode de vie et capacité d'adaptation 36
5.1 Activité physique 36

Section 6: Services de soins de santé 37
6.1 Soins dentaires 37
6.1.1 Initiative en santé buccodentaire pour les enfants 37
6.1.2 Services de dentothérapie 38
6.2 Soins à domicile et en milieu communautaire 40
6.3 Services d'hygiène du milieu – inspections 42
6.4 Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones 43

Section 7: Milieu physique 47
7.1 Qualité de l'eau 47
7.2 Logement 50
7.2.1 Moisissures 50

Section 8: Éducation permanente 52
8.1 Niveau de scolarité 52

Section 9: Santé mentale et émotionnelle 54
9.1 Demandes de paiement de benzodiazépines, d'opioïdes et de méthadone 54
9.1.1 Demandes de paiement de benzodiazépines 56
9.1.2 Demandes de paiement d'opioïdes 59
9.1.3 Demandes de paiement de méthadone . . 61

Section 10: Santé spirituelle 64
10.1 Pensionnats indiens 64
10.1.1 Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens . . 64
10.1.2 Événement national de l'Atlantique de la Commission de vérité et réconciliation . . . 65

Références 66
Annexe 1 : Glossaire 69
Évaluation 70

Liste des figures

Figure 1. Plan de surveillance et processus de planification de la santé communautaire 5

Figure 2. Population totale des Indiens inscrits des provinces de l'Atlantique, selon l'âge et le sexe (2011) 8

Figure 3. Population totale des Indiens inscrits vivant dans les réserves des provinces de l'Atlantique, selon l'âge et le sexe (2011) 9

Figure 4. Population totale des provinces de l'Atlantique, selon l'âge et le sexe (2011) 10

Figure 5. Répartition des participants au PAPAR, selon l'âge (2008-2011) 12

Figure 6. Pourcentage des enfants participant au PAPAR qui ont reçu un diagnostic de besoin spécial ou chez lesquels on soupçonne un besoin spécial (2008-2011) 13

Figure 7. Taux de chlamydia (par 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique (2008-2011) 15

Figure 8. Prévalence des demandes de paiement d'antidiabétiques chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique, selon la province (2007-2011) 17

Figure 9. Prévalence des demandes de paiement d'antidiabétiques chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique, selon l'âge et la province (2011). 18

Figure 10. Taux d'incidence (pour 1 000 personnes) des demandes de paiement d'antidiabétiques chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique, selon la province (2007-2011) 20

Figure 11. Prévalence des demandes de paiement de médicaments pour le traitement des maladies cardiovasculaires chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique, selon le sexe (2007-2011). . 21

Figure 12. Prévalence des demandes de paiement de médicaments pour le traitement des maladies cardiovasculaires chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique, selon l'âge et la province (2011). . 22

Figure 13. Prévalence des demandes de paiement de produits de renoncement au tabac chez les membres de 15 ans et plus des bandes de la région de l'Atlantique, selon la province (2007-2011). 24

Figure 14. Taux de natalité chez les Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique (2008-2011) 26

Figure 15. Répartition des naissances vivantes chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique, selon le poids à la naissance (2008-2011) 27

Figure 16. Pourcentage des mères des Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique qui ont commencé à allaiter (2008-2011) 30

Figure 17. Âge de l'introduction des aliments solides chez les bébés des Premières Nations dans les réserves de la région de l'Atlantique (2008-2011). . 32

Figure 18. Taux de couverture vaccinale des membres des Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique, selon l'âge et l'année (2008-2011) 34

Figure 19. Pourcentage des heures de services fournies dans le cadre du PSDMC, selon le type de service (2008-2011) 40

Figure 20. Principales substances consommées par les personnes ayant présenté une demande d'admission dans un centre de traitement de la région de l'Atlantique, selon la substance (2008-2011). . . 46

Figure 21. Pourcentage de maisons inspectées présentant des moisissures (2008-2011) 50

Figure 22. Taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, selon la région (2008-2011) 53

Figure 23. Prévalence des demandes de paiement de benzodiazépines chez les membres des bandes de 15 ans et plus dans la région de l'Atlantique, selon la province (2007-2011) 56

Figure 24. Prévalence des demandes de paiement de benzodiazépines chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique, selon la province et l'âge (2011) 58

Figure 25. Prévalence des demandes de paiement d'opioïdes chez les membres des bandes de 15 ans et plus dans la région de l'Atlantique, selon la province (2007-2011) 59

Figure 26. Prévalence des demandes de paiement d'opioïdes chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique, selon la province et l'âge (2011). . . 60

Liste des tableaux

Tableau 1. Indicateur, source de données, fréquence des rapports et disponibilité des données pour les plans de surveillance 4

Tableau 2. Nombre de participants au PAPAR (2008-2011) 11

Tableau 3. Enfants des Premières Nations de 18 ans et moins pris en charge dans les réserves des provinces de l'Atlantique 14

Tableau 4. Nombre de naissances vivantes chez les Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique (2008-2011). 25

Tableau 5. Tabagisme et consommation d'alcool ou d'autres drogues pendant la grossesse chez les participantes au PCNP (2008-2011) 28

Tableau 6. Nombre de communautés des Premières Nations (réserves) qui fournissent de l'information sur le taux de couverture vaccinale 33

Tableau 7. Proportion des enfants des Premières Nations vivant dans les réserves qui ont subi un examen et nombre de services fournis par l'ISBE (2008-2011) . . 37

Tableau 8. Pourcentage des membres des bandes des Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique qui ont reçu des services dentaires par des dentothérapeutes (2008-2011) . . 38

Tableau 9. Les six raisons principales du besoin de soins à domicile (2008-2011) 41

Tableau 10. Nombre d'inspections, selon le type d'installation et l'année (2008-2011). 42

Tableau 11. Nombre de membres des bandes des Premières Nations vivant dans les réserves qui ont été dirigés vers un centre de traitement, selon l'âge et le sexe (2008 2011) 44

Tableau 12. Nombre de clients des centres de traitement de la région de l'Atlantique (2008-2011). . 45

Tableau 13. Nombre d'échantillons d'eau analysés et pourcentage d'échantillons insatisfaisants, selon le type d'analyse (2008-2011) 47

Tableau 14. Nombre d'avis de faire bouillir l'eau et d'avis de ne pas consommer l'eau publiés et levés dans les communautés des Premières Nations de la région de l'Atlantique 48

Tableau 15. Prévalence des demandes de paiement de méthadone chez les membres des bandes de 15 ans et plus dans la région de l'Atlantique, selon la province (2007-2011). 62

Tableau 16. Nombre d'élèves des pensionnats indiens et de membres de leurs familles ayant reçu des services de counseling et nombre de séances de counseling offertes 64

Liste d'acronymes

AADNC . . . . . Affaires autochtones et Développement du Nord Canada
ABE . . . . . Avis de faire bouillir l'eau
AHM . . . . . Agent d'hygiène du milieu
APN . . . . . Assemblée des Premières Nations
ASPC . . . . . Agence de la santé publique du Canada
DAISSC . . . . . Direction de l'analyse de l'information sur la santé et des solutions de la cybersanté
DGSPNI . . . . . Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
ERS . . . . . Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations
ESCC . . . . . Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ETCAF . . . . . Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
IDA . . . . . Initiative sur le diabète chez les Autochtones
ISBE . . . . . Initiative en santé buccodentaire pour les enfants
MRC . . . . . Modèle de rapport communautaire
NPC . . . . . Ne pas consommer
PAPAR . . . . . Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves
PCNP . . . . . Programme canadien de nutrition prénatale
PI . . . . . Pensionnats indiens
PNLAADA . . . . . Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones
PSEP . . . . . Programme de santé environnementale et publique
PSSMI . . . . . Programme de soins de santé maternelle et infantile
RA-DGSPNI . . . . . Région de l'Atlantique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
RI . . . . . Registre des Indiens
RSPS . . . . . Modèle électronique de rapport statistique sur la prestation des services
SDMC . . . . . Soins à domicile et en milieu communautaire
SIHM . . . . . Système d'information sur l'hygiène du milieu
SSNA . . . . . Services de santé non assurés
SVS . . . . . Système de vérification du statut

Avant-propos

Conformément à son Plan stratégique, la Région de l'Atlantique de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (RA-DGSPNI) travaille avec ses partenaires et ses clients afin que l'état de santé global des Premières Nations et des Inuits soit comparable à celui de l'ensemble de la population. Pour évaluer les progrès accomplis dans la poursuite de cet objectif, les Premières Nations doivent disposer de données sur l'état de santé de leurs populations respectives.

Le présent rapport, qui se fonde sur les meilleures données dont disposait la RA-DGSPNI au moment de sa rédaction, dépeint l'état de santé actuel des Premières Nations vivant dans les réserves des provinces de l'Atlantique. Nous espérons qu'à mesure que la production de rapports sur l'état de santé prendra de l'expansion, les discussions se poursuivront sur les sujets suivants :

- l'importance des données sur la santé pour la planification en santé communautaire;
- la recherche de sources de données pour les plans de santé communautaire;
- l'utilisation des données de ce rapport pour orienter les services communautaires;
- l'accès à de nouvelles sources de données pour la préparation des prochains rapports;
- l'amélioration de la qualité des données des prochains rapports.

Des rapports sur l'état de santé seront produits chaque année et mis à la disposition des directeurs de la santé et des chefs des Premières Nations. Ces données régionales sur les Premières Nations pourront être comparées aux indicateurs locaux, ce qui permettra aux dirigeants des Premières Nations de prendre des décisions éclairées quant à la prestation des services de santé dans leurs communautés. À mesure que la disponibilité et la qualité des données s'amélioreront, les rapports sur l'état de santé s'amélioreront aussi, car les ensembles de données présentés seront plus nombreux et de meilleure qualité.

Certaines communautés ont dit souhaiter recevoir l'information qui leur est propre à des fins de planification de la santé communautaire. Pour obtenir les données propres à leur communauté parmi les variables du présent rapport qui proviennent des fonds de données de la DGSPNI, les directeurs de la santé sont priés d'écrire à l'adresse suivante : **Atlantic_Epis@hc-sc.gc.ca**.

Ce rapport sur l'état de santé des Premières Nations des provinces de l'Atlantique devrait s'avérer un outil précieux pour les communautés. Nous y avons ajouté un formulaire d'évaluation et nous espérons recevoir vos commentaires afin de continuer à l'améliorer.

Cordialement,

Debra Keays-White, dirigeante régionale
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits,
Région de l'Atlantique Santé Canada

Le présent rapport fournit les données les plus fiables actuellement disponibles dans les fonds de données de la DGSPNI pour 2007 à 2011 et comprennent les rapports des programmes de la DGSPNI et la base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (SSNA).

Ils comprennent également les données de l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) de 2008-2010, d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) et de Statistique Canada.

Il est important de tenir compte des limites des données analysées, car ces limites peuvent fausser l'interprétation du rapport.

Section 1 : Introduction

1.1 Sources de données

Le présent rapport fournit les données les plus fiables actuellement disponibles dans les fonds de données de la DGSPNI (à l'échelle régionale et nationale) pour 2007 à 2011. Ces fonds de données comprennent les rapports des programmes de la DGSPNI et la base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (SSNA). Ils comprennent également les données d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) et de Statistique Canada.

Il est important de tenir compte des limites des données analysées, car ces limites peuvent fausser l'interprétation du rapport. Le fait que certaines communautés ne transmettent aucun rapport ou transmettent des rapports incomplets constitue une limite qui s'applique à l'ensemble des données des programmes de la DGSPNI. On ignore dans quelle mesure l'information manquante pourrait modifier les résultats présentés dans le rapport. Les sous-sections 1.1.1 et 1.1.2 fournissent une description des sources de données utilisées et les limites de chacune.

1.1.1 Données des programmes de la DGSPNI

Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)

Ce programme s'adresse aux femmes enceintes des Premières Nations, aux mères de nourrissons, aux nourrissons âgés de 12 mois et moins, de même qu'aux femmes des Premières Nations en âge de procréer qui vivent dans les réserves. Les rapports du PCNP comprennent des données sur les naissances, l'allaitement et les comportements à risque. Bien que cette information soit précieuse, ce ne sont pas toutes les femmes admissibles qui participent au Programme.

Modèle électronique de rapport statistique sur la prestation des services (modèle électronique de RSPS) – Soins à domicile et en milieu communautaire

Toutes les communautés sont tenues de produire des rapports mensuels à l'aide du modèle électronique de RSPS. Ces rapports servent à consigner les heures de services et non à rendre compte de l'état de santé. Toutefois, à des fins de planification de la santé communautaire, il est utile de savoir quelles sont les populations qui reçoivent des services et quels sont les services le plus souvent fournis.

Au moment de la saisie des données, il arrive que l'information soit consignée dans la mauvaise catégorie de services. De telles erreurs peuvent entraîner une sous-représentation dans une catégorie et une surreprésentation dans une autre. Nous nous employons actuellement à corriger la situation en définissant plus clairement les types de services associés à chaque catégorie.

De plus, les principales raisons déclarées pour les services de soins à domicile ne reflètent pas le nombre précis de clients, mais plutôt le nombre de rencontres. Par exemple, le nombre total de rencontres sera le même qu'il s'agisse d'une seule personne qui a été vue dix fois pour des problèmes de diabète ou de deux personnes qui ont été vues cinq fois chacune pour des problèmes cardiovasculaires (total de 10 rencontres dans les deux cas).

Système d'information sur l'hygiène du milieu (SIHM)

Les agents d'hygiène du milieu (AHM) consignent les données d'inspection dans la base de données du SIHM.

Base de données sur les soins dentaires de la DGSPNI – rapports sur les services et la productivité

Les services offerts par les thérapeutes dentaires et par les fournisseurs de services de l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants sont consignés dans la base de données Web sur les soins dentaires de la DGSPNI.

Vaccination

Bien que toutes les communautés soient tenues de déclarer leurs taux de couverture vaccinale, certaines ne le font pas ou ne transmettent pas toute l'information, ce qui rend impossible le calcul des taux. De plus, comme certains enfants reçoivent leurs vaccins à l'extérieur de la réserve, ils ne figurent pas dans le rapport sur la vaccination. Par conséquent, les taux de couverture vaccinale dans la région de l'Atlantique sont probablement plus élevés que les taux déclarés.

Téléformulaires

Le système Teleform permet aux communautés de signaler par télécopieur les naissances, les décès et les maladies à déclaration obligatoire. Toutefois, puisque les infirmières en santé communautaire qui remplissent les rapports ne sont pas nécessairement informées de tous les cas de décès ou de maladie à déclaration obligatoire, il est possible qu'elles ne les signalent pas tous.

WaterTrax

Les contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau et les AHM consignent les données sur la qualité de l'eau à l'aide de WaterTrax.

Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (SSNA)

La base de données des SSNA constitue un outil précieux et unique pour l'estimation de l'état de santé des membres des Premières Nations. Certaines limites doivent être prises en considération au moment d'interpréter l'information fondée sur ces données :

- le lieu de résidence des demandeurs (dans une réserve ou à l'extérieur d'une réserve) ne peut être déterminé;
- le rapport n'inclut pas les données relatives aux ordonnances qui ont été payées comptant, par d'autres régimes d'assurance-médicaments ou par les SSNA dans une autre région;
- le fait que les deux tiers environ des membres admissibles des Premières Nations obtiennent au moins une ordonnance par année; l'utilisation de médicaments parmi la population des Premières Nations de l'Atlantique est probablement supérieure aux estimations fondées sur la base de données des demandes de paiement des services pharmaceutiques;
- faute d'information à ce sujet, on ne peut savoir pourquoi le médicament a été prescrit, s'il a été utilisé selon les indications du médecin ou s'il a été utilisé par la personne à qui il avait été prescrit.

1.1.2 Registre des Indiens d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada

Le Registre des Indiens comprend tous les Indiens inscrits (personnes inscrites aux termes de la Loi sur les Indiens) vivant dans une réserve, à l'extérieur d'une réserve, à l'extérieur du Canada ou dans un établissement. Les principales données démographiques qu'il contient sont l'âge, le sexe et le lieu de résidence (dans une réserve ou à l'extérieur d'une réserve). Voici les limites qui doivent être prises en considération :

- il y a des retards dans la déclaration des naissances et des décès;
- l'information relative aux déménagements (personne qui quitte une réserve ou qui s'installe dans une réserve) peut ne pas être consignée, puisque le lieu de résidence n'est habituellement déclaré à AADNC qu'au moment de la naissance ou du décès de la personne;
- puisque seuls les membres inscrits des Premières Nations figurent dans le Registre, il se peut que les données ne reflètent pas avec précision la population des réserves.

Dans le présent rapport, l'effectif de la population vivant dans les réserves établi par AADNC sert de dénominateur pour le calcul de tous les taux.

Un **plan de surveillance** est un document qui expose dans le détail la manière d'accroître systématiquement la quantité et la qualité de l'information sur la santé. Un plan de surveillance est fondé sur des indicateurs de l'état de santé, tels que les taux de couverture vaccinale ou d'obésité infantile.

Section 2 : Qu'est-ce qu'un plan de surveillance?

De l'information de qualité sur la santé est un outil puissant qui facilite la prise en charge et l'amélioration de la santé. La collecte et l'analyse de données sur la santé aident à cerner les situations émergentes en lien avec la santé et à y faire face, à surveiller l'évolution de l'état de santé dans le temps et à évaluer le succès des programmes.

Il existe d'importantes lacunes dans l'information sur la santé des Premières Nations et des Inuits qui sert à l'évaluation de l'état de santé, à la surveillance et à la planification de la santé communautaire. Lorsque des renseignements sont disponibles, leur qualité soulève des préoccupations. Si l'on reconnaît qu'une information de bonne qualité est essentielle à la prise de décisions fondées sur des données probantes, il devient nécessaire de trouver des moyens d'accroître et d'améliorer la qualité et le nombre des données sur la santé des communautés des Premières Nations.

Un plan de surveillance est un document qui expose dans le détail la manière d'accroître systématiquement la quantité et la qualité de l'information sur la santé. Un plan de surveillance est fondé sur des indicateurs de l'état de santé, tels que les taux de couverture vaccinale ou d'obésité infantile. Ces indicateurs diffèrent de ceux servant à l'amélioration de la qualité, comme le « nombre d'ateliers offerts » ou le « nombre de dépliants créés ».

Un plan de surveillance comprend quatre composantes :

- définir un processus qui permettra de choisir les priorités ou les déterminants de la santé qui seront ciblés;
- déterminer des indicateurs précis pour la mesure de chaque priorité/déterminant;
- pour chaque indicateur, préciser la source de données, la fréquence des rapports, ainsi que l'existence de données déjà disponibles ou la nécessité de créer une source de données ou d'obtenir l'accès à une source (tableau 1);
- déterminer les méthodes d'analyse et de présentation des données ainsi que les personnes qui en seront responsables.

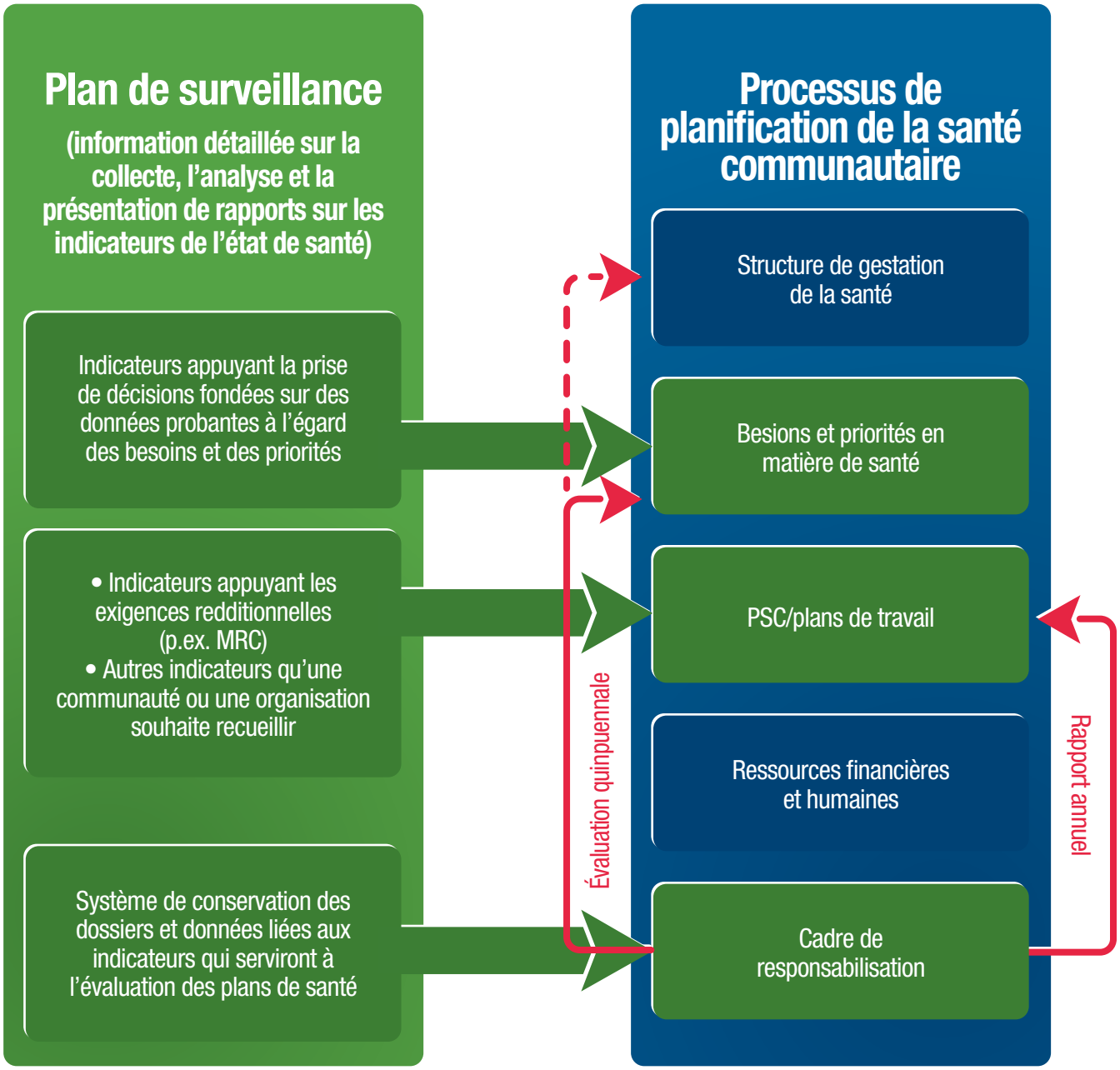
Tableau 1. Indicateur, source de données, fréquence des rapports et disponibilité des données pour les plans de surveillance

Indicateur	Source de données (communauté, province, DGSPNI, etc.)	Fréquence des rapports (chaque année, aux 5 ans, etc., selon la disponibilité)	Données présentement recueillies ou détenues en lien avec l'indicateur
1. Priorité communautaire / déterminant de la santé			

De quelle manière le plan de surveillance s'inscrit-il dans la planification de la santé communautaire?

Le plan de surveillance est directement lié au processus de planification de la santé communautaire du point de vue de la détermination des besoins et des priorités en matière de santé, du plan de travail et du cadre de responsabilisation. La figure 1 illustre ces relations.

Figure 1. Plan de surveillance et processus de planification de la santé communautaire



Combien d'indicateurs de l'état de santé une communauté devrait-elle inclure dans son plan de santé et/ou son plan de travail?

La communauté peut choisir le nombre d'indicateurs de l'état de santé que comprendra le plan de santé ou de travail communautaire. Il est suggéré que la communauté détermine un ou deux indicateurs de l'état de santé par priorité de santé, en plus des indicateurs du Modèle de rapport communautaire (MRC), que la communauté doit de toute façon recueillir aux fins de la reddition de compte.

Une communauté peut choisir des indicateurs supplémentaires concernant l'état de santé ou l'amélioration de la qualité, du moment où elle est consciente de la charge de travail considérable que la collecte de données pourrait engendrer pour chacun d'eux.

Qu'est-ce que le Projet de renforcement de la capacité de surveillance de la santé de la population?

Le Projet de renforcement de la capacité de surveillance de la santé de la population (PRCSSP) était un projet quinquennal (2007-2012) destiné à accroître la capacité en matière de surveillance de la santé de la population dans la région de l'Atlantique.

Ce projet incluait :

- la consignation de plans de surveillance (pour la RA-DGSPNI et les huit communautés des Premières Nations participantes);
- la création de registres des clients ou de liens entre les dossiers, de sorte que les communautés puissent obtenir leurs propres données à partir des bases de données provinciales;
- l'analyse des données au moyen d'outils d'information de gestion.

Bien que le projet ait été mené dans huit communautés, les leçons apprises s'appliquent à toutes les communautés. Le projet sera évalué en 2012-2013.

38%

En 2011, la bande de la Première Nation des Mi'kmaq qalipu englobait près de **38 %** des Indiens inscrits des provinces de l'Atlantique.

Section 3 : Milieu social

Les données relatives au milieu social des membres des Premières Nations vivant dans les réserves (c.-à-d. la famille, les pairs, la communauté) sont peu nombreuses. Les chiffres de population présentés ci-dessous décrivent l'âge des Indiens inscrits et leur répartition selon le sexe. Ces données, tout comme celles relatives à la croissance démographique, donnent un aperçu des besoins actuels et futurs en matière de santé, lesquels ont une incidence directe sur le milieu social des membres des Premières Nations.

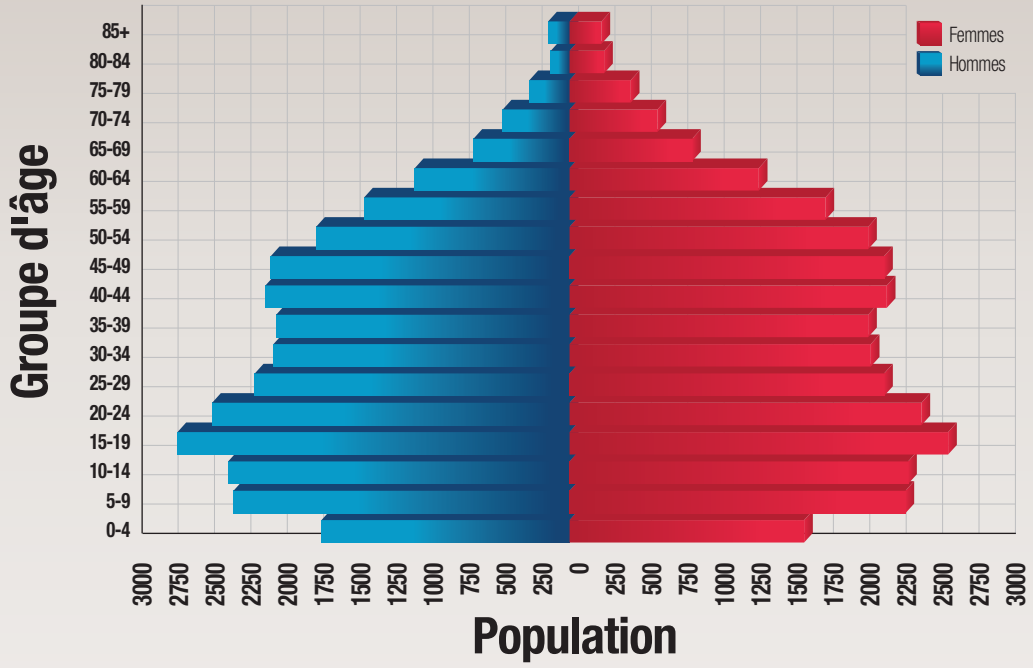
3.1 Chiffres de population

En 2011, la bande de la Première Nation des Mi'kmaq qalipu a été créée à Terre-Neuve. Au mois de septembre de cette même année, elle comptait quelque 27 000 membres, dont près de 21 400 Indiens inscrits[1].

En 2011, la bande de la Première Nation des Mi'kmaq qalipu englobait près de 37,7 % des Indiens inscrits des provinces de l'Atlantique. Parmi les 56 822 Indiens inscrits vivant dans les provinces de l'Atlantique en 2011, on comptait 27 780 hommes et 29 042 femmes (figure 2). Environ 39,9 % de la population était âgée de 24 ans et moins, tandis que les personnes âgées de 65 ans et plus formaient environ 7,0 % de la population.

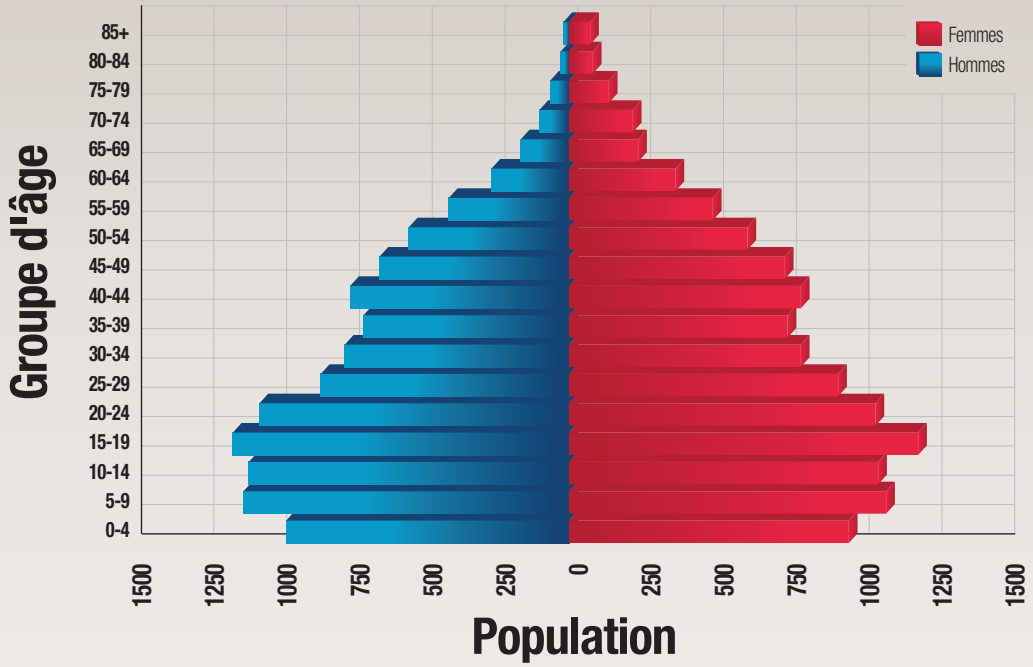
Environ 39,1 % des Indiens inscrits vivaient dans les réserves (22 217 personnes, dont 11 112 hommes et 11 105 femmes) (figure 3). Près de la moitié d'entre eux (48,3 %) étaient âgés de 24 ans et moins, alors que 4,9 % d'entre eux avaient 65 ans et plus.

Figure 2. Population totale des Indiens inscrits des provinces de l'Atlantique, selon l'âge et le sexe (2011)



Source *: Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2011)*

Figure 3. Population totale des Indiens inscrits vivant dans les réserves des provinces de l'Atlantique, selon l'âge et le sexe (2011)

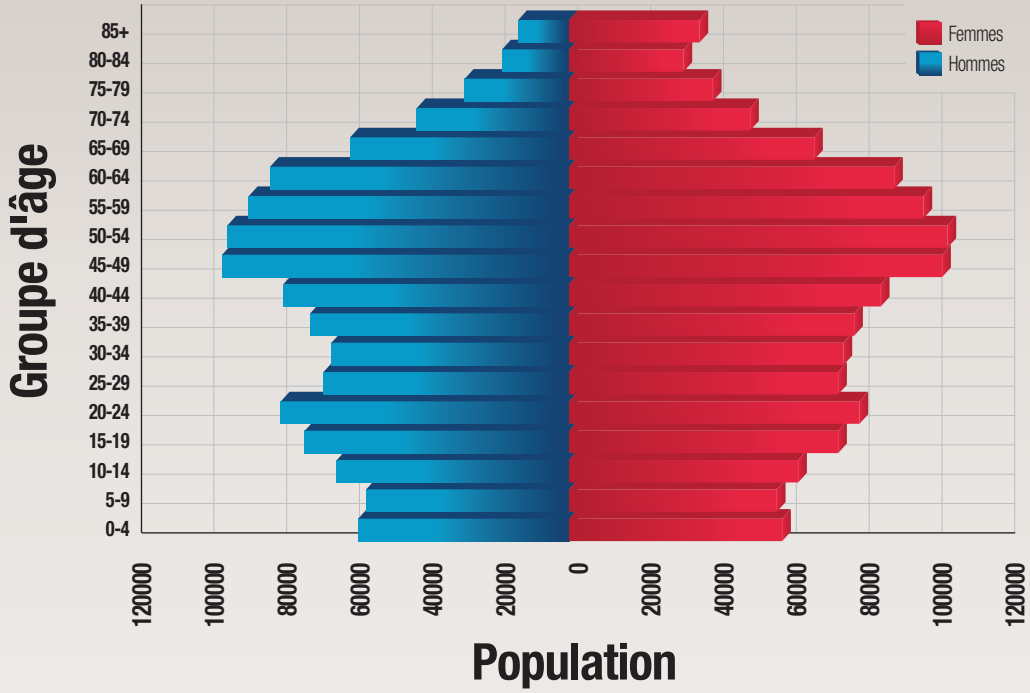


Source *: Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2011)*

En 2011, la population des provinces de l'Atlantique s'élevait à 2 357 325 personnes; soit 1 152 323 hommes et 1 205 002 femmes (figure 4).

Les enfants et les jeunes de 24 ans et moins représentaient environ 27,6 % de la population, tandis que les personnes de 65 ans et plus formaient environ 16,2 % de la population.

Figure 4. Population totale des provinces de l'Atlantique, selon l'âge et le sexe (2011)



Source *: Statistique Canada, estimations démographiques, Recensement de 2011*

De 2009 à 2011, le taux d'accroissement de la population des Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique a atteint 4,2 %, soit un taux de croissance annuel moyen de 1,4 %.

Selon les estimations démographiques, le taux de croissance de la population générale de la région de l'Atlantique a été de 0,7 % de 2009 à 2011, et le taux de croissance annuel moyen, de 0,2 %.

3.2 Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves (PAPAR)

Le but premier du PAPAR est de démontrer que les stratégies d'intervention précoce conçues et mises en œuvre par la communauté peuvent favoriser l'estime de soi et le goût d'apprendre chez les enfants de six ans et moins des Premières Nations, tout en leur donnant l'occasion de développer leur plein potentiel.

L'information sur le PAPAR est transmise dans le MRC par les communautés et les organisations qui sont tenues de présenter des rapports au moyen du MRC (tableau 2).

Tableau 2. Nombre de participants du PAPAR (2008-2011)

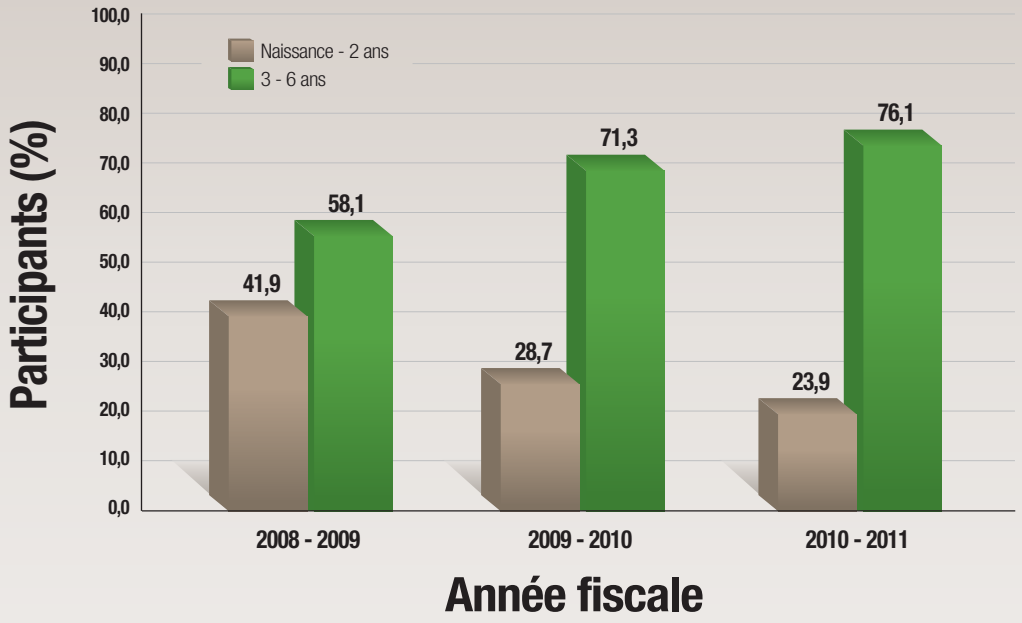
Année fiscale	Nombre de communautés ou d'organisations des Premières Nations ayant présenté des rapports	Nombre de participants au PAPAR
2008-2009	6	136
2009-2010	12	495
2010-2011	12	285

Source *: Modèle de rapport communautaire – rapports régionaux (2008-2011)*

Selon les rapports communautaires produits entre 2008 et 2011, la proportion des enfants de zéro à deux ans qui participent aux programmes relevant du PAPAR a diminué entre 2008-2009 et 2010-2011 (figure 5). Inversement, la proportion des enfants de trois à six ans s'est accrue chaque année.

D'après l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) de 2008-2010[2], environ 36,4 % des enfants des Premières Nations vivant dans les réserves au Canada ont participé à un programme d'aide préscolaire aux Autochtones.

Figure 5. Répartition des participants au PAPAR, selon l'âge (2008-2011)

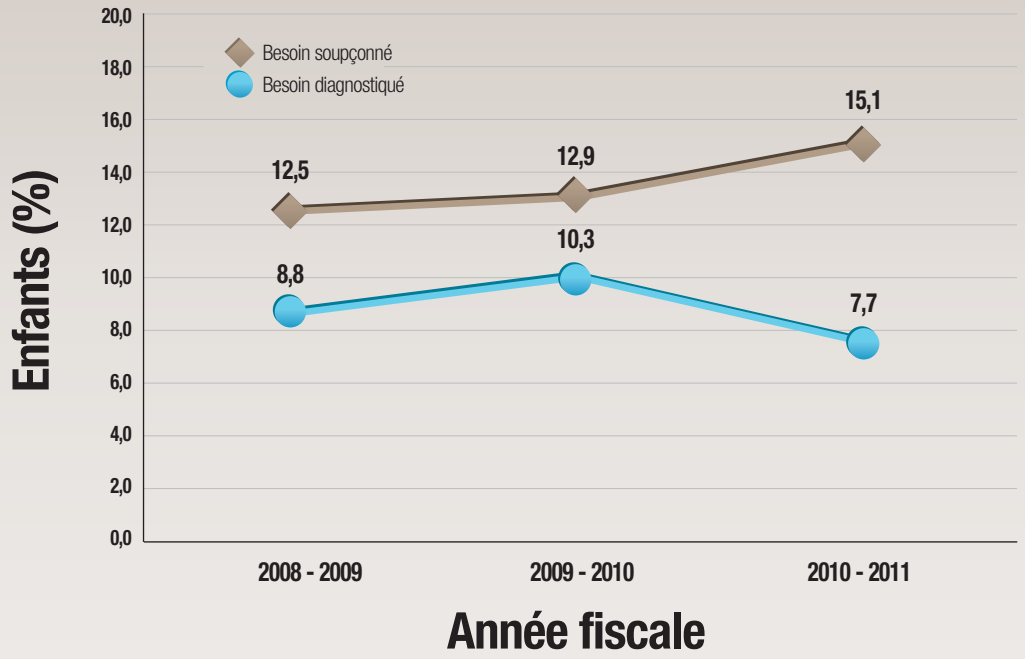


Source *: Modèle de rapport communautaire – rapports régionaux (2008-2011)*

Le PAPAR fournit des renseignements sur les enfants participant au programme qui ont été reconnus comme ayant un besoin spécial. Le MRC de la région de l'Atlantique définit les enfants ayant des besoins spéciaux comme étant des enfants qui ont besoin de soutien ou de services supplémentaires pour vivre un développement harmonieux leur permettant d'interagir au quotidien avec leurs pairs au sein de la communauté. Les besoins spéciaux peuvent comprendre les troubles physiques, sensoriels et cognitifs, les difficultés d'apprentissage, les problèmes de santé mentale ainsi que les problèmes liés à des facteurs sociétaux, culturels, linguistiques ou familiaux.

Le pourcentage d'enfants dont les besoins spéciaux ont été confirmés par un diagnostic était inférieur au pourcentage d'enfants chez lesquels on soupçonnait un besoin spécial pour chacune des trois années (figure 6). Le pourcentage d'enfants ayant reçu un diagnostic de besoin spécial s'est accru de 2008-2009 à 2010-2011, puis il est redescendu à 7,7 % en 2010-2011. Le pourcentage d'enfants soupçonnés d'avoir un besoin spécial était relativement stable, autour de 13 %, au cours des deux premiers exercices, mais il est passé à 15 % en 2010-2011.

Figure 6. Pourcentage des enfants participant au PAPAR qui ont reçu un diagnostic de besoin spécial ou chez lesquels on soupçonne un besoin spécial (2008-2011)



Source *: Modèle de rapport communautaire – rapports régionaux (2008-2011)*

3.3 Enfants pris en charge

Le nombre d'enfants pris en charge parmi les membres des Premières Nations vivant dans les réserves des provinces de l'Atlantique comprend les enfants de 18 ans et moins qui vivent dans une famille d'accueil, un foyer de groupe, un établissement d'accueil ou chez un membre de la famille élargie ou pour lesquels des subventions et du soutien sont offerts après l'adoption[3].

Même si le pourcentage d'enfants pris en charge a été stable de 2008-2009 à 2009 2010, le nombre moyen de jours de prise en charge et le nombre de jours de prise en charge par année ont tous deux augmenté (tableau 3).

Bien que le pourcentage d'enfants pris en charge ait augmenté en 2010-2011, le nombre moyen de jours de prise en charge par enfant et le nombre de jours de prise en charge par année ont diminué.

Tableau 3. Enfants des Premières Nations de 18 ans et moins pris en charge dans les réserves des provinces de l'Atlantique

Année fiscale	Pourcentage d'enfants pris en charge	N^bre^ moyen de jours de prise en charge par enfant	N^bre^ de jours de prise en charge par année
2008-2009	6,2	330	177 185
2009-2010	6,4	361	197 624
2010-2011	7,3	322	196 043

Source *: Données régionales soumises à AADNC; 2009, 2010, 2011*

Section 4 : Santé physique

4.1 Maladies à déclaration obligatoire

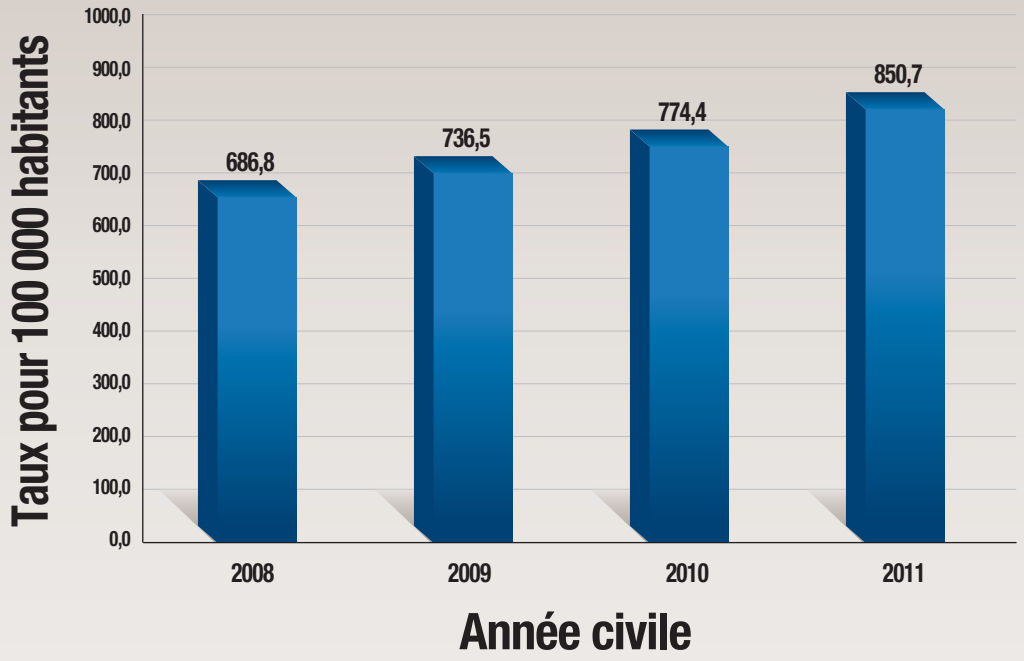
Une maladie à déclaration obligatoire est une maladie dont les cas doivent être signalés aux autorités de santé publique provinciales ou territoriales, en vertu des lois provinciales ou territoriales [4]. Les communautés des Premières Nations de la région de l'Atlantique signalent les cas de maladies à déclaration obligatoire à la RA-DGSPNI sur une base mensuelle au moyen du système de rapports Teleform. La maladie qui a été déclarée le plus souvent entre 2008 et 2011 est la chlamydia. En 2008, la chlamydia représentait également l'infection transmissible sexuellement la plus couramment signalée au Canada[5].

Chez la femme, l'une des complications de la chlamydia non traitée est le syndrome inflammatoire pelvien, qui peut entraîner des douleurs pelviennes chroniques, une grossesse ectopique et la stérilité[5].

Les femmes enceintes peuvent transmettre la chlamydia à leur enfant pendant l'accouchement, ce qui peut entraîner une conjonctivite ou une pneumonie néonatale[5]. La chlamydia est associée à un risque accru de contracter ou de transmettre le VIH[5].

Le taux de chlamydia chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique a augmenté de façon constante et est passé de 686,8 cas par 100 000 habitants en 2008 à 850,7 cas par 100 000 habitants en 2011 (figure 7). En 2008 et en 2009, les membres des Premières Nations de la région de l'Atlantique présentaient des taux de chlamydia approximativement 2,5 et 3 fois supérieurs aux taux déclarés pour la population générale du Canada (248,8 cas par 100 000 habitants et 258,5 cas par 100 000 habitants)[6].

Figure 7. Taux de chlamydia (par 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique (2008-2011)



Source *: Teleform – rapports des communautés de la région de l'Atlantique (2008-2011); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2008-2011)*

4.2 Maladies chroniques

Les maladies chroniques, qui englobent le diabète et les maladies cardiovasculaires (dont les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux), se développent et se manifestent avec le temps. Environ 63 % des Canadiens de 18 ans et plus qui sont membres des Premières Nations et qui demeurent dans une réserve ont déclaré avoir reçu le diagnostic d'au moins un problème de santé chronique[2]. À 60 ans, c'est près de la moitié de cette population qui affirme présenter quatre problèmes de santé chroniques ou plus. Les taux de diabète et de maladies cardiovasculaires déclarés sont plus élevés chez les membres des Premières Nations et les autres Canadiens autochtones que dans la population canadienne en général[7,8].

4.2.1 Diabète

Il est difficile de connaître le nombre exact de membres des Premières Nations vivant dans les réserves qui sont atteints du diabète, car il n'y a pas de déclaration ou de surveillance systématique du diabète dans les communautés des Premières Nations des provinces de l'Atlantique. On estime que la prévalence du diabète chez les Premières Nations est de trois à quatre fois supérieure aux taux observés dans la population canadienne[8].

D'après l'ERS de 2008-2010[2], 16,2 % des membres des Premières Nations (de 18 ans et plus) vivant dans les réserves au Canada ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète. Le taux de prévalence ajusté selon l'âge chez les membres des Premières Nations de 25 ans et plus se situait à 20,7 %. Parmi les personnes qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète, 80,8 % ont déclaré qu'il s'agissait d'un diabète de type 2 et 9,4 %, d'un diabète de type 1. La prévalence était plus élevée chez les femmes que chez les hommes et augmentait avec l'âge. Environ 5,8 % des femmes des Premières Nations ont déclaré un diabète gestationnel[2].

En 2008-2009, la prévalence du diabète (type 1 et type 2 combinés) dans la population canadienne âgée d'un an et plus se situait à 6,8 %; à savoir 6,4 % chez les femmes et 7,2 % chez les hommes[9]. La prévalence du diabète dans la population canadienne âgée de 20 ans et plus était de 8,7 %. Le diabète gestationnel touche environ 4 % des grossesses dans l'ensemble du Canada[10].

Faute de système de surveillance du diabète chez les Premières Nations dans les provinces de l'Atlantique, la prévalence du diabète a été estimée à partir de la base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des SSNA de Santé Canada. Le système des SSNA a permis de dénombrer les membres des Premières Nations appartenant aux bandes de la région de l'Atlantique (dans les réserves et à l'extérieur des réserves) qui ont fait exécuter une ordonnance d'antidiabétique (sous forme de comprimé ou d'insuline injectable) dans cette région entre 2007 et 2011.

Prévalence

La prévalence renseigne sur l'étendue d'un problème donné (p. ex., le diabète) dans la population et englobe **toutes** les personnes atteintes (anciens et nouveaux cas). La prévalence peut être donnée pour l'ensemble de la population ou des sous-populations (p. ex. les hommes, les femmes ou différents groupes d'âge), pour une période donnée.

La proportion des membres des bandes de la région de l'Atlantique qui ont présenté au moins une demande de paiement pour un antidiabétique au cours d'une année donnée a été calculée comme suit :

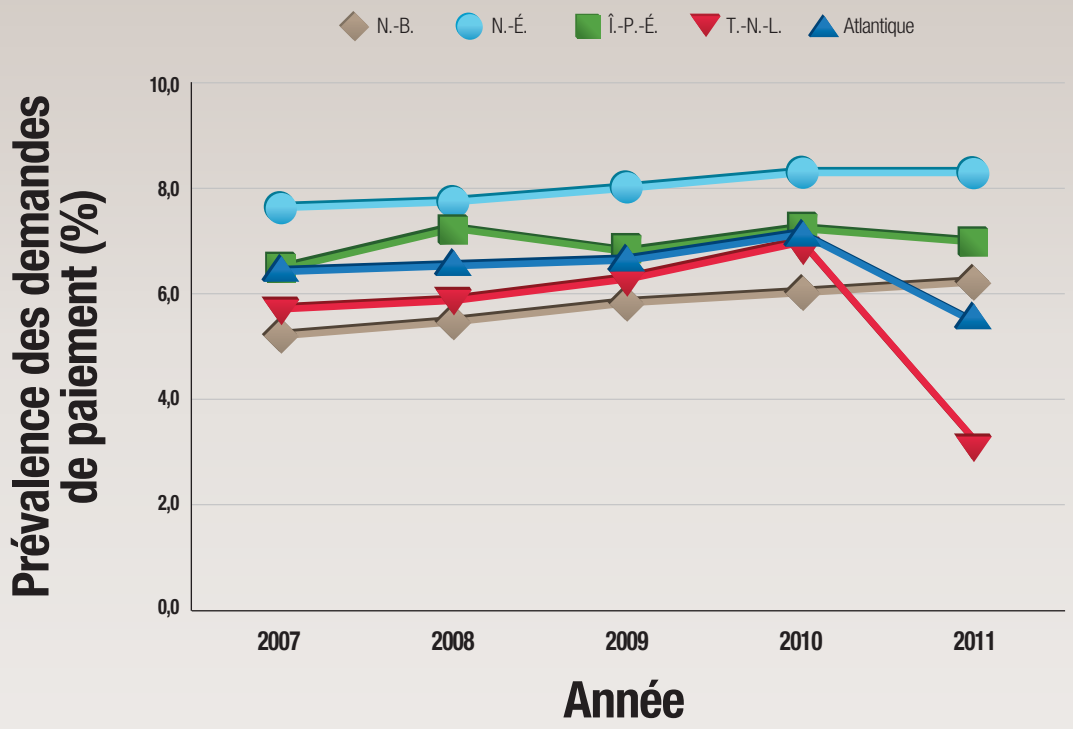
$$\textbf{Prévalence} = \frac{\text{Nombre de membres des bandes de la région de l'Atlantique ayant soumis au moins une demande de paiement pour un antidiabétique pendant l'année}}{\text{Population totale des bandes pendant cette année}}$$

La prévalence a été la plus élevée en Nouvelle-Écosse, où environ 8 % des membres des bandes ont soumis au moins une demande de paiement pour un antidiabétique chaque année (figure 8). Chez les membres des bandes de l'Île-du-Prince-Édouard, la prévalence était d'environ 7 % de 2008 à 2011. De 2007 à 2009, une prévalence similaire a été observée chez les membres des bandes du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse, soit environ 6 %. En 2010, la prévalence s'est accrue à Terre-Neuve-et-Labrador.

Il convient de noter que même si le nombre de membres des bandes de Terre-Neuve-et-Labrador qui ont demandé la couverture d'au moins un antidiabétique a augmenté entre 2010 (n=346) et 2011 (n=849), la prévalence a diminué, passant de 7 % à 3,2 %. Ces variations sont liées à l'augmentation de la population admissible au Programme des SSNA en raison de la création en 2011 de la bande de la Première Nation des Mi'kmaq Qalipu. Cette hausse de la population explique également la baisse de la prévalence dans la région de l'Atlantique (figure 8).

Sauf à l'Île-du-Prince-Édouard, la prévalence était plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans les trois autres provinces pour l'ensemble des cinq années. Les écarts se situaient entre 1 % et 2 % environ; à Terre-Neuve-et-Labrador, les écarts variaient de 1 % à 3 %. À l'Île-du-Prince-Édouard, la prévalence était invariablement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Les écarts allaient de 2,2 % à 3,4 %. La prévalence supérieure chez les femmes des Premières Nations correspond aux données rapportées dans la littérature[2]. Chez les Canadiens qui ne sont pas membres des Premières Nations, la prévalence du diabète est généralement plus élevée chez les hommes que chez les femmes[9].

Figure 8. Prévalence des demandes de paiement d'antidiabétiques chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique, selon la province (2007-2011)

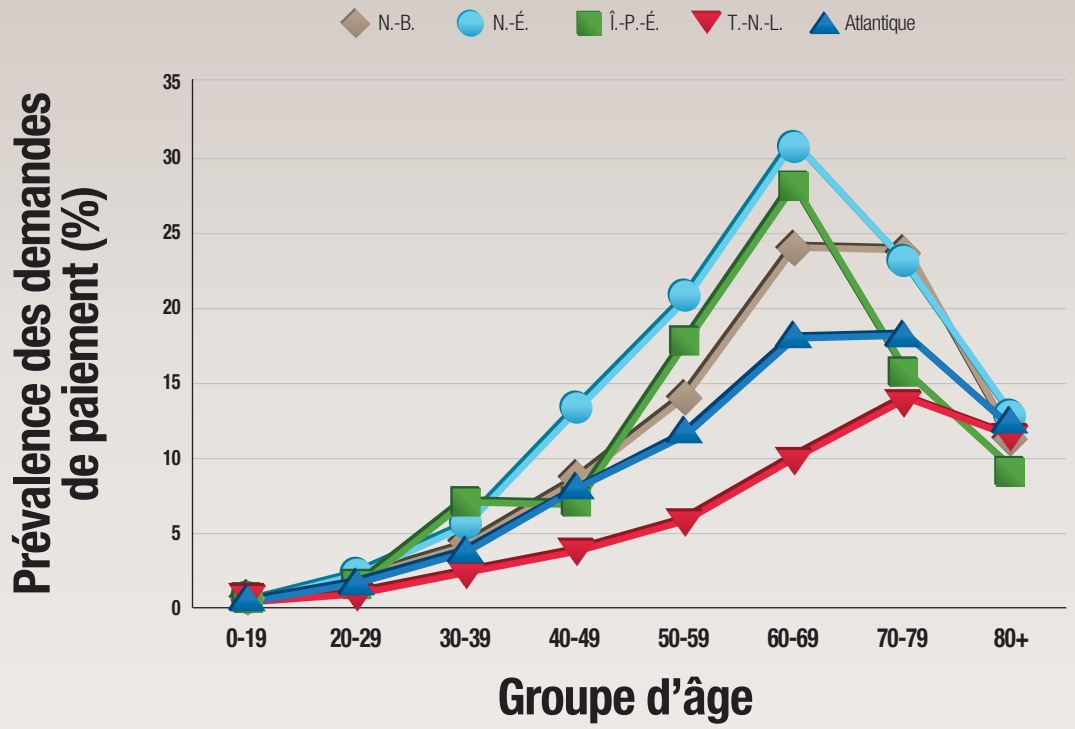


Source *: Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2007-2011); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2007-2011)*

En 2011, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, le pourcentage de membres des bandes qui ont présenté au moins une demande de paiement d'antidiabétique augmentait en fonction de l'âge, jusque dans le groupe des 60 à 69 ans (figure 9). Après 69 ans, la prévalence était comparable ou inférieure. À Terre-Neuve-et-Labrador, la prévalence passait à 14 % chez les membres des bandes âgés de 70 à 79 ans.

La plus forte prévalence pour l'ensemble des groupes d'âge a été observée en Nouvelle-Écosse. En particulier, la prévalence chez les membres des bandes de 40 à 49 ans y était plus élevée que chez les membres appartenant à ce même groupe d'âge dans les autres provinces et la région de l'Atlantique, avec des écarts de 5 % à 9 %.

Figure 9. Prévalence des demandes de paiement d'antidiabétiques chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique, selon l'âge et la province (2011)



Source *: Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2011); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2011)*

Les différences associées à l'âge ou au sexe varient d'une province à l'autre. En Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, la prévalence était plus élevée chez les femmes que chez les hommes jusqu'à l'âge de 49 ans, puis elle était supérieure chez les hommes à partir de l'âge de 50 ans.

Dans les bandes du Nouveau-Brunswick, la prévalence était supérieure chez les femmes de 20 à 39 ans et de 80 ans et plus; la prévalence était supérieure chez les hommes de 40 à 79 ans. Il n'y avait aucune différence dans le groupe des 0 à 19 ans.

À Terre-Neuve-et-Labrador, mis à part chez les membres des bandes de 60 à 69 ans, les femmes présentaient une prévalence supérieure à celle observée chez les hommes. La prévalence était comparable chez les 0 à 19 ans.

Dans la région de l'Atlantique, la prévalence était plus élevée chez les femmes que chez les hommes jusqu'à l'âge de 49 ans. Chez les membres des bandes de 50 à 79 ans, la prévalence était supérieure chez les hommes. Après l'âge de 80 ans, les femmes affichaient une plus forte prévalence.

Incidence

Alors que la prévalence décrit l'étendue d'un problème donné (p. ex., le diabète) et qu'elle englobe **toutes** les personnes atteintes, l'incidence ne prend en compte que les nouveaux cas. Comme pour la prévalence, cette information peut être fournie pour l'ensemble de la population d'une communauté ou pour des sous-populations (p. ex., les hommes, les femmes ou différents groupes d'âge), pour une année donnée.

Du point de vue de la planification, il est utile de connaître l'incidence, car elle procure certaines données probantes sur l'efficacité d'un programme particulier.

La proportion des membres des bandes de la région de l'Atlantique reconnus comme étant de nouveaux utilisateurs d'antidiabétiques au cours d'une année civile donnée a été calculée comme suit :

$$\textbf{Incidence} = \frac{\text{Nombre de membres des bandes qui ont demandé le paiement d'au moins un antidiabétique au cours d'une année civile donnée et qui n'avaient pas présenté de demande de paiement pour un antidiabétique au cours de l'année civile précédente}}{\text{Population totale des bandes au cours de cette même année}}$$

Afin qu'il soit possible de comparer les résultats d'une année à l'autre et d'une source de données à l'autre, l'incidence est présentée sous forme de taux pour 1 000 personnes, ce qui correspond à la méthode standard.

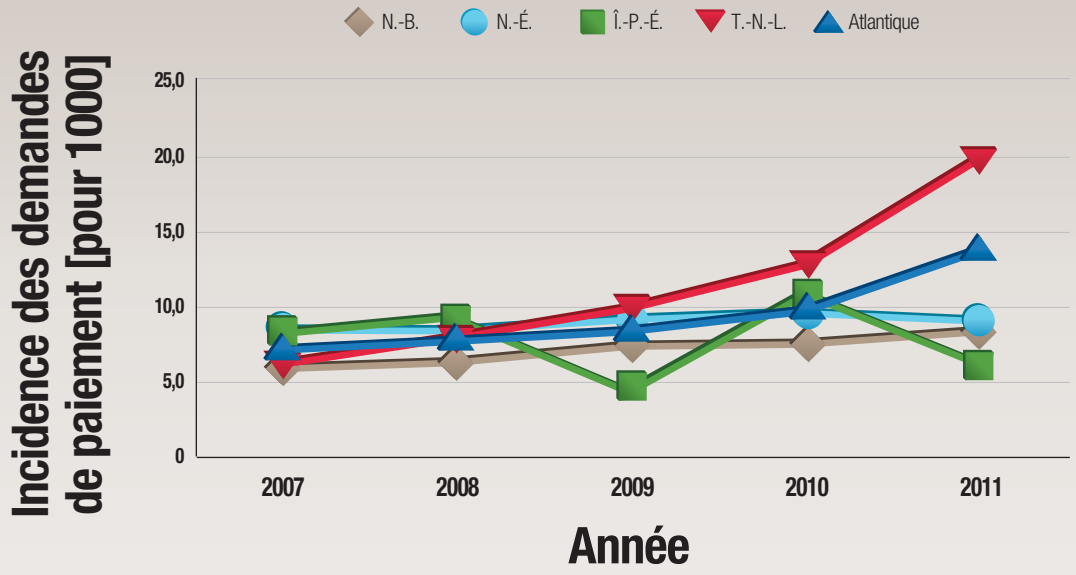
Les taux d'incidence des demandes de paiement d'antidiabétiques et leur évolution au fil des ans varient d'une province à l'autre (figure 10). L'incidence des demandes de paiement chez les membres des bandes du Nouveau-Brunswick a augmenté, étant passée de 6,0 pour 1 000 en 2007 à 8,2 pour 1 000 en 2011. En Nouvelle-Écosse, le taux d'incidence est demeuré relativement stable, à environ 9,0 pour 1 000, de 2007 à 2009. L'incidence est passée à 9,8 pour 1 000 en 2010, puis elle a connu une baisse en 2011.

Les taux d'incidence ont augmenté progressivement de 2007 à 2011 chez les membres des bandes de Terre-Neuve-et-Labrador (figure 10). La hausse marquée des taux d'incidence de 2010 à 2011 résulte vraisemblablement de la création de la bande de la Première Nation des Mi'kmaq Qalipu en 2011, qui a eu pour effet d'accroître la population admissible au Programme des SSNA.

Les taux d'incidence chez les membres des bandes de l'Île-du-Prince-Édouard n'ont suivi aucune tendance nette (figure 10). Le taux d'incidence des demandes de paiement d'antidiabétiques est passé de 8,8 pour 1 000 en 2007 à 9,5 pour 1 000 en 2008. Ce taux a diminué jusqu'à 5,1 pour 1 000 en 2009, puis il a pratiquement doublé en 2010, à 10,9 pour 1 000. En 2011, l'incidence a connu une baisse, à 6,6 pour 1 000.

L'incidence des cas diagnostiqués de diabète dans l'ensemble de la population canadienne d'un an et plus était de 6,3 pour 1 000 en 2008-2009[9].

Figure 10. Taux d'incidence (pour 1 000 personnes) des demandes de paiement d'antidiabétiques chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique, selon la province (2007-2011)



Source *: Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2007-2011); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2007-2011)*

4.2.2 Maladies cardiovasculaires

En comparaison des populations non autochtones, les membres des Premières Nations et les autres Autochtones risquent davantage de développer une maladie cardiovasculaire[11] et d'en mourir[12]. Les maladies cardiovasculaires sont 1,5 fois plus fréquentes chez les membres des Premières Nations que dans la population canadienne en général[8]. Chez les membres des Premières Nations de 18 ans et plus qui ont participé à l'ERS de 2008-20102, davantage d'hommes que de femmes ont indiqué avoir reçu un diagnostic de maladie cardiaque (6,7 % et 4,2 %, respectivement). Tjepkema et coll.[12] estiment que chez les Premières Nations, les taux de décès liés à des maladies cardiovasculaires surpassent de 30 % pour les hommes et de 76 % pour les femmes les taux observés chez les non-Autochtones.

La base de données sur les demandes de paiement des SSNA a servi à dénombrer les membres des Premières Nations faisant partie des bandes de la région de l'Atlantique qui ont fait exécuter des ordonnances de médicaments pour le traitement de maladies cardiovasculaires dans cette région de 2007 à 2011. Il convient de noter que les diurétiques ont été inclus dans ce calcul, car ces médicaments servent au traitement des maladies cardiovasculaires.

Prévalence = Nombre de membres des bandes de la région de l'Atlantique qui ont demandé le paiement d'au moins un médicament pour le traitement des maladies cardiovasculaires au cours d'une année civile donnée

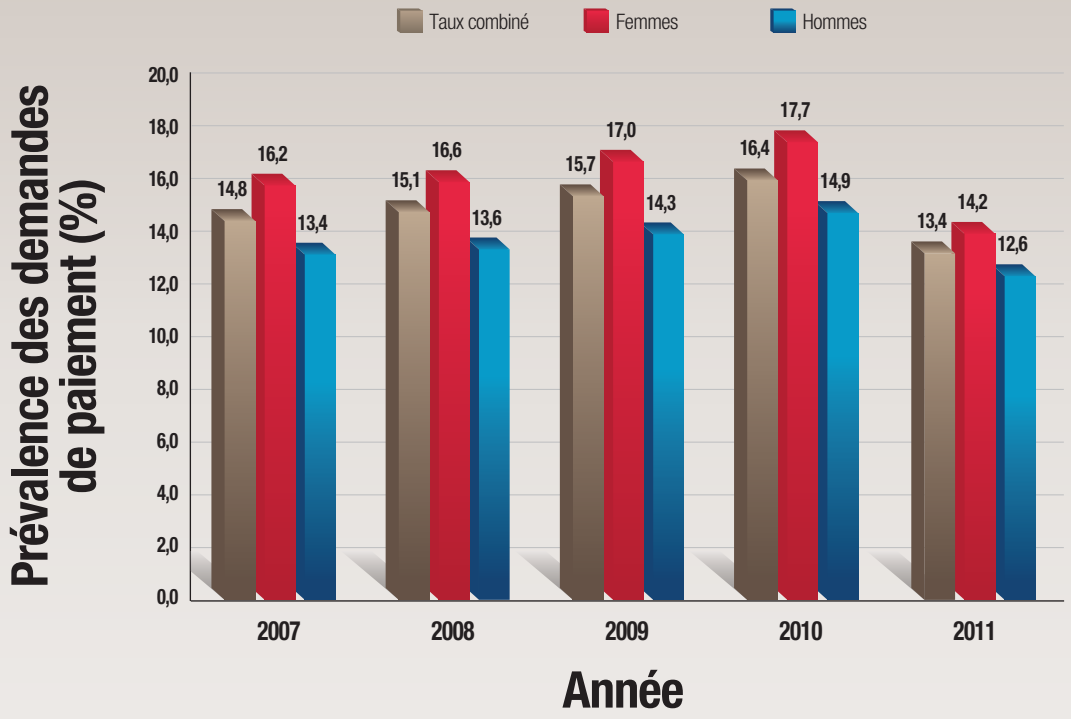
Population totale des bandes au cours de cette même année

Si l'on considère les membres des bandes des Premières Nations de la région de l'Atlantique qui ont demandé le paiement d'au moins un médicament pour le traitement des maladies cardiovasculaires, la prévalence de ces demandes de paiement s'est accrue d'un peu moins d'un 1 % par année entre 2007 (14,8 %) et 2010 (16,4 %; figure 11). En 2011, la prévalence des demandes de paiement est passée à 13,4 %. Les tendances étaient similaires chez les hommes et chez les femmes. La prévalence des demandes de paiement était supérieure chez les femmes pour chacune des années, avec un écart d'environ 3 % par rapport aux hommes. Cet égard a été d'environ 2 % en 2011.

Même si le nombre de membres des bandes de la région de l'Atlantique qui ont demandé le paiement d'au moins un médicament pour le traitement de maladies cardiovasculaires a augmenté de 2010 à 2011, la prévalence est passée 16,4 % à 13,4 %. Cette diminution est liée à l'augmentation de la population admissible au Programme des SSNA en raison de la création en 2011 de la bande de la Première Nation des Mi'kmaq qalipu.

La prévalence des demandes de paiement de médicaments servant au traitement des maladies cardiovasculaires était comparable chez les membres des bandes des Premières Nations du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard (de 15 % à 18 %). Les taux enregistrés dans ces trois provinces ont augmenté en 2010 et étaient invariablement plus élevés chez les femmes. Pour leur part, les membres des bandes des Premières Nations de Terre-Neuve-et-Labrador ont présenté des taux systématiquement inférieurs.

Figure 11. Prévalence des demandes de paiement de médicaments pour le traitement des maladies cardiovasculaires chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique, selon le sexe (2007-2011)



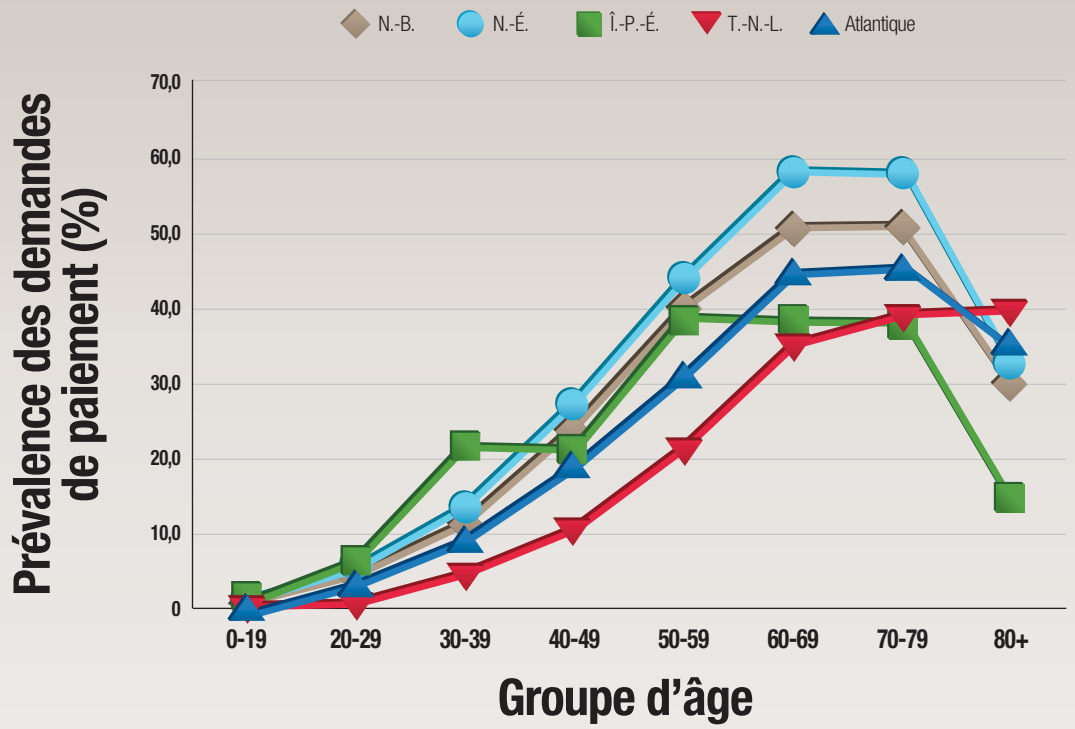
Source *: Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2011); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2011)*

En 2011, la prévalence des demandes de paiement concernant des médicaments pour le traitement des maladies cardiovasculaires augmentait avec l'âge, jusque dans le groupe des 70 à 79 ans (figure 12). La prévalence était la plus basse chez les membres des bandes de Terre-Neuve-et-Labrador pour l'ensemble des groupes d'âge jusqu'à celui des 70 à 79 ans. La prévalence diminuait dans le groupe des 80 ans et plus dans toutes les provinces, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, où elle demeurait la même que dans le groupe des 70 à 79 ans. De toutes les provinces, Terre-Neuve-et-Labrador avait la plus forte prévalence chez les 80 ans et plus.

Sauf dans les groupes des 30 à 39 ans et des 80 ans et plus, la prévalence des demandes de paiement chez les membres des bandes était plus élevée en Nouvelle-Écosse que dans les autres provinces. Les plus grands écarts concernaient les membres de 60 à 69 ans.

Chez les 30 à 39 ans, la plus forte prévalence des demandes de paiement a été observée à l'Île-du-Prince-Édouard (21,5 %, contre 14,6 %, 11,7 % et 3,9 % dans les autres provinces).

Figure 12. Prévalence des demandes de paiement de médicaments pour le traitement des maladies cardiovasculaires chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique, selon l'âge et la province (2011).



Source *: Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2011); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2011)*

4.2.3 Tabagisme

Le tabagisme est un facteur de risque bien établi de plusieurs maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète[11]. Les taux de tabagisme rapportés sont trois fois plus élevés chez les Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne[2,13].

Selon l'ERS de 2008-2010[2], près de 57 % des membres des Premières Nations de 18 ans et plus qui vivent dans les réserves au Canada ont dit être fumeurs au moment de l'enquête. Quarante-trois pour cent (43 %) étaient des fumeurs quotidiens et 13,7 %, des fumeurs occasionnels. Il n'y avait pas de différence entre les taux de tabagisme des hommes et des femmes.

En 2011, 17,3 % des Canadiens de 15 ans ou plus étaient des fumeurs actifs, dont 13,7 % de fumeurs quotidiens[13]. Les taux de tabagisme étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, tant chez les fumeurs actifs que chez les fumeurs quotidiens.

En ce qui concerne les jeunes canadiens de 15 à 17 ans, la prévalence du tabagisme quotidien était supérieure chez les membres des Premières Nations que dans la population générale, soit 29,6 % contre 3,9 % respectivement[2,13]. L'usage quotidien du tabac était plus répandu chez les femmes des Premières Nations[2] ainsi que chez les hommes de la population canadienne en général[13].

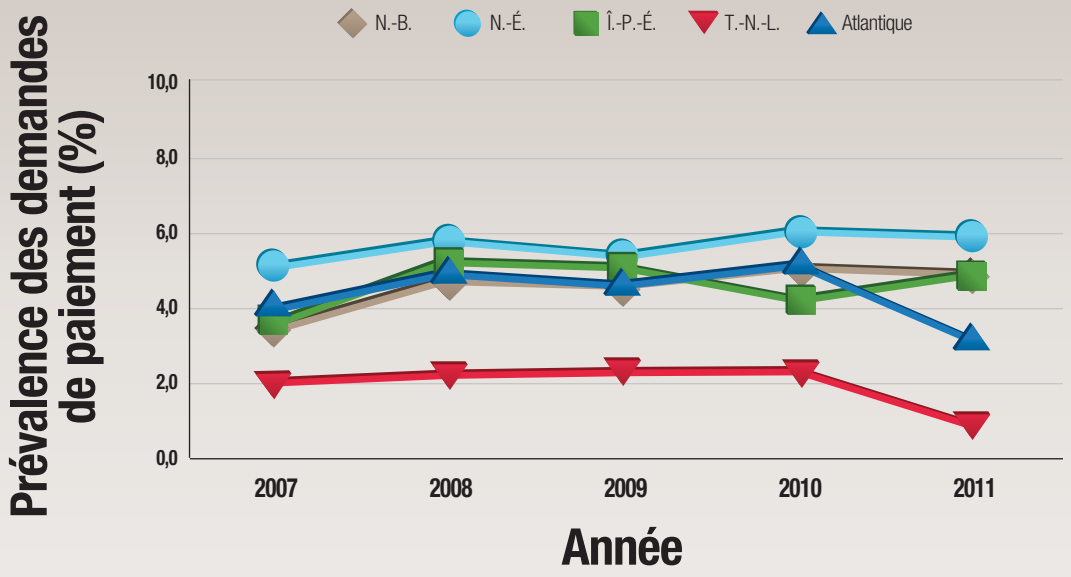
Les personnes qui souhaitent cesser de fumer ont souvent recours à des thérapies de remplacement de la nicotine et font appel à des produits comme Nicoderm®, Nicorette®, Champix® et Zyban®. Environ 30 % des membres des Premières Nations de 18 ans et plus qui vivent dans les réserves au Canada ont essayé d'arrêter de fumer dans les 12 mois qui ont précédé l'ERS de 2008-2010[2].
En comparaison, 14,4 % des Canadiens de 15 ans et plus ont tenté d'arrêter de fumer en 2011[13]. Plus de femmes que d'hommes ont essayé d'arrêter de fumer dans ces deux populations[2,13].

De 2007 à 2011, la prévalence des demandes de paiement concernant des produits de renoncement au tabac (p. ex. Nicoderm®, Nicorette®, Champix® et Zyban®) a été la plus élevée parmi les membres des bandes de la Nouvelle-Écosse qui avaient 15 ans et plus (figure 13). La prévalence se situait entre 5 % et 6 %. De 2007 à 2009, la prévalence des demandes de paiement était comparable chez les membres des bandes (de 15 ans et plus) du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la région de l'Atlantique. En 2010, la prévalence a connu une baisse d'environ 1 % à l'Île-du-Prince-Édouard.

À Terre-Neuve-et-Labrador, la prévalence des demandes de paiement est demeurée stable, à environ 2 % des membres des bandes, de 2007 à 2010. La baisse de la prévalence observée en 2011 à Terre-Neuve-et-Labrador et dans l'ensemble de la région de l'Atlantique découle de la création cette même année de la bande de la Première Nation des Mi'kmaq qalipu, qui a eu pour effet d'accroître la population admissible au Programme des SSNA.

Conformément aux constatations antérieures[2,13], un pourcentage supérieur de femmes que d'hommes ont demandé le paiement d'un produit de renoncement au tabac.

Figure 13. Prévalence des demandes de paiement de produits de renoncement au tabac chez les membres de 15 ans et plus des bandes de la région de l'Atlantique, selon la province (2007-2011)



Source *: Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2007-2011); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2007-2011)*

4.3 Santé maternelle et infantile

Les données sur la santé maternelle et infantile sont transmises par l'intermédiaire de Teleform, des rapports du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), des rapports du Programme de soins de santé maternelle et infantile (PSSMI), du MRC et des rapports sur la couverture vaccinale.

4.3.1 Taux de natalité

À l'heure actuelle, les données sur les naissances des membres des Premières Nations vivant dans les réserves sont transmises par les communautés à la RA-DGSPNI par l'intermédiaire de Teleform, des rapports du PCNP et des rapports du PSSMI. À compter de 2011-2012, ces renseignements seront fournis par l'entremise du MRC. En raison des variations et des incohérences entre les rapports présentés par les communautés pour les divers programmes, chaque rapport contient des données différentes sur le taux de natalité. Les taux de natalité obtenus par Teleform ont été utilisés aux fins du présent document, car ils englobent toutes les naissances, et non seulement les femmes qui participent au PCNP ou aux programmes de SSMI.

Le taux de natalité, défini comme étant le rapport entre le nombre total de naissances vivantes et le nombre d'habitants, est calculé en divisant le nombre de naissances (numérateur) par le nombre d'habitants (dénominateur).

Le taux de natalité est défini comme le nombre de naissances vivantes pour 1 000 personnes par année.

En moyenne, 26 communautés ont présenté des rapports par l'intermédiaire de Teleform de 2008 à 2011 (tableau 4). Le nombre de naissances a varié entre un maximum de 408 en 2009 et un minimum de 354 en 2011. Le taux de natalité a diminué de 2008 à 2011 (figure 14). D'un maximum de 19,1 pour 1 000 personnes en 2009, le taux de natalité est redescendu à 15,9 pour 1 000 personnes en 2011.

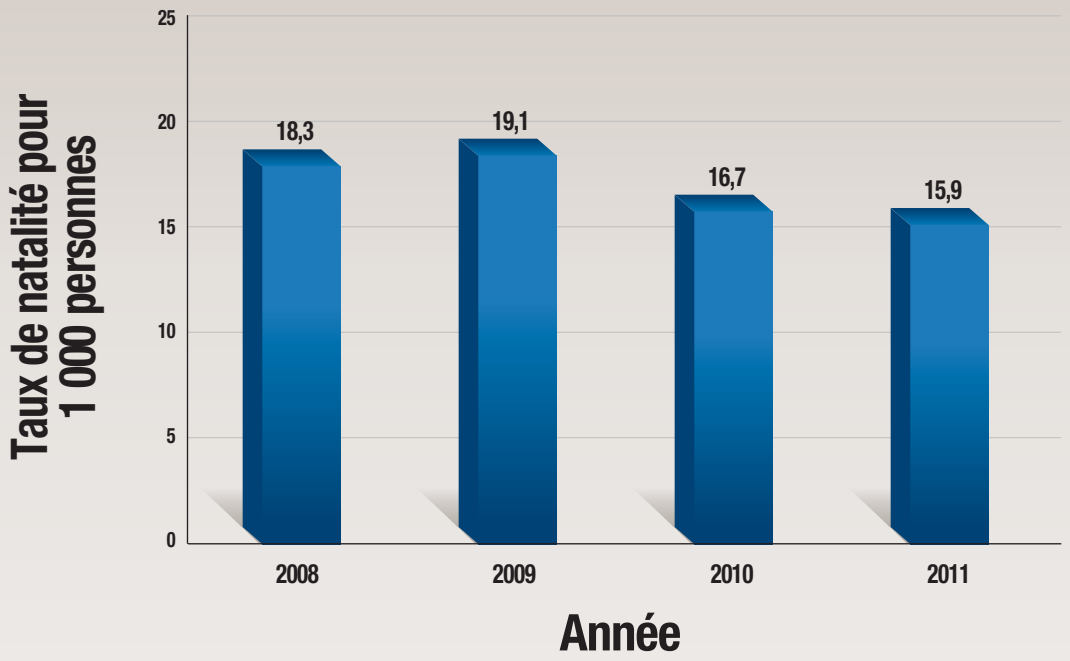
À titre de comparaison, le taux de natalité dans l'ensemble des provinces de l'Atlantique était d'approximativement 10 naissances par 1 000 habitants entre 2008 et 2010[14]. Le taux de natalité pour l'ensemble du Canada s'élevait à environ 11,0 pour 1 000 au cours de la même période[14]. On ne possède pas de données pour l'année 2011 pour les provinces de l'Atlantique ou l'ensemble du Canada.

Tableau 4. Nombre de naissances vivantes chez les Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique (2008-2011)

Année civile	Nombre de communautés des Premières Nations ayant soumis des rapports	Nombre de naissances
2008	27	383
2009	28	408
2010	25	365
2011	26	354

Source *: Teleform – rapports des communautés de la région de l'Atlantique (2008-2011); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2008-2011)*

Figure 14. Taux de natalité chez les Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique (2008-2011)



Source *- Teleform – rapports des communautés de la région de l'Atlantique (2008-2011); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2008-2011)*

4.3.2 Poids à la naissance

Selon les rapports que les communautés de la région de l'Atlantique ont transmis par l'intermédiaire de Teleform, le pourcentage de bébés qui présentaient un poids santé à la naissance (2 500 g à 4 000 g ou 5 lb 9 oz à 8 lb 11 oz) est passé de 74,7 % en 2008 à 72,1 % en 2011 (figure 15). À titre de comparaison, le pourcentage de bébés qui avaient un poids santé à la naissance dans l'ensemble des provinces de l'Atlantique s'est accru légèrement, passant de 79,5 % en 2008 à 80,7 % en 2010[15]. Au cours de la même période, le pourcentage des bébés canadiens qui sont nés avec un poids santé a connu une hausse minime de 82,1 % à 82,6 %[15].

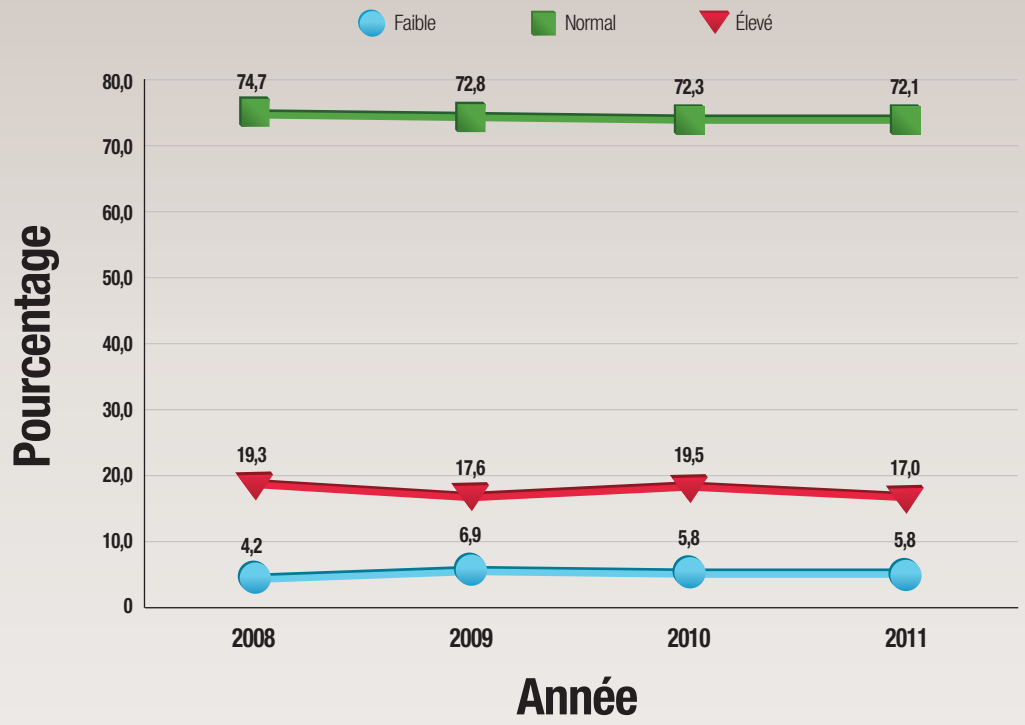
Étant donné qu'un poids élevé à la naissance pose des risques (dont le diabète, l'obésité pendant l'enfance et à l'âge adulte et des complications à la naissance)[16], le pourcentage d'enfants des Premières Nations qui pesaient plus de 4 000 g (8 lb 11 oz) à la naissance est préoccupant dans la région de l'Atlantique.

En 2008 et en 2010, près de 19 % des nouveau-nés présentaient un poids supérieur à 4 000 g (8 lb 11 oz) à la naissance. En 2009 et en 2011, cette proportion a été de 17,6 % et de 17,0 % respectivement (figure 15). Ces taux sont plus élevés que ceux observés dans les provinces de l'Atlantique et dans l'ensemble du Canada[15].

Dans les provinces de l'Atlantique ainsi que dans l'ensemble du Canada, le pourcentage de bébés pesant plus de 4 000 g à la naissance a diminué de 2008 à 2010, bien que minimalement dans le cas des bébés canadiens[15]. Dans les provinces de l'Atlantique, ce taux est passé de 14,8 % à 13,3 %; dans l'ensemble du Canada, il est passé de 11,8 % à 11,2 %[15].

Le pourcentage de bébés qui présentaient un faible poids à la naissance (moins de 2 500 g ou 5 lb 9 oz) se situait entre 4,2 % en 2008 et 6,9 % en 2009. En 2010 et en 2011, ce taux a été de 5,8 %. Ces résultats se rapprochent des taux d'environ 6 % qui ont été consignés pour l'ensemble de la population des provinces de l'Atlantique et du Canada de 2008 à 2010[15].

Figure 15. Répartition des naissances vivantes chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique, selon le poids à la naissance (2008-2011)



Source *: Teleform – rapports des communautés de la région de l'Atlantique (2008-2011)*

4.3.3 Comportements à risque

Le tabagisme maternel pendant la grossesse est associé à de nombreux effets nocifs sur la santé: mortinaissances, insuffisance pondérale à la naissance, syndrome de mort subite du nourrisson, trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, certains cancers infantiles et risque d'asthme accru[17].

L'exposition à l'alcool pendant la grossesse est liée à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), qui comprend des déficits cognitifs, comportementaux, neurodéveloppementaux, physiologiques ou physiques limitant les enfants tout au long de leur vie[17].

À l'heure actuelle, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour établir : 1) les effets sur le fœtus d'une consommation d'alcool, même faible, pendant la grossesse; 2) une limite sécuritaire de consommation d'alcool, ce qui laisse supposer qu'il n'y aurait aucun niveau sécuritaire de consommation d'alcool pendant la grossesse[18]. Par conséquent, les directives cliniques conseillent aux femmes enceintes ou susceptibles de le devenir de s'abstenir complètement de boire de l'alcool.

On ignore combien de Canadiens sont touchés par l'ETCAF, car ces troubles sont difficiles à diagnostiquer et sont souvent sous-déclarés[19]. On estime que neuf enfants canadiens sur 1 000[19], soit environ 1 % de la population[18], naissent avec l'ETCAF chaque année. Les résultats des recherches semblent indiquer que l'incidence de l'ETCAF est supérieure dans les populations autochtones ainsi que dans les communautés rurales, éloignées et nordiques[20].

La RA-DGSPNI reçoit de l'information sur le tabagisme et la consommation d'alcool ou d'autres drogues pendant la grossesse dans les rapports communautaires du PCNP. Les comportements à risque le plus souvent déclarés en 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011 chez les participantes au PCNP dans la région de l'Atlantique étaient le tabagisme, suivi de la consommation de drogues, d'alcool ou de solvants (tableau 5). Les taux de tabagisme pendant la grossesse ont diminué chez les participantes au PCNP au cours des trois exercices. Les taux de consommation de drogues ou d'alcool pendant la grossesse ont également diminué de plus de 50 % entre 2008-2009 et 2009-2010, puis sont restés stables à environ 8 % en 2010-2011.

Tableau 5. Tabagisme et consommation d'alcool ou d'autres drogues pendant la grossesse chez les participantes au PCNP (2008-2011)

Année fiscale	Nombre de communautés des Premières Nations ayant soumis des rapports	Nombre de participantes au PCNP	Tabagisme (%)	Drogues/alcool/ solvants (%)
2008-2009	18	500	41,4	21,0
2009-2010	19	491	33,0	8,1
2010-2011	8	200	31,5	7,5

***Source** : Rapports du Programme canadien de nutrition prénatale – région de l'Atlantique (2008-2011)*

Le pourcentage de **mères des Premières Nations vivant dans les réserves qui ont entrepris d'allaiter** est passé de 44,1 % en 2008-2009 à 60,3 % en 2010-2011 (figure 16).

Le pourcentage **d'enfants allaités après l'âge de six mois a également augmenté**, étant passé de 9,9 % en 2008-2009 à 13,2 % en 2010-2011.

D'après les données de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) de 2011[13], 6,9 % des Canadiennes de 20 à 44 ans ayant donné naissance à un enfant au cours des cinq années précédentes ont déclaré avoir fumé pendant leur grossesse. Lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005[17], les Canadiennes ayant donné naissance à un enfant au cours des cinq années antérieures ont dit dans une proportion de 10,5 % avoir bu de l'alcool pendant leur grossesse; 1,1 % d'entre elles ont déclaré avoir consommé de l'alcool plus d'une fois par semaine.

4.3.4 Allaitement maternel

En raison de ses effets bénéfiques sur la croissance, le système immunitaire et le développement cognitif des nourrissons, l'allaitement maternel est préconisé par Santé Canada (conformément aux lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé) et est reconnu sur la scène internationale comme la façon naturelle et idéale de nourrir un nourrisson[21,22].

« L'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois est reconnu comme la norme d'alimentation du nourrisson », et il représente une recommandation de santé publique de portée mondiale[21,22].

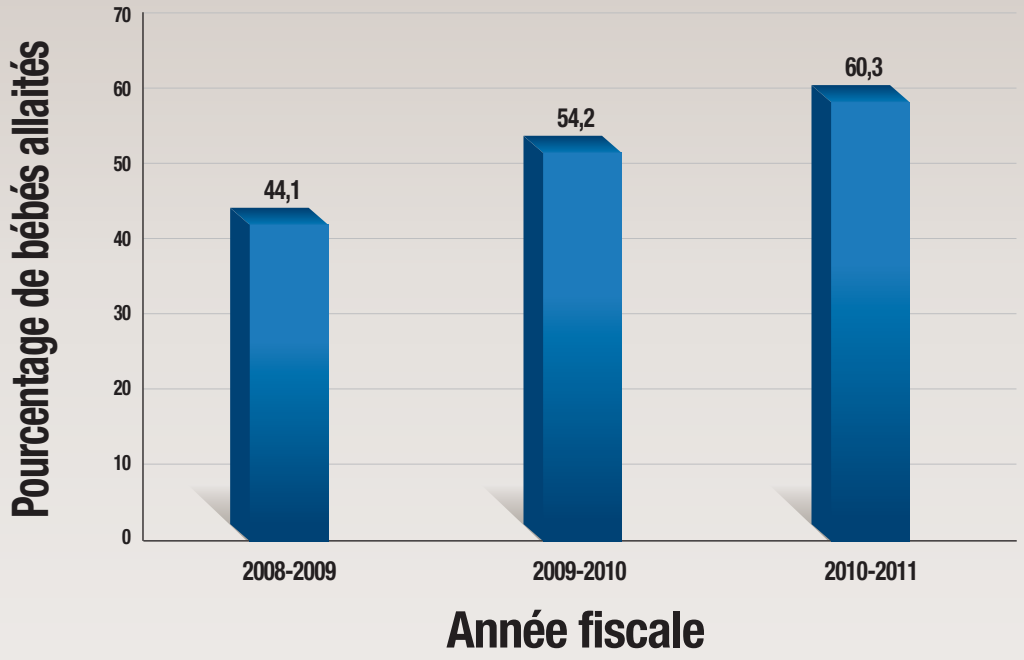
De plus, il est recommandé de poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou plus, même si l'enfant consomme des aliments solides[22].

D'après les rapports du PCNP dans les provinces de l'Atlantique, le pourcentage de mères des Premières Nations vivant dans les réserves qui ont entrepris d'allaiter est passé de 44,1 % en 2008-2009 à 60,3 % en 2010-2011 (figure 16). Le pourcentage d'enfants allaités après l'âge de six mois a également augmenté, étant passé de 9,9 % en 2008-2009 à 13,2 % en 2010-2011.

Selon les données de l'ESCC[23], en 2009-2010, 87,3 % des femmes de 15 à 55 ans ayant donné naissance à un enfant au cours des cinq années précédentes ont déclaré avoir commencé à allaiter, et 25,9 % des femmes ont déclaré avoir maintenu un allaitement maternel exclusif pendant six mois ou plus.

Il est encourageant de constater que le pourcentage des femmes des Premières Nations qui choisissent d'allaiter et la durée de l'allaitement semblent augmenter. Il demeure nécessaire d'offrir des programmes de promotion de l'allaitement et de soutien aux mères afin qu'elles poursuivent l'allaitement au-delà des six premiers mois.

Figure 16. Pourcentage des mères des Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique qui ont commencé à allaiter (2008-2011)



Source *: Rapports du Programme canadien de nutrition prénatale – région de l'Atlantique (2008-2011)*

4.3.5 Introduction des aliments solides

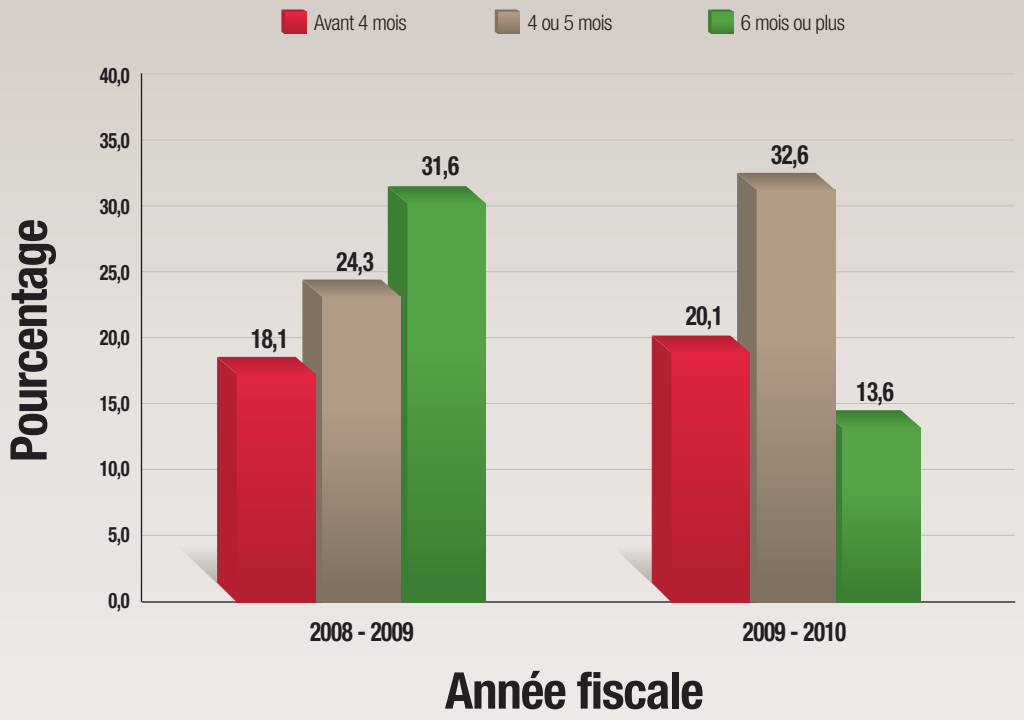
On recommande l'introduction d'aliments solides à l'âge de six mois et le maintien de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans ou plus[21,22]. Si l'enfant est plutôt nourri aux préparations pour nourrissons, des aliments solides devraient être introduits en complément. Il a été démontré que le fait de retarder l'introduction des aliments solides réduisait le risque d'obésité ou de surcharge pondérale à l'âge de 10 ans[24].

Présentement, les rapports du PCNP de l'Atlantique représentent la seule source de données sur l'âge de l'introduction des aliments solides chez les enfants. En 2010-2011, 25 % des communautés qui ont présenté des rapports sur le PCNP n'ont pas inclus de renseignements sur l'introduction des aliments solides.

Ces omissions concernent 72,8 % des bébés nés dans le programme pour cet exercice. Par conséquent, seules les données des exercices 2008-2009 et 2009-2010 sont incluses dans le présent rapport.

Le pourcentage de bébés qui ont reçu des aliments solides avant l'âge de six mois a enregistré une hausse et est passé de 42,4 % en 2008-2009 à 52,7 % en 2010-2011 (figure 17). Inversement, le pourcentage de bébés chez qui l'introduction des aliments solides a été retardée jusqu'à au moins six mois est passé de 31,6 % à 13,9 %. L'augmentation du pourcentage de nourrissons qui ont reçu des aliments solides avant l'âge de six mois fait ressortir le besoin de programmes permanents visant à promouvoir l'importance d'attendre que l'enfant ait au moins six mois pour introduire les aliments solides.

Figure 17. Âge de l'introduction des aliments solides chez les bébés des Premières Nations dans les réserves de la région de l'Atlantique (2008-2011)



Source *: Rapports du Programme canadien de nutrition prénatale – région de l'Atlantique (2008-2011)*

4.4 Vaccination

« Au cours des 50 dernières années, la vaccination a sauvé la vie de plus de nourrissons et d'enfants que toute autre intervention médicale[25]. » La vaccination effectuée selon les recommandations des calendriers provinciaux procure une protection contre 13 maladies évitables par la vaccination.

Le taux de couverture vaccinale correspond au nombre de personnes d'une communauté qui ont été vaccinées divisé par le nombre de personnes qui auraient dû être vaccinées. Les 33 communautés des Premières Nations de la région de l'Atlantique sont tenues de déclarer leur couverture vaccinale, et même si le nombre de communautés ayant soumis des rapports varie, on constate une hausse de 2008 à 2011 (tableau 6).

Tableau 6. Nombre de communautés des Premières Nations (réserves) qui fournissent de l'information sur le taux de couverture vaccinale

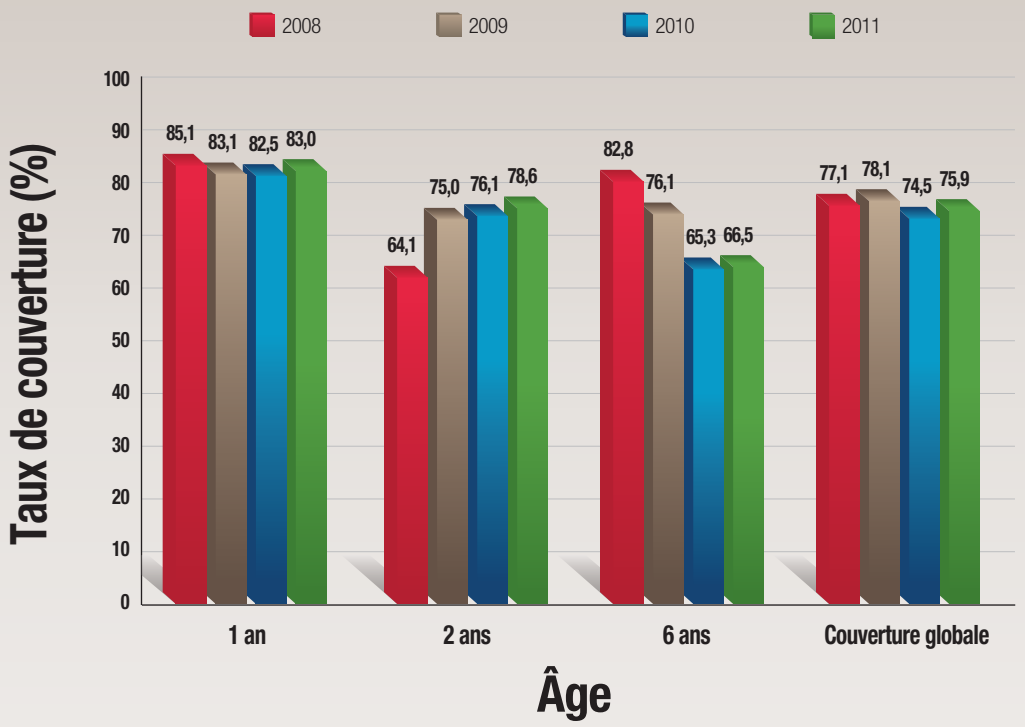
Année de déclaration	Nombre de communautés ayant soumis des rapports
2008	21
2009	26
2010	26
2011	30

Le taux de couverture vaccinale était le plus élevé à l'âge d'un an; il diminuait à l'âge de deux ans, puis de nouveau à six ans (figure 18). Le taux de couverture avoisinait les 83 % chez les enfants d'un an de 2009 à 2011. Il a connu une hausse constante chez les enfants de deux ans entre 2008 (64,1 %) et 2011 (78,6 %).

À l'inverse, on a observé un déclin progressif du taux de couverture vaccinale à l'âge de six ans de 2008 (82,8 %) à 2010 (65,3 %). En 2011, le taux a augmenté légèrement pour s'établir à 66,5 %.

Le taux de couverture global (chez l'ensemble des enfants d'un, deux et six ans) a varié entre 75 % et 78 % de 2008 à 2011. En 2011, ce taux était d'approximativement 76 %.

Figure 18. Taux de couverture vaccinale des membres des Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique, selon l'âge et l'année (2008-2011)



Source *: Rapports sur les taux de couverture vaccinale des communautés de la région de l'Atlantique (2008-2011)*

Les taux de couverture réels pourraient être plus élevés que ceux présentés ici, car les enfants qui se font vacciner à l'extérieur des réserves ne sont pas bien représentés dans ces données.

Il faudrait inciter les communautés à faire vacciner leurs enfants et à améliorer la communication des données sur la vaccination.

Le pourcentage de membres des Premières Nations vivant dans les réserves au Canada qui ont affirmé être inactifs **physiquement augmentait** avec l'âge[2].

Environ 46 % des personnes de 18 ans et plus ont dit être inactives, contre 28,1 % des jeunes de 12 à 17 ans et 17,6 % des enfants de 11 ans et moins.

Section 5 : Mode de vie et capacité d'adaptation

5.1 Activité physique

La plupart des gens connaissent bien les bienfaits de l'activité physique régulière. L'activité physique contribue au bien-être mental, physique et émotionnel de chaque personne, et par conséquent de toute la société[26-28]. Des améliorations de l'estime de soi, de l'image corporelle et du rendement scolaire, une réduction de l'abus de drogues ou d'alcool, de meilleures relations parentales et une diminution de la colère et du stress chez les jeunes sont également associées à la pratique de l'activité physique[27].

À l'échelle mondiale, l'inactivité physique est reconnue comme un problème de santé majeur[29] et comme le principal facteur de l'augmentation des coûts en santé publique[30].

Plus de 50 % de la population canadienne et près de 75 % des Autochtones vivant dans les réserves du pays ont affirmé être physiquement inactifs[31]. En 2012, seulement 7 % des enfants et des jeunes canadiens satisfaisaient aux nouvelles Directives canadiennes en matière d'activité physique, qui recommandent la pratique d'au moins 60 minutes d'activité physique modérée à intense par jour[32].

Le pourcentage de membres des Premières Nations vivant dans les réserves au Canada qui ont affirmé être inactifs physiquement augmentait avec l'âge[2]. Environ 46 % des personnes de 18 ans et plus ont dit être inactives, contre 28,1 % des jeunes de 12 à 17 ans et 17,6 % des enfants de 11 ans et moins.

À l'inverse, le pourcentage de membres des Premières Nations vivant dans les réserves qui ont affirmé être actifs physiquement diminuait avec l'âge[2]. Vingt-cinq pour cent (25 %) des personnes de 18 ans et plus ont dit être actives, contre 49,3 % des jeunes de 12 à 17 ans et 62,4 % des enfants de 11 ans et moins.

À la DGSPNI, la promotion de l'activité physique est principalement liée à l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Un employé de la DGSPNI aide les communautés des Premières Nations de l'Atlantique à offrir des activités récréatives et physiques appropriées à leurs résidents. Le principal projet mis en œuvre par la DGSPNI est le Fonds d'encouragement pour l'activité physique dans les communautés. Il s'agit d'un projet conjoint de la RA-DGSPNI et de l'administration centrale, à Ottawa. Nous espérons que les sommes investies seront un point de départ qui permettra aux communautés d'obtenir du financement additionnel auprès d'autres sources.

Dans la région de l'Atlantique, les communautés ont la possibilité de demander un financement pouvant atteindre 5 000 $ pour la réalisation de projets durables en lien avec l'activité physique dans la communauté. Parmi ces projets, citons l'aménagement de sentiers, la formation des bénévoles et du personnel, l'achat d'équipement, l'aménagement de terrains de jeux et le soutien aux politiques de santé en milieu scolaire. À l'exercice 2012-2013, 69 projets avaient été financés, et toutes les communautés admissibles avaient obtenu du financement au moins une fois.

Section 6 : Services de soins de santé

6.1 Soins dentaires

La santé buccodentaire (santé des dents et de la bouche) a une incidence sur l'état de santé général. Une mauvaise santé buccodentaire est associée à un risque de diabète, de maladie cardiaque, de naissance prématurée, de faible poids à la naissance et de problèmes de comportement et de développement chez les enfants[33]. L'adoption de pratiques axées sur la prévention précoce en matière de santé buccodentaire permettra d'améliorer l'état de santé général tout au long de la vie.

Des activités liées à la santé buccodentaire telles que la prévention proactive des maladies, la promotion de la santé buccodentaire et les services de soins dentaires sont fournies par la DGSPNI aux communautés des Premières Nations par l'intermédiaire de dentothérapeutes et des intervenants communautaires de l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE).

6.1.1 Initiative en santé buccodentaire pour les enfants

L'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE) est un service communautaire visant à fournir des soins dentaires préventifs aux enfants des Premières Nations vivant dans les réserves, de la naissance à l'âge de sept ans. Actuellement, l'ISBE est offerte dans 32 communautés des Premières Nations de la région de l'Atlantique.

Le pourcentage d'enfants de zéro à sept ans qui ont subi un examen dentaire a augmenté entre l'année scolaire 2008-2009 (22,7 %) et l'année scolaire 2010-2011 (34,7 %) (tableau 7). Le nombre de services préventifs fournis a également augmenté au cours de cette période. Les hausses découlent vraisemblablement de l'augmentation du nombre de communautés qui offrent les services de l'ISBE (23 en 2008-2009 et 32 en 2010-2011).

Tableau 7. Proportion des enfants des Premières Nations vivant dans les réserves qui ont subi un examen et nombre de services fournis par l'ISBE (2008-2011)

Année scolaire	Proportion des enfants de 0 à 7 ans qui ont subi un examen (%)	Nombre de services préventifs fournis
2008-2009	22,7	2 668
2009-2010	26,3	2 823
2010-2011	34,7	3 533

Source *: Base de données sur les soins dentaires de la DGSPNI – rapports sur les services et la productivité (2008-2011); estimations démographiques du Système de vérification du statut (2009-2011)*

6.1.2 Services de dentothérapie

À l'heure actuelle, 10 dentothérapeutes fournissent des services dentaires dans 17 communautés des Premières Nations. Le pourcentage de membres des Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique qui ont reçu des services dentaires a augmenté entre 2008-2009 et 2010-2011 (tableau 8).

En 2008-2009 et en 2009-2010, un pourcentage supérieur d'enfants de sept ans et moins ont reçu des services de diagnostic par rapport aux autres services dentaires. En 2010-2011, un pourcentage supérieur d'enfants ont reçu des services préventifs. En ce qui concerne les enfants des Premières Nations de huit ans et plus, environ 24 % d'entre eux ont reçu des services dentaires de prévention (tableau 8).

Tableau 8. Pourcentage des membres des bandes des Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique qui ont reçu des services dentaires par des dentothérapeutes (2008-2011)

Services dentaires fournis	7 ans et moins			8 ans et plus		
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Diagnostic Examens dentaires et radiographies	17,7%	18,4%	22,0%	13,3%	14,7%	16,8%
Prévention Détartrage, polissage, résine de scellement, fluorure, instructions en matière d'hygiène buccodentaire	11,5%	18,3%	23,5%	21,7%	23,5%	24,1%
Restauration Obturations	3,1%	5,0%	4,9%	3,3%	4,4%	4,2%
Chirurgie Extractions	2,6%	3,3%	4,0%	1,5%	3,1%	3,4%

Source *: Base de données sur les soins dentaires de la DGSPNI – rapports sur les services et la productivité (2008-2011); estimations démographiques du Système de vérification du statut (2009-2011)*

Dans l'ERS de 2008-2010[2], 56,5 % des membres des Premières Nations de 18 ans et plus ont affirmé avoir reçu des soins dentaires dans les 12 mois précédents. Environ 76 % des jeunes Canadiens membres des Premières Nations (12 à 17 ans) avaient reçu des soins dentaires, les examens et les nettoyages étant les traitements les plus déclarés. Soixante-neuf pour cent (69 %) des parents et des gardiens d'enfants de 0 à 11 ans ont indiqué que leurs enfants avaient reçu des soins dentaires dans les 12 mois ayant précédé l'ERS de 2008-2010[2].

51%

Environ **51 %** des bénéficiaires de soins à domicile et en milieu communautaire avaient plus de 55 ans.

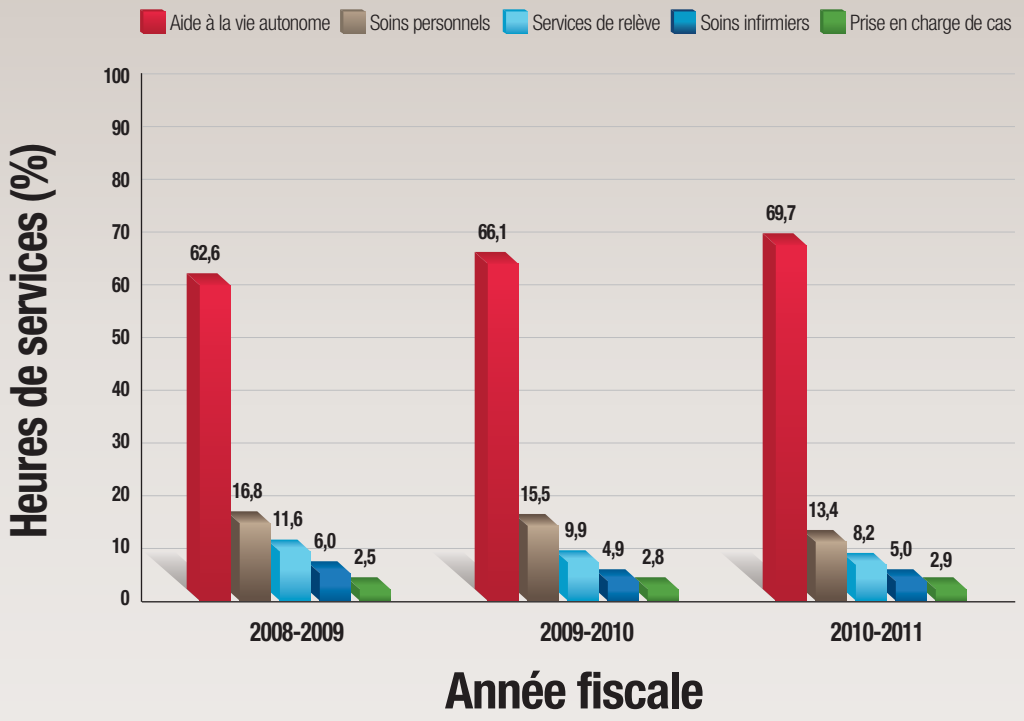
6.2 Soins à domicile et en milieu communautaire

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire (PSDMC) est un programme obligatoire s'adressant aux 33 communautés des Premières Nations de la région de l'Atlantique. Le PSDMC poursuit les objectifs suivants : renforcer la capacité des communautés des Premières Nations à élaborer et à fournir des services efficaces de soins à domicile; aider les membres des Premières Nations atteints de maladies chroniques ou aiguës à maintenir un état optimal de santé, de bien-être et d'autonomie dans leur foyer et dans leur communauté; concevoir des processus d'évaluation permettant de déterminer les besoins en matière de services aux clients; assurer le suivi des soins et des services et établir des objectifs et des indicateurs mesurables.

Le pourcentage des membres des Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique qui ont reçu des soins à domicile et en milieu communautaire a augmenté au fil des ans : 5,7 % (2008-2009), 6,0 % (2009-2010) et 6,7 % (2010-2011). Au cours de chacun des exercices, presque deux fois plus de femmes que d'hommes ont eu recours aux services de soins à domicile et en milieu communautaire. Environ 51 % des bénéficiaires de soins à domicile et en milieu communautaire avaient plus de 55 ans.

Pour chaque exercice, l'aide à la vie autonome a nécessité le plus grand nombre d'heures de services, suivie des soins personnels et des services de relève (figure 19). Les thérapies professionnelles comptent pour le plus petit nombre d'heures de services, soit moins de 1 % par exercice (ceux-ci ne sont pas représentés à la figure 18). Le pourcentage d'heures consacrées à l'aide à la vie autonome a augmenté entre 2008-2009 (62,6 %) et 2010-2011 (69,7 %), alors que les heures de prestation des autres types de services ont diminué chaque exercice.

Figure 19. Pourcentage des heures de services fournies dans le cadre du PSDMC, selon le type de service (2008-2011)



Source *: Modèle électronique de RSPS – région de l'Atlantique (2008-2011)*

En 2008-2009 et en 2010-2011, le diabète était le plus souvent indiqué comme raison principale du besoin de soins à domicile; il venait au second rang en 2009-2010, à la suite des affections cutanées et sous-cutanées (tableau 9). Bien que la catégorie « Autre » se classe parmi les six raisons principales, aucune précision n'est disponible quant à son contenu.

Tableau 9. Les six raisons principales du besoin de soins à domicile (2008-2011)

	Nombre de visites		
Raison principale du besoin de soins à domicile	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Diabète	308	276	301
Affection cutanée et sous-cutanée	228	304	286
Trouble musculosquelettique	178	241	287
Autre*	176	188	300
Maladie cardiovasculaire, cardiaque ou du système circulatoire	164	168	185
Personne âgée fragile	154	117	78

**Aucune précision n'est disponible quant au contenu de cette catégorie.*
***Source** : Modèle électronique de RSPS – région de l'Atlantique (2008-2011)*

6.3 Services d'hygiène du milieu – inspections

Les services d'hygiène du milieu sont fournis par les agents d'hygiène du milieu (AHM) dans le cadre du Programme de santé environnementale et publique. L'inspection des installations est effectuée une ou deux fois par année ou sur demande. Au cours des trois exercices, elles visaient le plus souvent des logements (tableau 10).

Tableau 10. Nombre d'inspections, selon le type d'installation et l'année (2008-2011)

	Nombre d'inspections		
Type d'installation	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Logements	256	219	178
Réseaux d'égouts communautaires	S.O.*	5	0
Systèmes d'assainissement autonomes	7	20	10
Établissements de soins communautaires	33	43	33
Sites d'élimination des déchets solides	1	4	3
Établissements de soins de santé	4	7	9
Terrains de jeux	1	8	0
Piscines	3	5	5
Installations générales	11	10	8
Installations alimentaires	44	35	73
TOTAL	360	356	319

** Ce type d'installation a été ajouté après 2008-2009.*
***Source** : Rapports du Système d'information sur l'hygiène du milieu (SIHM) (2008-2011)*

6.4 Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) encourage et soutient les Inuits et les membres des Premières Nations dans la lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues grâce à des services de prévention et de traitement.

Les services de prévention visent les programmes communautaires (p. ex., éducation, ateliers sur les aptitudes à la vie quotidienne, groupes d'entraide) et les services directs aux clients (p. ex., intervention d'urgence, counseling, soutien et suivi, aiguillage vers des centres de traitement).

Il y a actuellement six centres de traitement du PNLAADA dans la région de l'Atlantique, dont un pour les jeunes. Au cours du traitement, on renseigne les clients ayant besoin d'interventions thérapeutiques directes sur les effets de l'alcool et sur l'alcoolisme, on leur explique ce qu'est la connaissance de soi, on leur enseigne les aptitudes à la vie quotidienne et on leur indique la façon d'accéder à des réseaux de soutien.

Le nombre de personnes, selon l'âge et le sexe, qui ont été aiguillées vers des centres de traitement du PNLAADA ou de l'abus de solvants pour les jeunes est déclaré par l'intermédiaire du MRC. Le nombre total de membres des bandes aiguillés vers des services de traitement a diminué entre 2008-2009 et 2010-2011 (tableau 11).

Selon l'ERS de 2008-20102, près de 6 % des jeunes canadiens de 12 à 17 ans qui sont membres des Premières Nations ont affirmé avoir déjà demandé un traitement pour l'abus d'alcool ou la toxicomanie.

Tableau 11. Nombre de membres des bandes des Premières Nations vivant dans les réserves qui ont été dirigés vers un centre de traitement, selon l'âge et le sexe (2008-2011)

	Moins de 24 ans		24 ans et plus		
Année fiscale	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Total
2008-2009	347	400	255	153	1155
2009-2010	110	273	149	241	773
2010-2011	128	114	147	167	556

Source *: Modèle de rapport communautaire – rapports régionaux de la région de l'Atlantique (2008-2011)*

En 2008-2009, quatre centres de traitement du PNLAADA ont présenté un rapport annuel; l'un des centres était un centre non résidentiel, et le centre pour les jeunes n'a pas fourni de rapport. En 2009-2010 et en 2010-2011, l'ensemble des six centres de traitement ont soumis des rapports, mais l'information présentée n'était pas parfaitement uniforme. Par exemple, deux centres ont indiqué l'âge des personnes qui ont présenté une demande d'admission ou qui ont été admises dans leurs programmes. Par conséquent, le nombre de clients ne sera pas présenté dans ce rapport en fonction de l'âge ou du sexe.

Le nombre de demandes d'admission reçues par les centres de traitement a diminué entre 2008 et 2011 (tableau 12). Le nombre de personnes admises dans les programmes internes a augmenté, alors que le nombre d'admissions aux programmes externes a diminué pendant cette même période. Le pourcentage de clients qui ont terminé le traitement a diminué en 2009-2010 pour s'établir à 66,3 %, puis il est remonté à 76,5 % en 2010-2011.

Tableau 12. Nombre de clients des centres de traitement de la région de l'Atlantique (2008-2011)

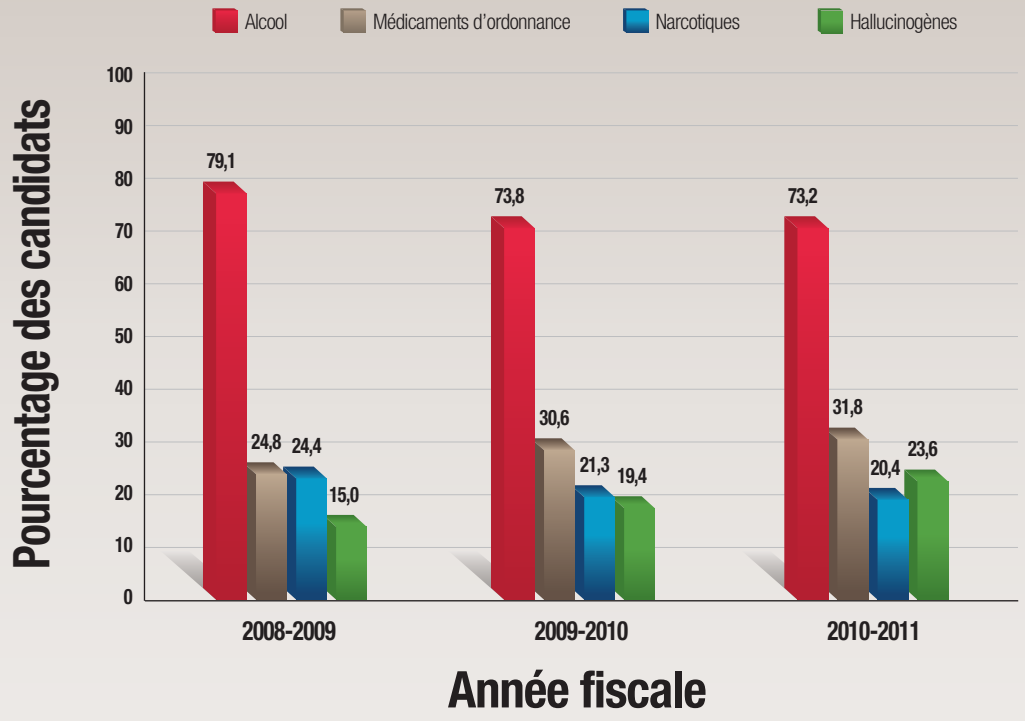
Année fiscale	Nombre de demandes	Nombre d'admissions aux programmes internes	Nombre d'admissions aux programmes externes	Pourcentage de clients qui ont terminé le traitement
2008-2009	234	155	63	73,4
2009-2010	212	168	31	66,3
2010-2011	210	176	20	76,5

Source *: Rapports annuels des centres de traitement du PNLAADA (2008-2011)*

Quatre centres de traitement ont fourni de l'information sur les types de substances que les clients avaient dit consommer. Pour l'ensemble des trois exercices, l'alcool était la principale substance consommée, suivie par les médicaments d'ordonnance (p. ex. codéine, oxycodone, Valium® et Dilaudid®). En 2008-2009, environ 79 % des personnes ayant présenté une demande d'admission dans un centre de traitement ont affirmé qu'elles consommaient principalement de l'alcool (figure 20). Ce nombre est passé à environ 74 % en 2009-2010 et à 73 % en 2010-2011.

La proportion de candidats ayant principalement une dépendance aux médicaments d'ordonnance et aux hallucinogènes (p. ex. LSD) a augmenté au cours des trois exercices, tandis que la consommation déclarée de narcotiques (p. ex. opium, cocaïne et morphine) a diminué.

Figure 20. Principales substances consommées par les personnes ayant présenté une demande d'admission dans un centre de traitement de la région de l'Atlantique, selon la substance (2008-2011)



Source *: Rapports annuels des centres de traitement du PNLAADA (2008-2011)*

Environ 35 % des membres des Premières Nations de 18 ans et plus vivant dans les réserves au Canada ont affirmé ne pas avoir bu d'alcool dans les 12 mois qui ont précédé l'ERS de 2008-20102. Environ les deux tiers de ceux qui ont indiqué avoir bu de l'alcool dans les 12 mois ayant précédé l'ERS de 2008-20102 en ont fait une consommation excessive (soit 5 consommations ou plus en une même occasion, au moins une fois par mois au cours des 12 mois précédents). Plus de 10 % des Canadiens membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves ont indiqué consommer du cannabis tous les jours ou presque, et 7,8 % d'entre eux ont dit consommer de la cocaïne ou du crack.[2]

Section 7 : Milieu physique

7.1 Qualité de l'eau

Les agents d'hygiène du milieu et les contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau potable vérifient régulièrement la qualité de l'eau au moyen d'analyses chimiques ou bactériologiques d'échantillons d'eau. Le nombre d'échantillons soumis à des analyses chimiques et bactériologiques a augmenté au cours des trois exercices (tableau 13).

En ce qui concerne les analyses chimiques, la proportion d'échantillons qui se sont révélés insatisfaisants a atteint un sommet de 20 % en 2009-2010. En 2010-2011, cette proportion est redescendue à 13,2 %. La proportion d'échantillons bactériologiques jugés insatisfaisants a peu varié entre 2008 et 2011, se situant à environ 1 % par exercice. Un échantillon est jugé insatisfaisant lorsque les résultats obtenus ne se situent pas dans les limites acceptables établies dans les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada[34].

Tableau 13. Nombre d'échantillons d'eau analysés et pourcentage d'échantillons insatisfaisants, selon le type d'analyse (2008-2011)

	Analyse chimique		Analyse bactériologique	
Année fiscale	Nombre d'échantillons	Insatisfaisants (%)	Nombre d'échantillons	Insatisfaisants (%)
2008-2009	240	14,6	8442	1,4
2009-2010	360	20,0	8645	0,8
2010-2011	363	13,2	8661	1,1

Source *: Rapports WaterTrax de la région de l'Atlantique (2008-2011)*

Un avis de faire bouillir l'eau ou de ne pas consommer l'eau constitue un autre indicateur de la qualité de l'eau. L'agent d'hygiène du milieu recommande la publication de tels avis pour les motifs suivants :

- détérioration importante de la source d'eau;
- défectuosité de l'équipement de traitement ou de distribution de l'eau;
- désinfection inadéquate ou présence de résidus de désinfectants;
- qualité microbiologique inacceptable;
- numération de particules inacceptable;
- le fonctionnement du système compromettrait la santé publique.

Davantage d'avis ont été publiés et levés en 2008-2009 qu'au cours des années subséquentes; c'est en 2009-2010 qu'il y a eu le moins d'avis (tableau 14).

Tableau 14. Nombre d'avis de faire bouillir l'eau et d'avis de ne pas consommer l'eau publiés et levés dans les communautés des Premières Nations de la région de l'Atlantique

Année fiscale	Nombre de communautés	Nombre d'avis publiés pendant l'année fiscale	Nombre d'avis levés pendant l'année fiscale
2008-2009	11	16	10
2009-2010	9	13	6
2010-2011	10	15	7

Source *: Rapports WaterTrax de la région de l'Atlantique (2008-2011)*

Aucune **moisissure n'a été décelée** dans 58,7 % des maisons inspectées en 2010-2011, ce qui représente une hausse par rapport à 2008-2009 (43,6 %) (figure 21).

Le pourcentage de maisons **présentant des moisissures sur une grande surface** est passé de 6,6 % en 2008-2009 à 2,5 % en 2010-2011.

7.2 Logement

7.2.1 Moisissures

L'inhalation de grandes quantités de spores libérées par des moisissures est associée à certains risques pour la santé :

- irritation des yeux, du nez et de la gorge;
- toux et accumulation de mucosités;
- respiration sifflante et essoufflement;
- symptômes d'asthme;
- réactions allergiques[35].

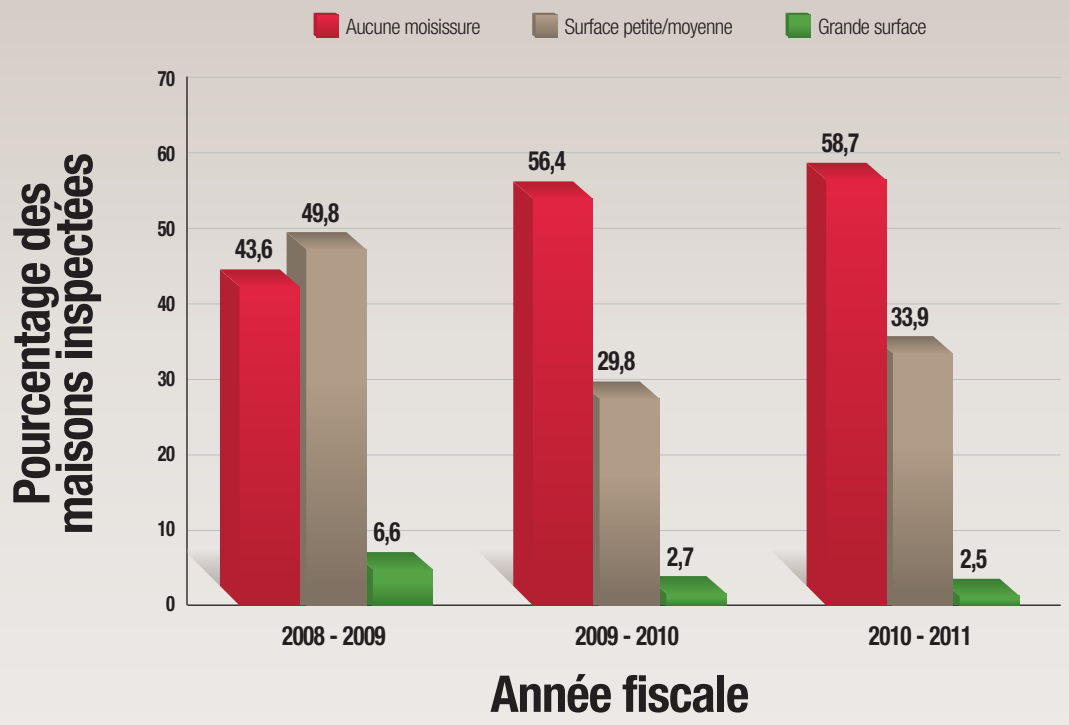
L'ampleur du problème de moisissures est déterminée en fonction de la surface touchée :

- **petite surface** : entre une et trois plaques de moisissures, chacune ayant une superficie inférieure à un mètre carré (10 pieds carrés);
- **surface moyenne** : plus de trois plaques, chacune ayant une superficie inférieure à un mètre carré (10 pieds carrés) ou une ou plusieurs plaques isolées couvrant chacune plus d'un mètre carré (10 pieds carrés), mais moins de 3 mètres carrés (32 pieds carrés);
- **grande surface** : une ou plusieurs plaques dont au moins une couvrant plus de 3 mètres carrés (32 pieds carrés).

L'inspection des logements est effectuée par les AHM, sur demande. Le nombre de maisons inspectées en vue d'y détecter la présence de moisissures a diminué entre 2008-2009 et 2010-2011 (243, 188 et 121 respectivement).

Aucune moisissure n'a été décelée dans 58,7 % des maisons inspectées en 2010-2011, ce qui représente une hausse par rapport à 2008-2009 (43,6 %) (figure 21). Le pourcentage de maisons présentant des moisissures sur une petite ou une moyenne surface a diminué de 20 % entre 2008-2009 (49,8 %) et 2009-2010 (29,8 %), mais il est remonté à 33,9 % en 2010-2011. Le pourcentage de maisons présentant des moisissures sur une grande surface est passé de 6,6 % en 2008-2009 à 2,5 % en 2010-2011.

Figure 21. Pourcentage de maisons inspectées présentant des moisissures (2008-2011)



Source *: Rapport du Système d'information sur l'hygiène du milieu (SIHM) (2008-2011)*

Une plus grande proportion **d'élèves** des Premières Nations vivant dans les réserves ont obtenu un diplôme d'études secondaires dans la région de l'Atlantique que dans les autres régions et l'ensemble du Canada (figure 22).

Dans les réserves de la région de l'Atlantique, le taux de diplomation des élèves des Premières Nations était presque le **double du taux** global de diplomation des élèves des Premières Nations vivant dans les réserves au Canada.

Section 8 : Éducation permanente

8.1 Niveau de scolarité

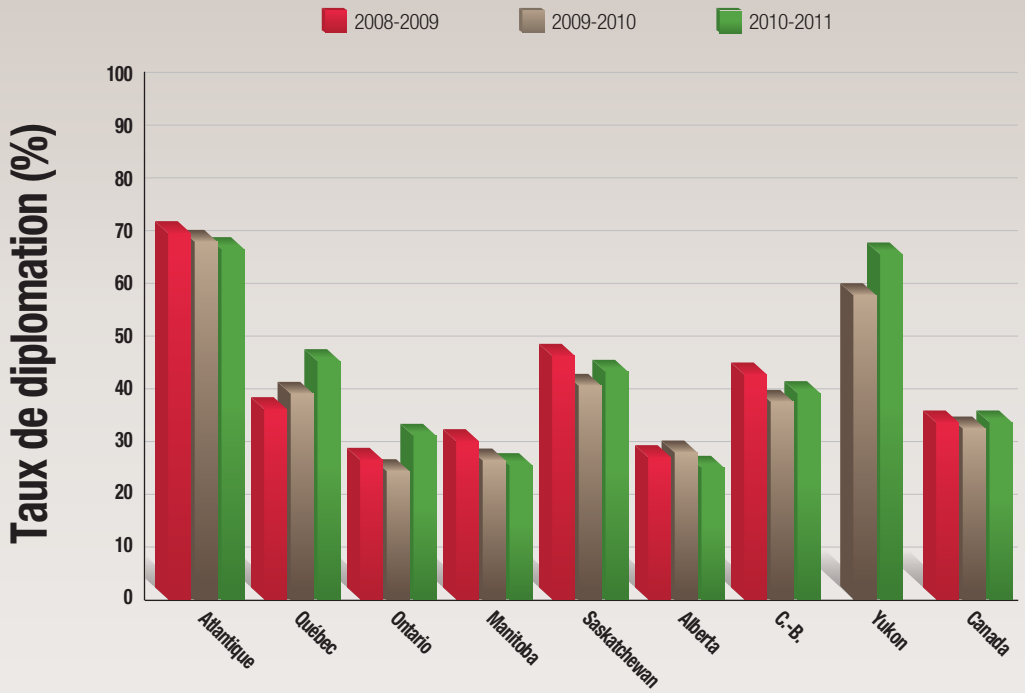
Les effets de l'instruction en tant que déterminant clé de la santé sont bien connus[2,36]. Les personnes plus instruites ont plus souvent les connaissances et les ressources financières permettant d'avoir accès à des soins de santé et de prendre des décisions éclairées en ce qui a trait à leur santé[36]. Par exemple, les Canadiens qui n'ont pas terminé leurs études secondaires sont presque deux fois plus nombreux à déclarer avoir un état de santé passable ou mauvais[36]. Les adultes des Premières Nations qui ont terminé leurs études secondaires ont été moins nombreux à faire état de détresse psychologique que ceux qui n'ont pas terminé leurs études secondaires[2].

Une plus grande proportion d'élèves des Premières Nations vivant dans les réserves ont obtenu un diplôme d'études secondaires dans la région de l'Atlantique que dans les autres régions et l'ensemble du Canada (figure 22). Dans les réserves de la région de l'Atlantique, le taux de diplomation des élèves des Premières Nations était presque le double du taux global de diplomation des élèves des Premières Nations vivant dans les réserves au Canada.

Dans la région de l'Atlantique, ce taux est passé de 73 % en 2008-2009 à 67,6 % en 2010-2011. Le taux de diplomation de l'ensemble de la population canadienne a pour sa part augmenté, étant passé de 74,5 % en 2008-2009 à 78,3 % en 2009-2010[37].

L'âge moyen d'obtention du diplôme était de 19 ans pour tous les exercices. Le taux de décrochage scolaire (abandon) a diminué chez les élèves des Premières Nations de la région de l'Atlantique entre 2008-2009 et 2010-2011 (11,2 % contre 6,8 %)[38].

Figure 22. Taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, selon la région (2008-2011)



Source *: AADNC; Base de données de la liste nominative nationale en date du 30 septembre (2008-2011)*

Selon l'ERS de 2008-2010[2], parmi les membres des Premières Nations de 18 ans et plus vivantdans les réserves :

- 39,9 % n'avaient pas terminé des études secondaires;
- 9,8 % avaient un diplôme d'études secondaires;
- 22,5 % avaient entrepris des études collégiales ou universitaires;
- 18,8 % possédaient un certificat ou un diplôme d'études collégiales;
- 3,6 % possédaient un diplôme universitaire;
- 1,3 % possédaient un diplôme d'études supérieures ou un diplôme professionnel;
- 4,1 % possédaient un « autre » degré d'instruction, comme une formation de perfectionnement ou une formation particulière.

De plus, 87,7 % des jeunes des Premières Nations de 12 à 17 ans vivant dans les réserves ont indiqué fréquenter l'école au moment de l'enquête[2].

Section 9 : Santé mentale et émotionnelle

Les chefs et les communautés des Premières Nations des provinces de l'Atlantique considèrent les problèmes liés au bien-être mental et les toxicomanies comme des enjeux cruciaux, car ils compromettent la santé des membres des Premières Nations. À l'heure actuelle, on n'a pas accès à des données sur la santé mentale des communautés des Premières Nations de la région de l'Atlantique, et on ne dispose d'aucun moyen officiel pour recueillir des données sur l'état de santé mentale ou les toxicomanies dans ces communautés.

Faute de données sur les toxicomanies, on a utilisé la base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des SSNA de Santé Canada pour recenser les membres des Premières Nations (vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves) qui ont présenté des demandes de paiement pour des médicaments pouvant faire l'objet d'abus ou de mauvais usage : les benzodiazépines et les opioïdes.

L'information concernant le pourcentage de demandes de paiement pour la méthadone, un opioïde servant au traitement de la dépendance aux opioïdes, provient également de la base de données des SSNA.

9.1 Demandes de paiement de benzodiazépines, d'opioïdes et de méthadone

Les benzodiazépines peuvent être utiles pour le traitement à court terme de l'anxiété, le traitement à court terme de l'insomnie et comme traitement d'entretien pour la prise en charge des troubles épileptiques[39]. Les benzodiazépines utilisées pour le traitement à court terme de l'anxiété sont notamment l'alprazolam (XanaxMD), le diazépam (Valium®), le lorazépam (AtivanMD), l'oxazépam (Serax®) et le bromazépam (Lectopam®)[39].

Les analgésiques opioïdes peuvent s'avérer des options thérapeutiques intéressantes pour traiter la douleur[40]. Les opioïdes utilisés pour le traitement de certaines douleurs modérées ou intenses sont notamment Percocet®/Endocet®, l'oxycodone et Dilaudid® (hydromorphone). Pour le traitement de certaines douleurs légères à modérées, on peut recourir à Tylenol 1, 2 et 3. Bien que les benzodiazépines et les opioïdes présentent une utilité clinique pour le traitement de certaines affections, il existe un risque d'abus ou de mauvais usage de ces médicaments et, partant, un risque de dépendance.

Le mauvais usage et l'abus de benzodiazépines ou d'opioïdes se produisent lorsque ces médicaments sont consommés régulièrement dans le but de modifier l'humeur, les émotions ou l'état de conscience plutôt que pour leur usage médical[41,42]. Le mauvais usage ou l'abus de benzodiazépines ou d'opioïdes peut engendrer une dépendance caractérisée par la présence des quatre « C » : un état de besoin constant, une perte de contrôle de la consommation, une utilisation compulsive et un maintien de la consommation malgré ses conséquences[43].

La base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada a servi à dénombrer les membres des Premières Nations faisant partie des bandes de la région de l'Atlantique qui ont fait exécuter des ordonnances de benzodiazépines ou d'opioïdes dans cette région entre 2007 et 2011.

Il convient de noter que la présente section ne porte ni sur l'« abus » ou le « mauvais usage » de benzodiazépines ou d'opioïdes ni sur la « dépendance » à ces médicaments. Elle ne présente que la proportion de personnes qui ont fait exécuter au moins une ordonnance. Il nous est impossible de déterminer : 1) la raison pour laquelle le médicament a été prescrit; 2) si le médicament a été utilisé de la manière prescrite; 3) si le médicament a été utilisé par la personne à qui il avait été prescrit.

La proportion des membres des bandes de la région de l'Atlantique qui ont demandé le paiement de benzodiazépines, d'opioïdes ou de méthadone au cours d'une année donnée a été calculée comme suit :

$$\textbf{Prévalence} = \frac{\text{Nombre de membres des bandes de la région de l'Atlantique qui ont fait exécuter au moins une ordonnance de l'un des médicaments visés au cours d'une année civile donnée}}{\text{Population totale des bandes au cours de l'année civile donnée}}$$

9.1.1 Demandes de paiement de benzodiazépines

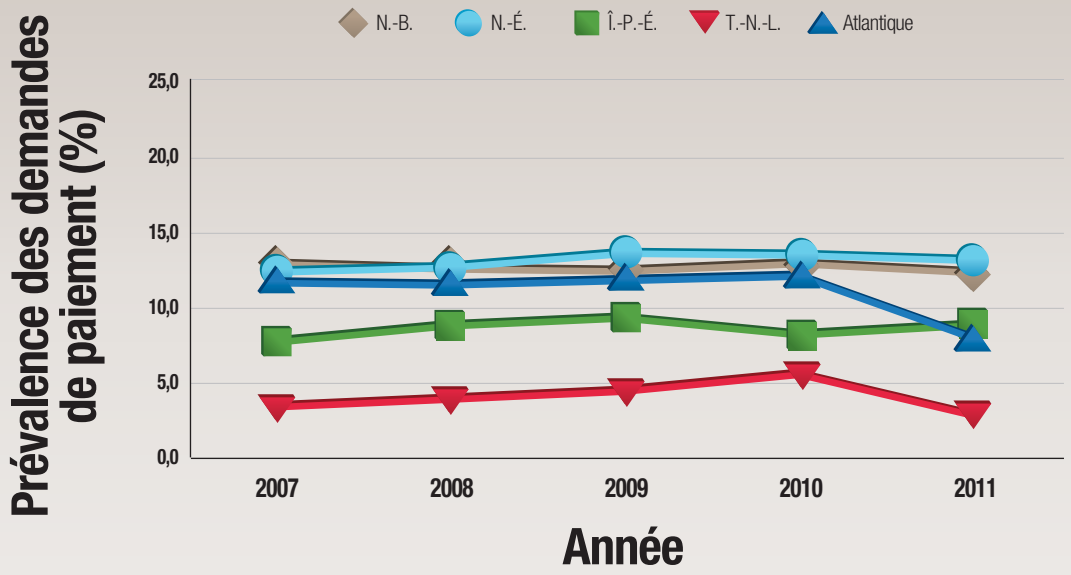
Chez les membres des bandes de 15 ans et plus, la prévalence de la soumission d'au moins une demande de paiement concernant des benzodiazépines est demeurée relativement stable au cours des cinq années au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 23).

La prévalence des demandes de paiement était la plus faible chez les membres des bandes de Terre-Neuve-et-Labrador, alors qu'elle était la plus élevée chez les membres des bandes de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick. La prévalence était invariablement plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans les quatre provinces (écarts de 2 % à 4 %).

Il convient de noter que même si le nombre de membres des bandes de Terre-Neuve-et-Labrador qui ont demandé le paiement d'au moins une ordonnance de benzodiazépines a augmenté en 2011, la prévalence a diminué. Une tendance similaire a été observée dans l'ensemble de la région de l'Atlantique. Cette situation découle de l'augmentation de la population admissible au Programme des SSNA en raison de la création en 2011 de la bande de la Première Nation des Mi'kmaq qalipu.

Ces observations concordent avec des recherches antérieures qui ont révélé que l'utilisation des benzodiazépines est habituellement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes[44,45]. Les raisons invoquées pour expliquer l'utilisation plus grande de benzodiazépines chez les femmes sont les suivantes : les femmes éprouvent plus d'anxiété que les hommes; les médecins ont davantage tendance à prescrire des benzodiazépines aux femmes; les femmes préfèrent consommer des benzodiazépines plutôt que de l'alcool[44,45].

Figure 23. Prévalence des demandes de paiement de benzodiazépines chez les membres des bandes de 15 ans et plus dans la région de l'Atlantique, selon la province (2007-2011)



Source *: Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2007-2011); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2007-2011)*

En 2011, dans l'ensemble de la région de l'Atlantique, la prévalence des demandes de paiement de benzodiazépines était la plus élevée chez les membres des bandes âgés de **65 ans et plus** tandis que la prévalence des demandes de paiement d'opioïdes était la plus élevée chez les membres des bandes âgés de **50 à 64 ans**.

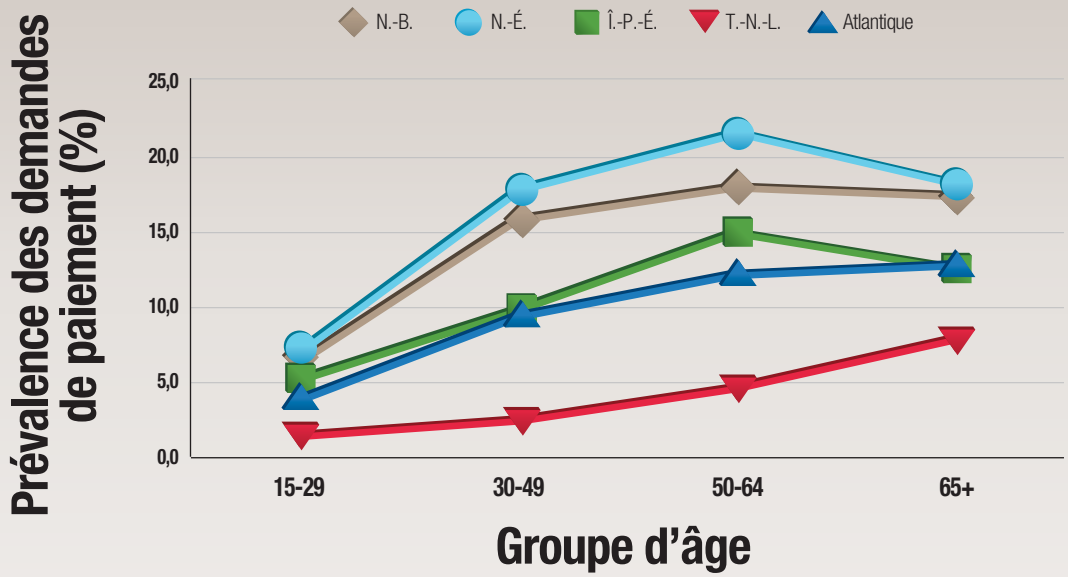
En 2011, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, la prévalence des demandes de paiement de benzodiazépines était la plus élevée chez les membres des bandes âgés de 50 à 64 ans (figure 24).

À Terre-Neuve-et-Labrador et dans l'ensemble de la région de l'Atlantique, la prévalence était la plus élevée chez les membres des bandes âgés de 65 ans et plus. La prévalence des demandes de paiement chez les personnes de 65 ans et plus dans les quatre provinces se situait entre 8 % et 18 % environ.

La prévalence des demandes de paiement de benzodiazépines était plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans tous les groupes d'âge et dans toutes les provinces. Les écarts se situaient entre 1 % et 4 % environ.

La prudence s'impose lorsqu'on prescrit des benzodiazépines aux personnes âgées de 65 ans et plus[45]. En effet, on doit les prescrire à faible dose et pour de courtes périodes, parce que les effets nocifs de ces médicaments (augmentation du risque de chute, ralentissement du temps de réaction, confusion, somnolence, oubli) sont plus courants chez les patients âgés et deviennent plus fréquents avec l'âge. Il y a également un risque d'abus et de dépendance au sein de cette population : la douleur chronique, la dépression et l'isolement sont des problèmes que l'on rencontre souvent chez les personnes âgées et qui peuvent les prédisposer à l'utilisation de benzodiazépines et à la dépendance[45].

Figure 24. Prévalence des demandes de paiement de benzodiazépines chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique, selon la province et l'âge (2011)



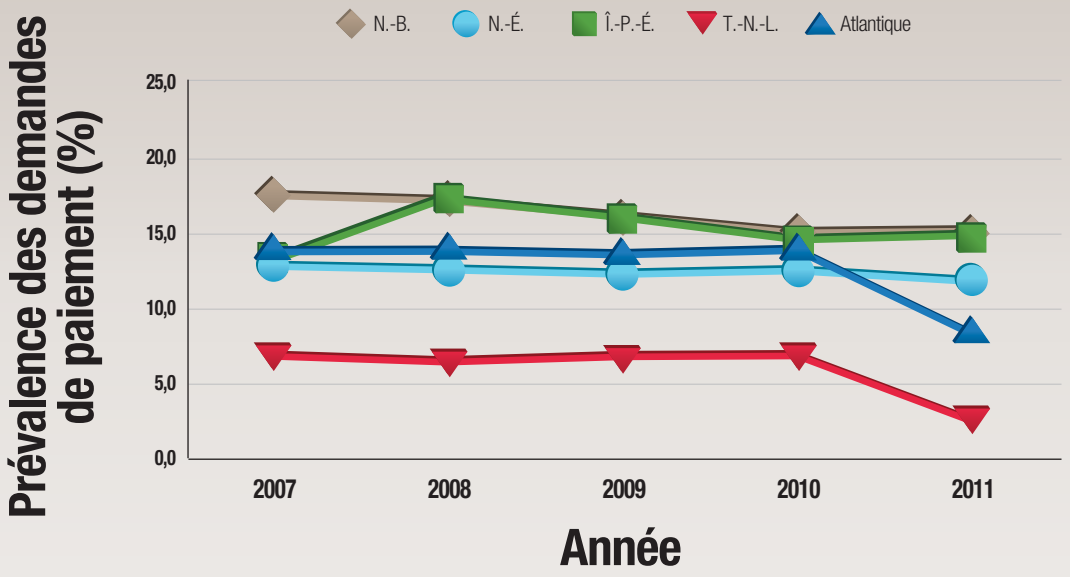
Source *: Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2011); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2011)*

9.1.2 Demandes de paiement d'opioïdes

La prévalence des demandes de paiement d'opioïdes est demeurée relativement stable à Terre-Neuve-et-Labrador et dans l'ensemble de la région de l'Atlantique entre 2007 et 2010 (figure 25). La prévalence a diminué dans ces deux régions en 2011 en raison de l'augmentation de la population admissible au Programme des SSNA, à la suite de la création de la bande de la Première Nation des Mi'kmaq qalipu.

De 2008 à 2011, la prévalence était la plus élevée chez les membres des bandes de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick, alors qu'elle était la plus faible chez les membres des bandes de Terre-Neuve-et-Labrador pour l'ensemble des années. Chez les membres des bandes de la Nouvelle-Écosse, la prévalence des demandes de paiement d'opioïdes a été stable durant les cinq années. La prévalence des demandes de paiement d'opioïdes était plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans les quatre provinces et dans l'ensemble de la région de l'Atlantique au cours des cinq années.

Figure 25. Prévalence des demandes de paiement d'opioïdes chez les membres des bandes de 15 ans et plus dans la région de l'Atlantique, selon la province (2007-2011)



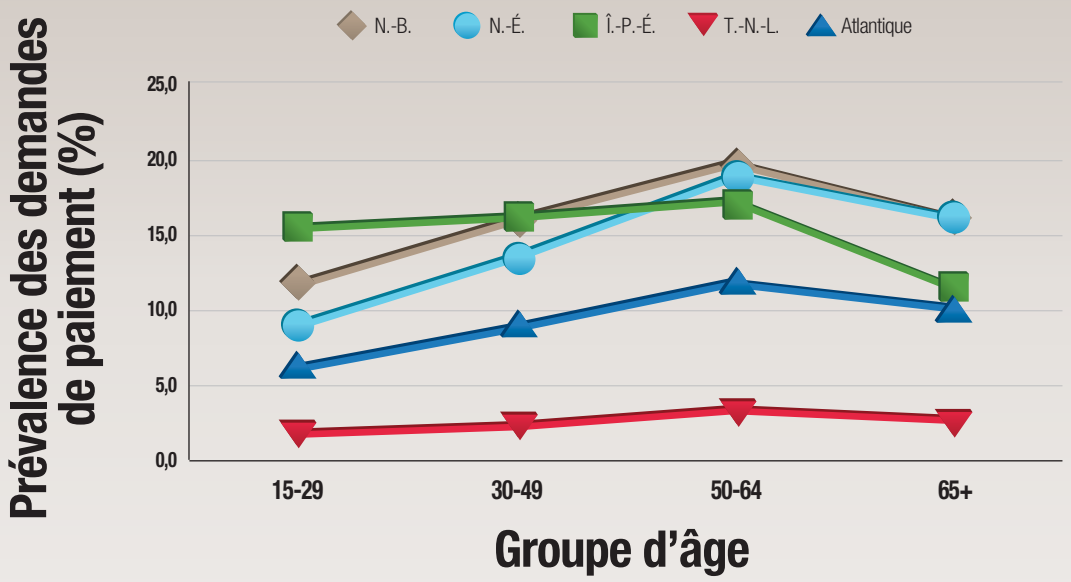
Source *: Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2007-2011); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2007-2011)*

En 2011, la prévalence des demandes de paiement d'opioïdes était la plus élevée chez les membres des bandes âgés de 50 à 64 ans dans chacune des provinces et l'ensemble de la région de l'Atlantique (figure 26). Les taux variaient entre environ 4 % (Terre-Neuve-et-Labrador) et 20 % (Nouveau-Brunswick).

Il convient de souligner que la prévalence des demandes de paiement d'opioïdes dans le groupe d'âge le plus jeune (15 à 29 ans) s'élevait au-delà de 10 % à l'Île-du-Prince-Édouard (15,6 %) et au Nouveau-Brunswick (11,4 %).

Chez les membres des bandes de 65 ans et plus, la prévalence des demandes de paiement d'opioïdes était plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans chacune des provinces et l'ensemble de la région de l'Atlantique. À l'Île-du-Prince-Édouard, la prévalence était 2,3 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans ce groupe d'âge.

Figure 26. Prévalence des demandes de paiement d'opioïdes chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique, selon la province et l'âge (2011)



Source *: Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2011); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2011)*

9.1.3 Demandes de paiement de méthadone

La méthadone est un opioïde qui aide à traiter la dépendance à d'autres opioïdes, comme l'héroïne, la codéine et la morphine[46]. Le traitement de substitution à la méthadone prévient les symptômes de sevrage et soulage l'état de besoin qui peut pousser un toxicomane à prendre de nouveau des opioïdes.

En revanche, la méthadone ne procure pas la sensation d'euphorie qui caractérise les autres opioïdes. Lorsque la méthadone est prescrite par un médecin et que la personne reçoit l'encadrement et le soutien adéquats, la possibilité d'apprendre à exclure la consommation de drogue de son mode de vie devient réelle.

La méthadone est sécuritaire sur le plan médical, et elle constitue à l'heure actuelle l'un des traitements les plus efficaces de la dépendance aux opioïdes[46].

Pour chaque exercice depuis 2007, la prévalence des demandes de paiement de méthadone pour traiter la dépendance aux opioïdes a été plus élevée chez les membres des bandes au Nouveau-Brunswick (2,1-4,3 %) que dans les autres provinces de l'Atlantique (tableau 15). Il est impossible de dire si cette prévalence supérieure est le résultat d'un plus fort taux de dépendance aux opioïdes au Nouveau-Brunswick par rapport aux autres provinces de l'Atlantique, ou d'un meilleur accès au traitement à la méthadone dans cette province.

Tableau 15. Prévalence des demandes de paiement de méthadone chez les membres des bandes de 15 ans et plus dans la région de l'Atlantique, selon la province (2007-2011)

Année	Nouveau-Brunswick (%)	Nouvelle-Écosse (%)	Île-du-Prince-Édouard (%)	Terre-Neuve-et-Labrador (%)	Atlantique (%)
2007	2,1	0,4	*	*	1,1
2008	2,7	0,5	*	*	1,3
2009	3,8	0,5	*	*	1,8
2010	4,3	0,7	0,5	*	2,1
2011	4,0	0,8	0,6	0,1	1,2

** Le nombre de demandes de paiement est trop faible pour être indiqué.*
***Source** : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2011); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2011)*

Entre 2008 et 2011, il y a eu une hausse constante du nombre des anciens élèves des pensionnats indiens (PI) et à leurs familles qui ont reçu des services de counseling et du nombre de séances de counseling offertes.

Ces hausses sont probablement attribuables au fait que les anciens élèves des PI et les membres de leurs familles sont davantage au courant des séances et des services offerts.

Section 10: Santé spirituelle

10.1 Pensionnats indiens

10.1.1 Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens

Le Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens (PI) offre des services de santé émotionnelle et de soutien au mieux-être aux anciens élèves des PI et à leurs familles, peu importe leur statut ou leur lieu de résidence, s'ils sont admissibles au Paiement d'expérience commune et au Processus d'évaluation indépendant.

Ces services sont également offerts aux personnes qui ont entrepris de régler des demandes dans le cadre du Mode alternatif de règlements des conflits ou de poursuites judiciaires, ou qui participent aux travaux de la Commission de vérité et réconciliation.

Il y a eu une hausse constante du nombre de personnes qui ont reçu des services de counseling et du nombre de séances de counseling offertes entre 2008 et 2011 (tableau 16). Ces hausses sont probablement attribuables au fait que les élèves des PI et les membres de leurs familles sont davantage au courant des séances et des services offerts.

Tableau 16. Nombre d'élèves des pensionnats indiens et de membres de leurs familles ayant reçu des services de counseling et nombre de séances de counseling offertes

Année fiscale	Nombre de personnes ayant reçu des services de counseling	Nombre de séances de counseling
2008-2009	26	477
2009-2010	47	1084
2010-2011	72	1893

Source *: Rapport interne sur les PI – région de l'Atlantique*

10.1.2 Événement national de l'Atlantique de la Commission de vérité et réconciliation

La Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) a tenu un événement national de quatre jours dans la région de l'Atlantique à Halifax, en Nouvelle-Écosse, du 26 au 29 octobre 2011. Quelque 450 survivants de la région, membres de leurs familles et personnes de soutien y ont pris part. De plus, on estime que l'événement national de l'Atlantique a attiré jusqu'à 2 000 personnes par jour.

Les survivants des pensionnats indiens ont pu raconter leurs expériences par le biais des collectes de déclarations privées, des cercles de partage avec le Comité des survivants et de la séance de partage avec les commissaires. La résilience des survivants a également été soulignée par l'activité « Dialogue sur la résilience ». L'activité « Gestes de réconciliation » a donné la possibilité aux particuliers, aux organisations et aux membres de la Convention de règlement de faire des déclarations, des présentations ou d'offrir des excuses directement aux survivants. Ces tribunes ont permis à la CVR de recueillir 154 déclarations.

En tout, 20 gestes de réconciliation ont été posés par des particuliers, des organisations, des gouvernements et des églises. Le deuxième jour de l'événement, l'Université du Manitoba s'est excusée à la Commission de ne pas avoir reconnu et contesté le système des pensionnats indiens et ses politiques.

Une équipe de soutien en santé était présente sur les lieux tous les jours, ainsi qu'une équipe de nuit sur appel formée d'un responsable de Santé Canada et d'un responsable des incidents critiques. L'équipe de soutien en santé était composée de fournisseurs de soutien culturel (aînés et guérisseurs traditionnels), de même que de représentants des programmes de lutte contre les toxicomanies, des équipes de mieux-être mental, des centres de santé des Premières Nations et du gouvernement du Nunatsiavut.

Les services de soutien en santé ont été largement utilisés, et ce, dans une vaste gamme de situations, dont des niveaux élevés d'anxiété.

Voici quelques-uns des faits saillants de l'événement national de l'Atlantique :

- L'arrivée à la cérémonie d'ouverture d'un survivant des pensionnats qui avait marché plus de 2 200 kilomètres depuis l'Ontario.
- Un hommage à Nora Bernard, une survivante et activiste mi'kmaq qui a cherché à obtenir une indemnisation pour les survivants des pensionnats.
- Nomination de cinq témoins honoraires et de trois jeunes témoins, qui ont tous accepté la responsabilité de retransmettre ce qu'ils ont appris.
- Plus de 50 cérémonies, prestations culturelles et activités de partage de la vérité, de sensibilisation et de réconciliation.
- Plus de 900 spectateurs ont visionné 13 films et documentaires.
- 10 000 personnes en provenance de 13 pays et 4 continents ont visionné les webémissions.
- 150 000 internautes ont vu les publications s ur Facebook en octobre 2011, dont 48 350 au cours des quatre jours de l'événement national de l'Atlantique.
- 941 abonnés Twitter (soit 200 abonnés de plus que lors de l'événement du Nord).
- Jusqu'à 800 personnes ont pris un déjeuner et un dîner sur place chaque jour.

Grâce à cet événement historique, la CVR a atteint un grand nombre de Canadiens, conformément à son mandat de découvrir la vérité sur ce qui s'est passé dans les pensionnats indiens et de faire connaître cette vérité à l'ensemble des Canadiens[47].

Références

1. Bande de la Première Nation des Mi'kmaq qalipu. Disponible à http://qalipu.ca. Consulté le 6 novembre 2012.

2. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) Phase 2 (2008/10): National report on adults, youth and children living in First Nations communities.* Ottawa : Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012. Disponible à http://www.rhs-ers.ca/node/6. Consulté le 9 octobre 2012.

3. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. Présentation des données régionales; 2009, 2010, 2011.

4. Agence de la santé publique du Canada. « Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale ». *Relevé des maladies transmissibles au Canada.* 2009;35:S2. Disponible à http://www.phac-aspc.gc.ca. Consulté le 12 novembre 2012.

5. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2008.* Disponible à http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/report/sti-its2008/index-fra.php. Consulté le 12 novembre 2012.

6. Agence de la santé publique du Canada. *Cas signalés et taux de l'infection à Chlamydia trachomatis selon le groupe d'âge et le sexe, 1991-2009.* Disponible à http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/chlamydia-fra.php. Consulté le 12 novembre 2012.

7. Earle, L. *Les maladies chroniques et le rôle des méthodes traditionnelles dans les communautés autochtones.* Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2011. Disponible à http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/45/Chronic_disease_FR_web.pdf. Consulté le 29 octobre 2012.

8. Santé Canada. *Santé des Premières nations et des Inuits. Maladies et état de santé.* Disponible à http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/index-fra.php. Consulté le 1er octobre 2012.

9. Agence de la santé publique du Canada. *Le diabète au Canada : perspective de santé publique sur les faits et chiffres.* Ottawa: 2011.

10. Association canadienne du diabète. *Gestational diabetes: Preventing complications in pregnancy.* Disponible à http://www.diabetes.ca/diabetes-and-you/what/gestational. Consulté le 10 octobre 2010.

11. Santé Canada. *Votre santé et vous. Maladies du cœur : santé du cœur,* 2010. Disponible à http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pdf/iyh-vsv/diseases-maladies/heart-coeur-fra.pdf. Consulté le 25 octobre 2012.

12. Tjepkema, M., R. Wilkins, M. Urb, N. Goedhuis et J. Pennock. « Mortalité par maladie cardiovasculaire chez les Premières nations au Canada, 1991-2001 ». *Maladies chroniques et blessures au Canada.* 2012;32:200-7. Disponible à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/32-4/assets/pdf/vol32n4-tjepkema-fra.pdf. Consulté le 5 novembre 2012.

13. Santé Canada. *Préoccupations liées à la santé. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC). Sommaire des résultats annuels de 2011, 2012.* Disponible à http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2011/ann_summary-sommaire-fra.php. Consulté le 6 novembre 2012.

14. Statistique Canada. Tableau 102-4505 – Taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge et indice synthétique de fécondité (naissances vivantes), Canada, provinces et territoires, annuel (taux), CANSIM (base de données), 2012. Disponible à http://www5.statcan.gc.ca/cansim/. Consulté le 22 octobre 2012.

15. Statistique Canada. Tableau 102-4509 – Naissances vivantes, selon le poids à la naissance et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel, CANSIM (base de données), 2012. Disponible à http://www5.statcan.gc.ca/cansim/. Consulté le 22 octobre 2012.

16. *Le bien-être des jeunes enfants au Canada – Rapport du gouvernement du Canada*, Ottawa, Ressources humaines et Développement social Canada, l'Agence de santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada, 2011. Disponible à http://www.dpe-agje-ecd-elcc.ca/fra/dpe/bien-etre/sp_ah_1027_04_12_fra.pdf. Consulté le 1er novembre 2012.

17. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada : édition 2008,* Ottawa, 2008.

18. Carson G., Vitale L., Crane J., Croteau P., Graves L., Kluka S. *et coll.* « Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse ». *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada.* 2010;32:S1. Disponible à http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui245CPG1008F.pdf. Consulté le 6 novembre 2012.

19. Enfants en santé Manitoba. *Position paper developing a national prevalence plan for FASD in Canada,* 2012. Disponible à http://canfasd.ca/files/PDF/Prevalence/FASD_Prevalence_Position_Paper_final_March2012.pdf. Consulté le 12 décembre 2012.

20. Santé Canada. *Votre santé et vous. Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale,* 2006. Disponible à http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/fasd-etcaf-fra.php. Consulté le 6 novembre 2012.

21. Santé Canada. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : recommandations de la naissance à six mois. Énoncé conjoint de Santé Canada, de la Société canadienne de pédiatrie, des Diététistes du Canada et du Comité canadien pour l'allaitement,* 2012. Disponible à http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/recom/index-fra.php. Consulté le 2 novembre 2012.

22. Organisation mondiale de la Santé et UNICEF. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant,* 2003. Disponible à http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/fr/index.html. Consulté le 10 novembre 2012.

23. Santé Canada. *Aliments et nutrition. Tendances dans les pratiques relatives à l'allaitement au Canada (2001 à 2009-2010),* 2012. Disponible à http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/prenatal/trends-tendances-fra.php. Consulté le 15 octobre 2012.

24. Seach K.S., Dharmage S.C., Lowe A.J., Dixon J.B. « Delayed introduction of solid feeding reduces child overweight and obesity at 10 years ». *International Journal of Obesity.* 2010;34:1475-79. DOI :10.1038/ijo.2010.101.

25. Agence de la santé publique du Canada. *Guide des parents sur la vaccination,* 2009. Disponible à http://www.phac-aspc.gc.ca/im/iyc-vve/index-fra.php. Consulté le 5 octobre 2012.

26. Tremblay M.S., Colley R.C., Saunders T.J., Healy G.N., Owen N. « Physiological and health implications of a sedentary lifestyle ». *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism.* 2010;35:725-40.

27. Valois R., Zullig K., Huebner S., Drane J. « Physical activity behaviors and perceived life satisfaction among public high school adolescents ». *Journal of School Health.* 2004;74:59-65.

28. Warburton D.E.R., Nicol C.W., Bredin S.S.D. « Health benefits of physical activity: The evidence ». *JAMC.* 2006;174:801-809. DOI : 10.1503/cmaj.051351.

29. Bauman A., Finegood D.T., Matsudo V. « International perspectives on the physical inactivity crisis: Structural solutions over evidence generation? » *Preventive Medicine.* 2009;49:309-12.

30. Davey J., Fitzpatrick M., Garland R., Kilgour M. « Adult participation motives: Empirical evidence from a workplace exercise programme ». *European Sport Management Quarterly.* 2009;9:141-62. DOI : dx.doi.org/10.1080/16184740802571427.

31. Young T.K., Katzmarzyk P.T. « Physical activity of Aboriginal people in Canada ». *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism.* 2007;32:148-60. DOI : 10.1139/H07-110.

32. Jeunes en forme Canada. *Le jeu actif est-il en voie d'extinction? 2012 Bulletin de l'activité physique chez les jeunes de Jeunes en forme Canada,* 2012. Disponible à http://activehealthykids.s3.amazonaws.com/reportcards2012/AHKCReportCard2012FR_final-for-web.pdf. Consulté le 1er décembre 2012.

33. Santé Canada. *Votre santé et vous. Effets de la santé buccodentaire sur l'état de santé général.* Disponible à http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/life-vie/dent-fra.pdf. Consulté le 1er novembre 2012.

34. Santé Canada. *Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada - Tableau sommaire,* 2008. Disponible à http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/water-eau/sum_guide-res_recom/summary-sommaire-fra.pdf. Consulté le 10 novembre 2010.

35. Santé Canada. Les moisissures et votre santé, 2010. Disponible à http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/pdf/promotion/public-publique/home-maison/mould-moisissure-fra.pdf. Consulté le 15 octobre 2010.

36. Agence de la santé publique du Canada. *Comment la scolarité influence-t-elle la santé?* Disponible à http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/qa-qr3-fra.php. Consulté le 3 novembre 2010.

37. Statistique Canada. *Indicateurs sommaires des écoles publiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005-2006 à 2009-2010.* No 81-595-M No 095 au catalogue, 2011. Disponible à http://www.statcan.gc.ca/pub/81-595-m/81-595-m2011095-fra.htm. Consulté le 6 novembre 2012.

38. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. Système de la liste nominative. 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011.

39. Association des pharmaciens du Canada. *e-CPS Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques,* 2013. Disponible à http://www.e-therapeutics.ca/welcome.action;jsessionid=2C54A068E2996428260C97E2223CB6D6.etWorker?language=fr. Consulté le 3 octobre 2012.

40. Sproule B., Brands B., Li S., Catz-Biro L. « Changing patterns in opioid addiction ». *Méd. fam. can.* 2009;55:68-9.e 1-5.

41. Organisation mondiale de la Santé. *World Health Organization lexicon of alcohol and drug terms.* Disponible à http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/. Consulté le 12 novembre 2010.

42. Hernandez S.H., Nelson L.S. « Prescription drug abuse: Insight into the epidemic ». *Clin Pharmacol Ther.* 2010;88:307-17.

43. Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Trousse d'outils sur la toxicomanie – Renseignements de base sur la toxicomanie.* Disponible à http://knowledgex.camh.net/fr/primary_care/addiction_toolkit/fundamentals/Pages/default.aspx. Consulté le 12 novembre 2010.

44. Aparasu R.R., Mort J.R., Brandt H. « Psychotropic prescription use by community-dwelling elderly in the United States ». JAGS. 2003;51:671-77.

45. Bogunovic O.J., Greenfield S.F. « Use of benzodiazepines among elderly patients ». *Practical Geriatrics.* 2004;55:233-35.

46. Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Mental health and addiction information. Methadone.* Disponible à http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/methadone/Pages/methadone.aspx. Consulté le 23 octobre 2012.

47. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Disponible à http://www.trc-cvr.ca. Consulté le 8 novembre 2012.

Appendix 1: Glossaire

Appartenance à la population autochtone

Toute personne ayant déclaré appartenir à au moins un groupe autochtone, soit :

- Indien de l'Amérique du Nord;
- Métis;
- Inuit;
- toute personne ayant déclaré être un Indien visé par un traité ou un Indien inscrit (tel que défini par la Loi sur les Indiens du Canada);
- toute personne ayant déclaré appartenir à une bande indienne ou à une Première Nation dans le Recensement de 2006 de Statistique Canada.

Benzodiazépines

Catégorie de médicaments ayant un effet calmant et servant principalement à soulager l'anxiété et à favoriser le sommeil. Exemples : lorazépam (Ativan) et diazépam (Valium).

Diabète gestationnel

Désigne une hyperglycémie qui survient ou est observée la première fois lors de la grossesse.

Incidence

Nombre de nouveaux cas de maladies ou d'événements dans une population donnée, au cours d'une période donnée.

Maladie aiguë

Maladie d'apparition soudaine pouvant soit évoluer rapidement, soit disparaître en peu de temps. Les maladies aiguës sont de courte durée.

Maladie ou affection chronique

Maladie ou affection de longue durée ou récidivante. L'asthme, le cancer et le diabète sont des exemples de maladie chronique.

Musculosquelettique

Qui se rapporte aux os, aux muscles, aux articulations, aux tendons, aux ligaments et aux nerfs qui composent le corps.

Opioïdes

Catégorie de médicaments permettant de soulager la douleur. Exemples : morphine et oxycodone.

Prévalence

Nombre total de cas d'une maladie, d'une affection ou d'un événement dans une population donnée, à un moment donné.

Sous cutané

Qui se trouve sous la peau.

Surveillance

En matière de santé, la surveillance est définie comme la collecte, l'analyse et l'interprétation systématiques de données relatives à la santé.

Taux

Proportion d'une population atteinte d'une maladie ou d'une affection ou touchée par un événement au cours d'une période donnée.

Taux d'accroissement de la population

Augmentation, au fil du temps, du nombre de personnes au sein d'une population.

Évaluation

Veuillez transmettre l'évaluation à Glenda Rosborough par télécopieur (902-426-8675) ou par la poste, à l'adresse suivante : Maritime Centre, 1505, rue Barrington, bureau 1525, Halifax (Nouvelle Écosse) B3J 3Y6

Veuillez encercler la réponse qui convient le mieux à chacune des questions 1 à 3. Vos commentaires sont les bienvenus.

1. **Lisibilité** : Dans l'ensemble, la lisibilité de ce rapport m'apparaît :
   ○ Faible ○ Passable ○ Bonne ○ Trés bonne ○ Excellente
   Commentaires ou suggestions pour l'avenir :

2. **Structure** : Dans l'ensemble, la structure de ce rapport m'apparaît :
   ○ Faible ○ Passable ○ Bonne ○ Trés bonne ○ Excellente
   Commentaires ou suggestions pour l'avenir :

3. **Contenu** : Dans l'ensemble, le contenu de ce rapport m'apparaît :
   ○ Faible ○ Passable ○ Bonne ○ Trés bonne ○ Excellente
   Commentaires ou suggestions pour l'avenir :

Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes pour la question 4 :

4. J'utiliserais l'information contenue dans ce rapport aux fins suivantes :
   ○ Rapports annuels ○ MRC ○ Planification de la santé communautaire ○ Planification de programme

5. Comment pourrait-on rendre le rapport plus utile?

6. De quelle façon la DGSPNI pourrait-elle maximiser sa collaboration avec les communautés en vue d'améliorer l'analyse et la gestion de l'information en matière de santé?

7. Autres commentaires :

Nos coordonées:

Santé des Premières nations et des Inuits, Région de l'Atlantique
Santé Canada
Pièce 1525 Maritime Centre
1505, rue Barrington
Halifax, Nouvelle-Écosse
B3J 3Y6
Courriel : Atlantic_epis@hc-sc.gc.ca