

Février 2013



Analyse en bref

L'insuffisance rénale au stade terminal chez les peuples autochtones du Canada : traitements et résultats

Sommaire

En raison de l'augmentation des taux d'obésité et de diabète, le fardeau de l'insuffisance rénale au stade terminal (IRT), aussi appelée « stade terminal de l'insuffisance rénale (STIR) », pèse lourd sur les populations autochtones du Canada et du monde entier. L'IRT étant la dernière phase de l'insuffisance rénale chronique, les principales options de traitement sont la dialyse et la transplantation.

À l'aide de données du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO), le présent rapport examine les différences entre les patients autochtones et non autochtones atteints d'IRT par rapport à un certain nombre de facteurs, comme le contexte sociodémographique, la distance à parcourir pour recevoir des traitements, les comorbidités, les traitements reçus et les résultats des traitements. Les analyses ont révélé que les Autochtones sont plus susceptibles d'être traités pour une IRT que les autres Canadiens. De plus, comparativement aux autres patients, les Autochtones atteints d'IRT

- sont plus jeunes et plus susceptibles de souffrir de diabète et d'être obèses;
- sont plus susceptibles de vivre dans des régions éloignées et d'avoir à parcourir une grande distance pour recevoir des traitements;
- sont moins susceptibles de recevoir une transplantation rénale, même après ajustement selon des facteurs comme l'âge, le sexe et le diabète (quoique les taux de survie des greffons soient similaires);
- présentent un taux de survie inférieur au cours de la période suivant le premier traitement par dialyse, même après ajustement selon l'âge, le sexe, le diabète et la distance à parcourir pour recevoir des traitements.

Facteurs qui influent sur la santé

Notre vision

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

Notre mandat

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

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Programme de coordination de l'image de marque

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

www.icis.ca

Au cœur des données



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Le rapport éclaire également la prise de décisions concernant les prochaines étapes potentielles en fournissant des exemples d'initiatives qui décrivent des approches efficaces ou prometteuses visant à organiser et à dispenser les services de santé de façon à aider les populations autochtones à faire face à l'IRT. Certaines approches ayant donné des résultats positifs visent à dispenser des services culturellement adaptés, à surmonter les obstacles géographiques qui nuisent à l'accès aux soins et à mettre à profit les ressources communautaires dans le but d'améliorer les services et soins de santé locaux destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques.

Introduction

L'insuffisance rénale chronique ainsi que l'insuffisance rénale au stade terminal (IRT) sont reconnues comme un problème de santé publique en croissance un peu partout dans le monde. Les taux les plus élevés sont cependant observés chez les populations autochtones, vu le lien qui existe avec le diabète et l'obésité¹⁻⁵. Moins de 2 % des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique atteignent le stade terminal⁶. L'IRT étant une maladie incurable, les deux principales options de traitement sont la dialyse et la transplantation, mais ces traitements comportent des difficultés. Par exemple, la dialyse requiert de la détermination de la part du patient, car celui-ci doit se soumettre à des traitements rigoureux à intervalles réguliers, alors que la transplantation dépend de la disponibilité d'un organe et de la capacité du patient à le recevoir.

Peu de données sont disponibles sur les caractéristiques des patients et les facteurs liés aux traitements de l'IRT chez les Autochtones du Canada. Selon certaines études, les Autochtones sont plus nombreux à souffrir d'IRT que les autres Canadiens, les décès attribuables à l'insuffisance rénale chronique sont plus nombreux dans ces populations^{2, 7-9} et les facteurs de risques des maladies chroniques, particulièrement l'obésité et le diabète, y sont plus présents que dans le reste de la population canadienne^{10, 11}. La plus grande prévalence du diabète et de l'obésité chez les Autochtones du Canada entraîne des risques accrus de développement de l'IRT¹², probablement en raison du jeune âge auquel ces derniers développent le diabète et d'une difficulté accrue à gérer la glycémie et la tension artérielle². En outre, le diabète nuit à la capacité de recevoir certains traitements, comme une transplantation rénale. De plus, les patients diabétiques peuvent avoir de la difficulté à trouver un donneur vivant si les membres de leur famille souffrent également de diabète ou risquent d'en souffrir un jour en raison des antécédents familiaux, car le diabète peut accroître les risques de complications postopératoires pour le donneur et le receveur^{13, 14}. Cependant, un éventail d'autres facteurs peuvent nuire à la capacité et à la volonté de recevoir un traitement pour l'IRT, comme les problèmes de santé antérieurs du patient (particulièrement les maladies cardiaques, l'obésité, les problèmes de circulation sanguine et le cancer), le respect du traitement, les facteurs émotionnels et psychologiques, ainsi que le contexte environnemental, géographique et socioéconomique¹⁵⁻¹⁸.

Le présent rapport tente de combler une lacune importante dans notre connaissance des expériences et des résultats de traitement de l'IRT chez les Autochtones du Canada en explorant des facteurs comme le contexte sociodémographique, la distance à parcourir pour recevoir des traitements, les comorbidités, les traitements reçus et les résultats liés aux traitements. En examinant les différences entre les patients autochtones et non autochtones, ce rapport évalue s'il existe des disparités entre ces deux groupes et, le cas échéant, contribue à définir des façons d'éliminer ces disparités. De plus, il présente brièvement des approches, des initiatives et des stratégies prometteuses visant à soutenir les patients autochtones atteints d'IRT. En fournissant cette information pancanadienne, nous avons pour objectif de contribuer à améliorer les traitements et soins offerts aux patients autochtones atteints d'IRT et de faire avancer la recherche sur ce sujet. Ainsi, nous avons conçu le présent rapport de manière à ce qu'il éclaire les responsables de l'élaboration des politiques et de la gestion du système de santé ainsi que les professionnels des soins de santé primaires et spécialisés partout au Canada qui tentent de rendre accessibles des soins néphrologiques de grande qualité à cette population à risque.

Source des données et populations

Les données du RCITO de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ont permis d'examiner les différences entre les patients autochtones et non autochtones atteints d'IRT en fonction de plusieurs facteurs liés à leurs expériences de traitement et aux résultats obtenus. Le RCITO est un système national d'information qui recueille des données pancanadiennes sur les insuffisances organiques, les transplantations et les dons d'organes, ainsi que la dialyse rénale. Il a pour mandat d'enregistrer et d'analyser le volume d'interventions et les résultats liés aux transplantations d'organes pleins et aux traitements par dialyse rénale.

Le RCITO est l'un des quelques systèmes d'information pancanadiens qui emploient un identificateur ethnique incluant l'option « Autochtone ». Dans la présente étude, cet identificateur a servi à comparer les patients autochtones et non autochtones atteints d'IRT. Le groupe de patients « non autochtones » comprend les patients de tous les autres groupes ethniques. Notez que l'identificateur ethnique du RCITO ne permet pas d'identifier les Autochtones selon qu'ils sont membres des Premières Nations, inuits ou métis. L'information fournie dans le présent rapport ne tient donc pas compte des différences entre ces groupes autochtones sur les plans clinique et thérapeutique (par exemple, comme la prévalence du diabète est beaucoup plus faible chez les Inuits que chez les autres groupes autochtones¹⁰, le fardeau de l'IRT n'est probablement pas aussi lourd pour les Inuits que pour les Premières Nations et les Métis). L'identificateur ethnique peut également être sous-déclaré par les professionnels de la santé qui recueillent cette information, car il n'existe aucune méthode standard de collecte des données sur les origines ethniques des patients. Consultez l'annexe A pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet.

Les résultats de la présente étude concernent les nouveaux patients qui commencent un traitement et les patients existants déjà en traitement au sein de la population de patients de 20 ans ou plus. L'expression « nouveaux patients » désigne ceux qui ont subi leur premier traitement pour l'IRT au cours d'une année donnée. La cohorte de nouveaux patients visée dans la présente étude comprend les cas enregistrés entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2011. Les expressions « cas existants » et « patients existants » désignent les patients qui recevaient déjà un traitement d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale ou qui avaient déjà subi une transplantation au 31 décembre 2011. Les nouveaux patients n'ont pas nécessairement tous été comptés dans le nombre de patients existants, car certains étaient décédés ou n'étaient plus suivis à la fin de l'année. Près de 1 patient nouveau ou existant sur 20 était autochtone.

Les cas existants ont servi à l'analyse des différences entre les patients autochtones et non autochtones en cours de traitement, en fonction de facteurs comme l'âge, le sexe, le diabète, la distance parcourue pour recevoir des traitements et les traitements reçus. Les données sur les résultats de la dialyse et la survie du greffon concernent les nouveaux patients, car elles sont liées au commencement du traitement.

Analyse statistique

Une analyse descriptive a permis de comparer les caractéristiques (c'est-à-dire l'âge, le sexe, l'emplacement urbain ou rural, le revenu du ménage ajusté et la distance parcourue pour recevoir des traitements) ainsi que les traitements des patients autochtones et non autochtones. Les pourcentages de transplantation ajustés selon les risques ont été estimés à l'aide d'un modèle linéaire généralisé de régression log-binomiale qui utilise comme covariables l'âge, le sexe et le diabète. Les résultats des dialyses et des transplantations ont été évalués selon des courbes de survie ajustées (les résultats des dialyses ont été ajustés selon l'âge, le sexe, le diabète et la distance à parcourir pour recevoir des traitements; les résultats des transplantations, selon l'âge, le sexe et le diabète). Le taux de survie après le début de la dialyse et après la transplantation a aussi été évalué à l'aide du modèle de régression à risques proportionnels de Cox en fonction des covariables suivantes : l'ethnicité, l'âge, le sexe, le diabète, le surpoids (selon les catégories de l'indice de masse corporelle), le délai d'orientation, la

dialyse péritonéale comme traitement initial (plutôt que l'hémodialyse), la distance à parcourir pour recevoir des traitements, l'année du début de la dialyse et la province de traitement (voir l'annexe A pour obtenir de plus amples renseignements sur ces méthodologies et les classifications utilisées).

Analyse des interventions

Les interventions examinées portaient essentiellement sur les services liés à l'insuffisance rénale chronique visant à offrir un soutien aux patients autochtones au moment de leur entrée dans le système de santé. Les données ont été recueillies à l'aide de recherches documentaires et d'une analyse du contenu Web. Ces recherches ont mis en évidence 58 exemples d'interventions évaluées et non évaluées au Canada et dans des pays comparables (principalement l'Australie et les États-Unis). Une recherche sur le Web à l'aide de la base de données Medline d'Ovid a permis de trouver, pour la période de 2006 à 2011, des articles et de la littérature grise sur l'insuffisance rénale, les problèmes de santé préexistants (c'est-à-dire les comorbidités comme le diabète couramment associées à l'IRT), les traitements de l'insuffisance rénale et la prise en charge de l'IRT, la santé des Autochtones et les soins de santé culturellement adaptés.

Résultats

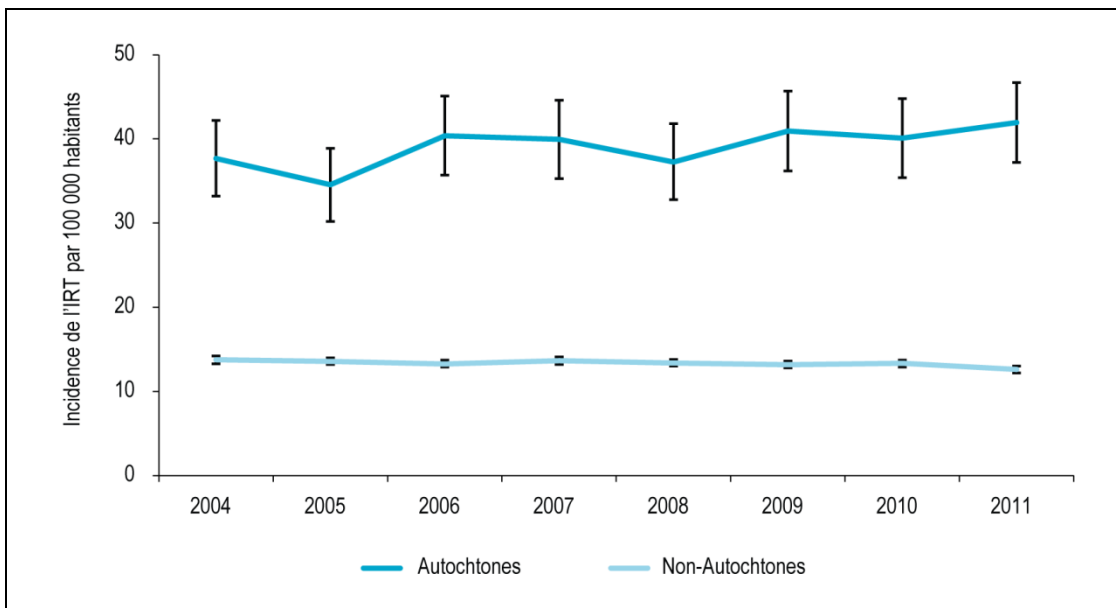
Caractéristiques des patients

La régularité de l'accès et de l'utilisation des services de traitement de l'IRT varie selon des facteurs sociodémographiques, géographiques et cliniques. Ces facteurs influent également sur l'accès aux traitements et les résultats obtenus. La présente section fournit de l'information sur ces facteurs par rapport aux caractéristiques (par exemple, l'âge, le revenu et la distance des établissements de santé offrant des services de traitement de l'IRT) et au profil clinique des patients atteints d'IRT. Elle fournit également les taux d'IRT chez les patients autochtones et non autochtones.

Incidence et prévalence de l'IRT supérieures chez les Autochtones

En 2011, parmi les nouveaux patients recevant des traitements pour l'IRT, la proportion d'Autochtones était plus de trois fois supérieure à celle des non-Autochtones (taux normalisé selon l'âge de 42 contre 13 par 100 000 habitants). La croissance du taux d'IRT est demeurée relativement stable pour les populations autochtones et non autochtones entre 2004 et 2011 (voir la figure 1 et le tableau B1 de l'annexe B).

Figure 1 : Nouveaux cas d'IRT chez les adultes de 20 ans ou plus, Canada, 2004 à 2011



Remarque

Les taux ont été normalisés selon la répartition par âge de la population autochtone en 2006 au Canada (voir l'annexe A pour plus de précisions sur les méthodes et les tendances chronologiques).

Source

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

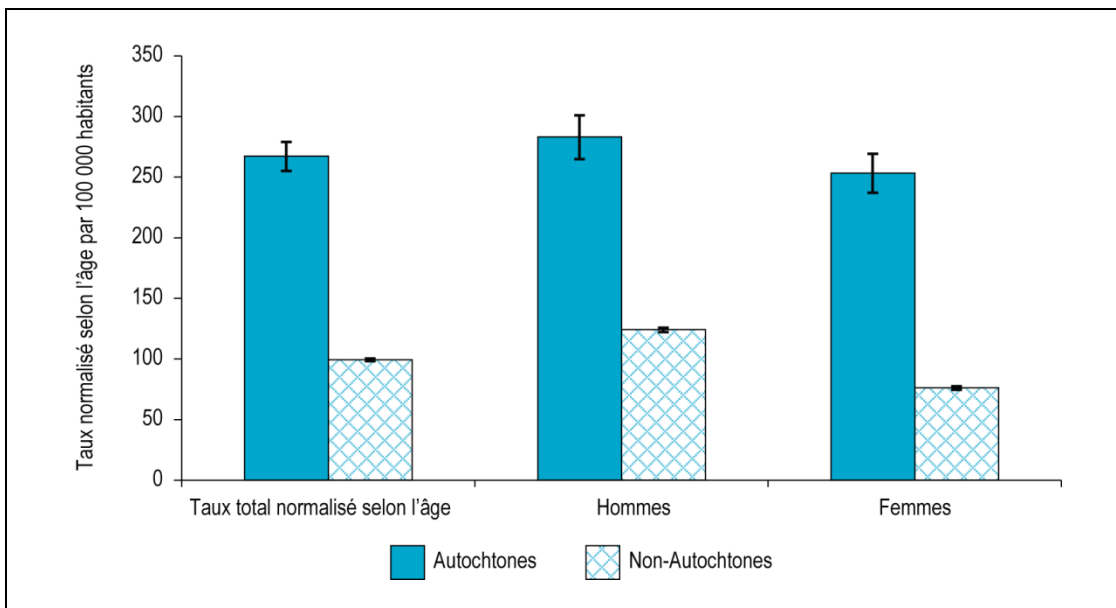
Parmi les patients existants (c'est-à-dire les patients vivants qui ont déjà reçu un traitement pour l'insuffisance rénale), les Autochtones étaient près de trois fois plus susceptibles d'avoir déjà commencé les traitements pour l'IRT comparativement aux non-Autochtones (taux normalisé selon l'âge de 267 contre 99 par 100 000 habitants en 2011; voir la figure 2).

Les patients autochtones atteints d'IRT sont plus jeunes et plus susceptibles de souffrir de diabète et d'être obèses

L'âge médian des patients autochtones atteints d'IRT était près de 10 ans inférieur à celui des patients non autochtones (54 ans contre 62 ans dans le cas des patients existants; $p \leq 0,01$). Par ailleurs, parmi les deux groupes, les hommes étaient plus touchés par la maladie que les femmes. Les hommes non autochtones étaient près de deux fois plus nombreux à être atteints de la maladie que les femmes non autochtones (taux ajusté selon l'âge de 124 contre 76 par 100 000 habitants). L'écart entre les hommes et les femmes n'était cependant pas aussi grand chez les Autochtones (283 contre 253 par 100 000 habitants; voir la figure 2, ainsi que le tableau B2 de l'annexe B).

Les patients autochtones atteints d'IRT étaient également près de deux fois plus susceptibles d'avoir reçu un diagnostic de diabète que les patients non autochtones (49 % contre 27 % respectivement; $p \leq 0,01$). Ils étaient également plus nombreux à être obèses (40 % contre 27 % respectivement; $p \leq 0,01$) au début de leur traitement. Or, il a été démontré que ces deux problèmes de santé augmentent les risques de développer une IRT.

Figure 2 : Cas existants d'IRT selon le sexe, adultes âgés de 20 ans ou plus, 2011



Remarques

Les barres d'erreur représentent des intervalles de confiance de 95 %.

L'écart entre les Autochtones et les non-Autochtones était significatif dans tous les cas ($p < 0,05$).

Les taux ont été normalisés selon la répartition par âge de la population autochtone en 2006 au Canada (voir l'annexe A pour plus de précisions).

Source

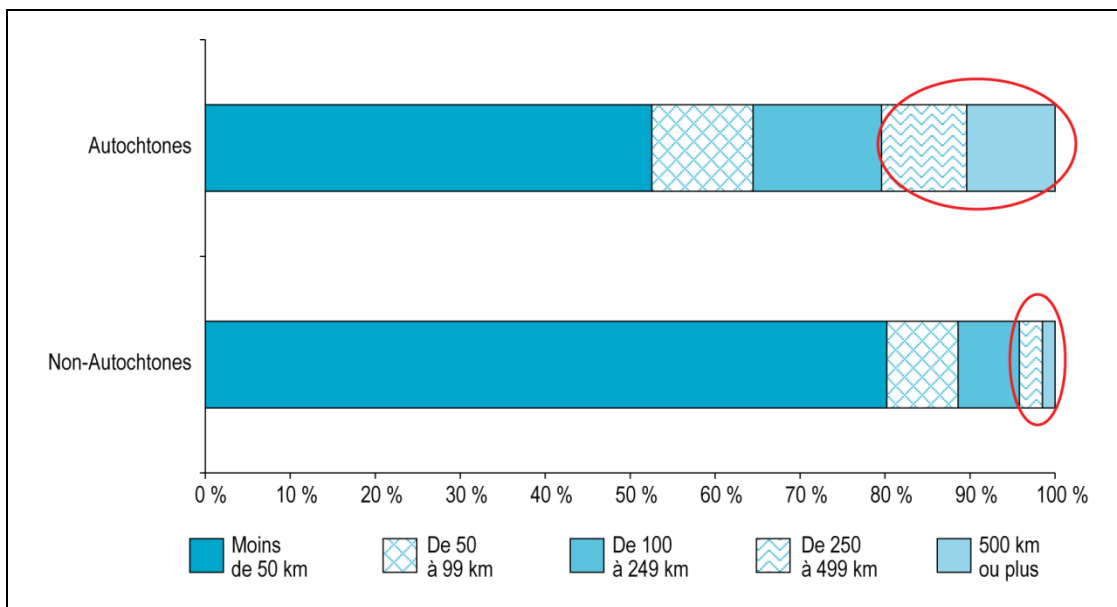
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Les patients autochtones atteints d'IRT sont plus susceptibles d'habiter dans des régions éloignées et défavorisées sur le plan socioéconomique et d'avoir à parcourir une grande distance pour recevoir des services de dialyse

Les patients autochtones souffrant d'IRT étaient deux fois plus susceptibles de vivre dans des quartiers à faible revenu que les patients non autochtones atteints de la même maladie. Au début du traitement, 56 % des patients autochtones atteints d'IRT habitaient dans les quartiers les plus défavorisés (dernier quintile de revenu ajusté selon la taille du ménage), comparativement à 24 % des patients non autochtones ($p \leq 0,01$) (voir l'annexe A pour obtenir des précisions sur la classification des revenus utilisée).

Un patient autochtone souffrant d'IRT sur cinq (parmi les cas existants) devait parcourir plus de 250 km pour recevoir des traitements dans un établissement de santé, contre moins de 5 % des patients non autochtones souffrant de la même maladie (figure 3). Les patients autochtones parcouraient des distances quatre fois plus grandes que les patients non autochtones (c'est-à-dire une distance médiane de 41 km contre 11 km). Cette différence est vraisemblablement attribuable au fait que deux patients autochtones atteints d'IRT sur cinq (40 %) habitaient une région éloignée (comparativement à 6 % des patients non autochtones atteints d'IRT). Plus de la moitié (53 %) des patients autochtones habitaient à 50 km ou moins de l'établissement où ils recevaient leur traitement, contre 80 % des patients non autochtones. Ces pourcentages cadrent avec les proportions de patients atteints d'IRT habitant en région urbaine (50 % des patients autochtones et 85 % des patients non autochtones).

Figure 3 : Distance parcourue par les patients de 20 ans ou plus atteints d'IRT (cas existants) pour recevoir des traitements, 2011



Remarques

Voir l'annexe A pour obtenir des précisions sur le calcul des distances.

La différence entre le classement des Autochtones selon les catégories de distance parcourue et celui des non-Autochtones était significative ($p < 0,05$).

Le code postal était manquant dans 7 % des cas de patients existants.

Source

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Encadré 1 : Options de traitement de l'IRT

L'**hémodialyse** désigne l'épuration ou la filtration du sang à l'aide d'une machine et d'un rein artificiel, appelé « dialyseur ». Habituellement, l'hémodialyse nécessite trois visites par semaine à l'hôpital ou dans un centre de dialyse communautaire, chacune pouvant durer jusqu'à quatre heures. Certaines personnes sont en mesure d'effectuer leur hémodialyse à domicile. Elles le font souvent la nuit pendant leur sommeil. Ce traitement a pour avantage d'être commode et efficace. Les inconvénients de l'hémodialyse standard sont le respect d'une diète stricte (sauf pour les patients qui font la dialyse la nuit à la maison) et d'un horaire de traitement fixe ainsi que les déplacements à l'hôpital ou au centre communautaire.

La **dialyse péritonéale** désigne une méthode de filtration des toxines et des déchets circulant dans le sang à partir de la membrane de la cavité abdominale ou de l'estomac. Ce procédé nécessite de remplir l'abdomen d'une solution de dialyse au moyen d'un cathéter installé de façon permanente, puis de retirer la solution après un certain laps de temps. Les traitements sont habituellement effectués quatre fois par jour, et ce, à domicile à l'aide d'une petite machine. Ce traitement a pour avantage d'offrir plus d'autonomie au patient, qui peut effectuer les dialyses au moment qui lui convient le mieux. Toutefois, il a pour inconvénient d'augmenter les risques d'infection dans la cavité abdominale.

La **transplantation rénale** désigne l'implantation chirurgicale d'un rein dans la partie inférieure de l'abdomen à partir d'un donneur vivant ou décédé. Ce traitement est largement considéré comme le meilleur pour les patients aptes à le recevoir. Une transplantation rénale accroît la qualité et la durée de vie. Elle nécessite toutefois que le receveur prenne en permanence des médicaments pour empêcher le rejet du rein, et ces médicaments peuvent entraîner des complications.

Le **traitement conservateur** est également une option. Certaines personnes considèrent la dialyse comme un fardeau qui ne fait que prolonger leurs souffrances. Ces personnes peuvent recourir à des médicaments, une diète et d'autres traitements pour atténuer leurs symptômes. Le RCITO ne contient pas de données sur cette option de traitement.

Source

La Fondation canadienne du rein. Site Web : <http://www.rein.ca/>. Consulté le 29 novembre 2012.

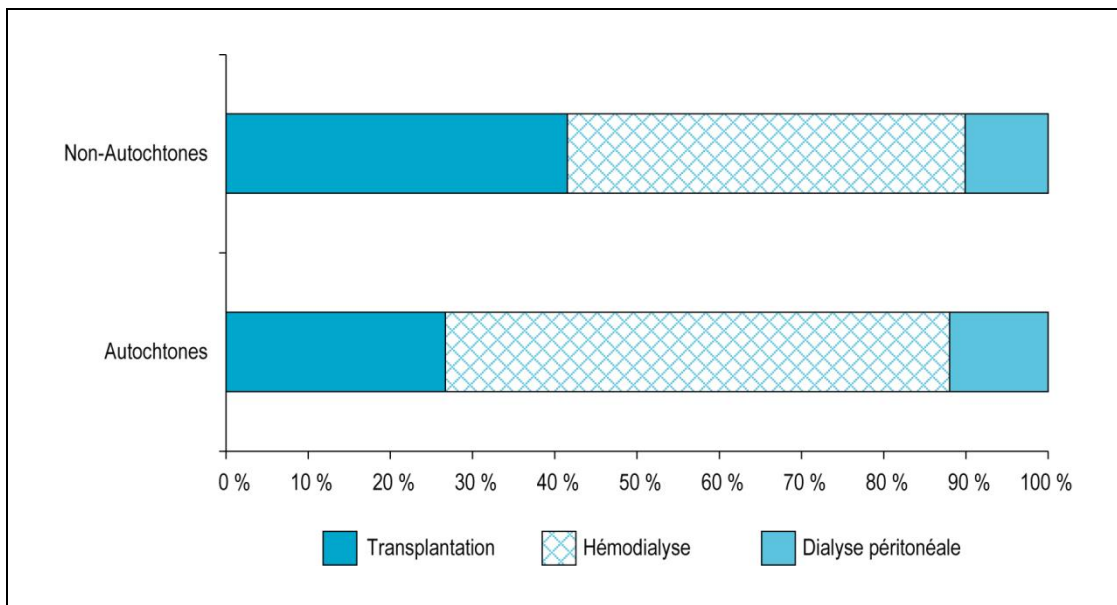
Traitements de l'IRT

Il existe deux principaux types de traitement pour les patients atteints d'IRT : la dialyse, qui nécessite l'utilisation régulière d'une machine servant de rein artificiel (un dialyseur), et la transplantation rénale, par laquelle le patient reçoit le rein d'un donneur. L'encadré 1 décrit les avantages et inconvénients de ces options de traitement. La présente section traite des disparités dans ces traitements entre les patients autochtones et non autochtones atteints d'IRT.

Les patients autochtones atteints d'IRT sont moins susceptibles de recevoir une transplantation

La dialyse est plus courante que la transplantation chez les Autochtones et les non-Autochtones souffrant d'IRT (cas existants). Par ailleurs, la vaste majorité des patients autochtones et non autochtones en dialyse ont recours à l'hémodialyse (figure 4). Des comparaisons des deux groupes de patients ont révélé que les patients autochtones atteints d'IRT étaient moins susceptibles de recevoir une greffe de rein que les patients non autochtones au 31 décembre 2011 (27 % contre 42 %). Cet écart demeurait, même après ajustement selon l'âge, le sexe et le diabète.

Figure 4 : Traitements des patients de 20 ans ou plus atteints d'IRT (cas existants), 2011



Remarque

Ce graphique présente les pourcentages bruts, à savoir non ajustés selon l'âge, le sexe, le diabète ou la distance à parcourir pour recevoir des traitements.

Source

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Résultats pour les patients atteints d'IRT

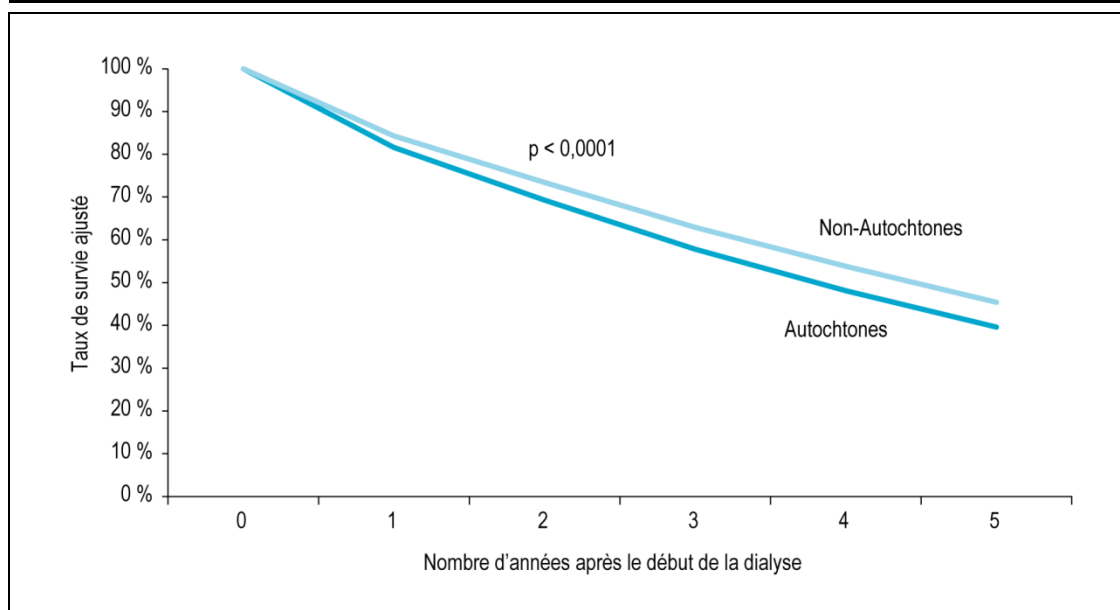
Étant donné la plus grande complexité des cas d'IRT chez les patients autochtones en raison de comorbidités (particulièrement le diabète et l'obésité), l'âge précoce d'apparition de l'IRT chez ces patients et les barrières géographiques qui rendent difficile le traitement, il est important de savoir comment ces facteurs peuvent avoir des répercussions sur les résultats du traitement. La présente section vise à éclairer les traitements et les soins offerts aux patients à partir d'information sur la survie des patients après le début de la dialyse et après la transplantation rénale.

Les patients autochtones atteints d'IRT présentent un taux de survie après le début de la dialyse inférieur à celui des non-Autochtones, mais un taux de survie semblable après la transplantation

Les patients autochtones atteints d'IRT présentaient un taux de survie inférieur à celui des patients non autochtones pour l'ensemble des cinq années suivant la première dialyse (taux de survie ajusté selon l'âge, le sexe, le diabète et la distance à parcourir pour recevoir des traitements après la première année : 81,6 % contre 84,3 %; après la cinquième année : 39,6 % contre 45,4 %; voir la figure 5). Ces résultats sont également conformes à ceux obtenus à l'aide du modèle de régression à risques proportionnels de Cox. En effet, ce dernier a révélé un risque supérieur de décès pour les patients autochtones après ajustement selon l'âge, le sexe, le diabète et la distance à parcourir pour recevoir des traitements — soit un ratio de risque de 1,33 après ajustement selon l'âge réduit à 1,28 après ajustement selon l'âge, le sexe et le diabète, puis réduit à 1,19 après ajustement selon la distance à parcourir. Ces résultats semblent indiquer que l'ajustement selon le diabète et la distance à parcourir pour recevoir des traitements réduit effectivement l'écart entre le risque de décès des Autochtones et celui des non-Autochtones. Toutefois, les calculs ne tiennent pas compte de toutes les différences entre ces deux groupes.

Les taux de survie du greffon après la transplantation rénale étaient semblables chez les patients autochtones et non autochtones atteints d'IRT (taux ajustés selon l'âge, le sexe et le diabète après la première année : 94,2 % contre 94,6 %; après la cinquième année : 83,6 % contre 84,4 %; voir le tableau B3 de l'annexe B). De la même façon, aucune différence significative n'a été observée dans les risques de décès calculés au moyen du modèle de régression à risques proportionnels de Cox après prise en considération des facteurs de confusion.

Figure 5 : Taux de survie des patients âgés de 20 ans ou plus en dialyse (cas nouveaux), Canada, 2002 à 2011



Remarque

Les taux de survie ont été ajustés selon l'âge, le sexe, le diabète et la distance à parcourir pour recevoir des traitements.

Source

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Analyse

Les résultats fournis dans le présent rapport ont démontré que la situation des patients autochtones atteints d'IRT est différente de celle des patients non autochtones en ce qui a trait au fardeau que représente la maladie, aux facteurs influant sur le traitement et aux résultats obtenus. Plus précisément, les Autochtones courent un plus grand risque de faire partie des cas nouveaux et existants d'IRT. De plus, ils doivent parcourir de plus grandes distances pour recevoir leurs traitements et sont moins susceptibles de recevoir une greffe. Les patients autochtones en dialyse présentent également un taux de survie inférieur à celui des patients non autochtones atteints d'IRT, mais leur taux de survie après transplantation est semblable.

De nombreuses autres études ont démontré que le taux supérieur d'IRT dans les populations autochtones — et, dans le cadre de cette étude, parmi les patients recevant un traitement pour l'IRT — est grandement attribuable aux taux supérieurs de diabète et d'obésité chez ces populations^{1, 2, 4, 5}. Ces deux problèmes augmentent les risques de développer une insuffisance rénale chronique et l'IRT. De plus, le diabète complique le traitement de l'IRT, particulièrement la transplantation rénale à partir d'un donneur vivant¹³. Notre étude a révélé que les patients autochtones atteints d'IRT étaient moins susceptibles de subir une transplantation rénale que les non-Autochtones, même après ajustement selon l'âge (vu l'atteinte précoce du stade terminal de la maladie chez les Autochtones), le sexe et le diabète. Ainsi, d'autres facteurs influent peut-être sur la décision de subir une transplantation et sur le taux de transplantation comme tel.

Les populations autochtones canadiennes ne sont pas les seules à présenter un taux de transplantation inférieur. Ce même phénomène a été observé chez des populations autochtones ailleurs dans le monde, ainsi que chez d'autres minorités ethniques au Canada (par exemple, chez les Asiatiques du Sud et du Sud-Est, ainsi que chez les Afro-Canadiens)¹⁸⁻²⁰. Certaines barrières définies pour ces groupes sont également présentes chez les patients autochtones, comme une pénurie d'interprètes et de ressources éducatives appropriées²¹⁻²³. Elles nuisent à la compréhension des protocoles de traitement par le patient et à la consultation de professionnels de la santé²³. En outre, de nombreuses cultures, y compris la culture autochtone, se font une idée négative du don d'organes^{15, 24, 25}, ce qui peut également avoir influé sur le taux de transplantation rénale observé dans la présente étude.

La distance à parcourir pour recevoir un traitement constitue un autre obstacle potentiel au traitement des patients atteints d'IRT, car celui-ci peut obliger les patients à se rendre régulièrement dans un établissement de santé pour recevoir des soins. En effet, les patients qui subissent une hémodialyse doivent se rendre trois fois par semaine dans un établissement de santé, et chaque visite peut durer jusqu'à quatre heures. Les résultats de cette étude démontrent que plus d'un tiers des patients autochtones habitent en région éloignée et qu'un sur cinq doit parcourir plus de 250 km pour recevoir son traitement, ce qui peut expliquer le taux inférieur de survie des patients autochtones après le début de la dialyse. Prakash²³ suggère que la disponibilité limitée des services et la distance par rapport aux établissements de santé peuvent nuire aux résultats des patients en dialyse parce qu'ils peuvent compliquer le diagnostic rapide des problèmes associés au traitement, comme les infections internes et externes. Le fait d'avoir à parcourir une distance accrue pour recevoir un traitement peut également créer des obstacles à l'emploi et compliquer l'obtention d'un soutien familial et social ainsi que la participation à des activités de subsistance fondées sur l'exploitation de la terre²⁶. La distance des établissements de santé n'a toutefois pas été définie comme un obstacle à la transplantation rénale chez les Autochtones du Canada²⁷.

Interventions visant à améliorer les soins aux malades chroniques et aux personnes atteintes d'IRT

Pour être efficaces et appropriées, les activités de prévention et de soins doivent agir à divers niveaux. Une analyse pancanadienne prenant appui sur les résultats obtenus à partir des données quantitatives a permis de cerner les interventions ayant une influence sur l'IRT et ses facteurs de risque. Ces interventions visent à améliorer l'expérience des Autochtones souffrant d'une insuffisance rénale (et de comorbidités connexes) qui entrent dans le système de santé. Elles ont été classées à l'aide du modèle étendu de soins pour malades chroniques (Expanded Chronic Care Model ou ECCM).

Ce modèle oriente les efforts visant à réduire le fardeau des maladies chroniques vers l'intervention sur les déterminants de la santé et la prestation de services de santé de grande qualité²⁸. Bien que le modèle ne s'applique pas qu'à la santé des populations autochtones ou des patients atteints d'IRT, il intègre diverses composantes qui reflètent les liens entre les collectivités (les populations), les systèmes de santé et les individus²⁸. Les bases de ce modèle, sur lesquelles reposent les composantes relatives aux collectivités et aux systèmes de santé, sont axées sur les résultats pour la santé à l'échelle de la population et de la personne qui découlent des interactions et des relations entre les patients et les équipes de santé²⁸.

Deux types d'interventions sont mises en relief dans la présente section : les interventions axées sur les activités qui agissent directement sur l'IRT et celles qui réduisent les facteurs de risque connus liés à la maladie avant son apparition. La plupart de ces interventions peuvent être classées dans trois catégories du modèle : la création de milieux de soutien, le renforcement de l'action communautaire, ainsi que la conception du système de prestation de soins et la réorientation des services de santé. La présente section explore de manière plus approfondie ces catégories et fournit des exemples de pratiques prometteuses pour chacune d'entre elles. Consultez l'annexe A pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont le modèle étendu de soins pour malades chroniques a été utilisé dans le classement des interventions. L'annexe C contient la liste complète des interventions examinées; ces interventions comprennent des objectifs clairement définis, une solide méthode de mise en œuvre de la méthodologie, une collaboration intersectorielle et, dans certains cas, une évaluation.

Création de milieux de soutien

Bien qu'il existe des inégalités documentées en ce qui concerne l'accès au traitement de l'insuffisance rénale chez les Autochtones^{16, 21}, l'intégration de pratiques culturellement adaptées pourrait abaisser certaines des barrières qui empêchent l'accès aux soins³⁵. Le fait de fournir aux professionnels de la santé une formation sur la sécurisation culturelle pourrait accroître leur compréhension des facteurs culturels généraux, de la sécurisation culturelle comme telle et des obstacles à la relation entre le patient et le dispensateur^{35, 36}.

Certaines interventions relevées dans le cadre de cette analyse sont axées sur l'amélioration de l'environnement communautaire ou clinique dans le but d'améliorer les résultats à court et à long terme pour le patient. Parmi celles-ci figure la Six Nations Satellite Dialysis Unit (unité de dialyse satellite des Six Nations) du Territoire des Six Nations de la rivière Grand en Ontario. Cette clinique de dialyse a pour objectif de fournir des traitements d'hémodialyse localement et ainsi permettre aux patients de rester dans leur collectivité, près de leurs réseaux de soutien familial et social²⁹. Ce programme est le produit d'une action purement communautaire qui a défini le besoin d'offrir des soins locaux. Les membres de la communauté se sont fait entendre auprès des autorités²⁹.

Renforcement de l'action communautaire

Une meilleure accessibilité des traitements pourrait améliorer l'expérience des Autochtones atteints d'une maladie du rein, particulièrement de ceux qui ont besoin de traitements d'hémodialyse plusieurs fois par semaine. Dans le but de réduire le nombre de nouveaux cas d'insuffisance rénale en général, les collectivités ont obtenu des fonds pour offrir des services locaux, ont conçu des boîtes à outils éducatives et ont contribué à mettre en œuvre des programmes de dépistage préventif^{30, 31, 33, 34}. Elles sont parvenues à définir les besoins locaux et à établir des programmes qui améliorent l'accès au dépistage et au traitement et qui encouragent le patient à se prendre en charge^{30, 31, 33}. La collaboration entre les collectivités et divers ordres de gouvernement a mené à la création de programmes de traitement novateurs qui peuvent réduire ou éliminer le temps de déplacement nécessaire pour recevoir un traitement³². Des programmes de liaison visent à accroître le confort des patients autochtones en facilitant l'accès aux services de santé, en améliorant les expériences de soins et en établissant des liens de confiance entre les patients et les dispensateurs³⁷⁻³⁹.

Une boîte à outils pour IRT conçue par la Première Nation Elsipogtog, en partenariat avec des médecins locaux, démontre comment la sécurisation culturelle et la santé communautaire peuvent être améliorées par l'intégration du savoir de la collectivité et des capacités de recherche externes³⁰. La Première Nation Elsipogtog, une collectivité micmaque du Nouveau-Brunswick, a reconnu que ses membres atteints d'une maladie du rein avaient de la difficulté à suivre les directives pour la prise en charge de leur maladie³⁰. Les membres de la collectivité se sont donc joints à des chercheurs pour explorer ce problème en documentant les expériences des patients qui se sont déplacés dans des centres de santé urbains pour recevoir leur traitement de dialyse³⁰. La boîte à outils vise à fournir de l'information et du soutien aux patients atteints d'insuffisance rénale chronique et permet aux membres de la collectivité d'échanger sur leurs expériences relatives à cette maladie³⁰. Elle peut également s'avérer utile aux dispensateurs de soins et aux praticiens qui offrent un soutien aux patients à domicile et dans un établissement de santé³⁰.

La *Politique de transfert des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits* de Santé Canada a pour but de permettre la responsabilisation des autorités chargées de la gouvernance des services de santé à l'échelle locale et de faciliter la mise en œuvre de services qui répondent aux besoins des collectivités des Premières Nations et inuites³¹. Ces collectivités évaluent leurs besoins en matière de santé pour définir les priorités et les ressources requises. Ces éléments sont ensuite intégrés dans un plan de santé communautaire⁴⁰. Le programme de transfert des services de santé soutient le processus de mise en œuvre et d'évaluation, qui comprend des indicateurs comme la satisfaction de la collectivité, les taux d'hospitalisation et d'autres données sur l'état de santé⁴⁰.

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

Selon le modèle étendu de soins pour malades chroniques, il est possible de réorienter les services de santé afin qu'ils répondent aux besoins sociaux et économiques des patients et de leurs collectivités²⁸. Cette réorientation peut nécessiter de renforcer les ressources locales de manière à adapter le mode de prestation des services de santé locaux, ou encore de former les professionnels et ainsi favoriser la sécurisation culturelle dans les relations entre le patient et le dispensateur^{31, 36}. Des programmes d'éducation et de liaison avec le milieu hospitalier peuvent favoriser la confiance et améliorer l'expérience de soins en aidant les patients autochtones et leur famille à naviguer dans le système de santé³⁷. Certains programmes font appel à la technologie pour aider les patients à surmonter les difficultés liées à la distance, faciliter l'accès à des services spécialisés et fournir une infrastructure de télésanté aux Autochtones^{35, 41, 42}. Les services de télésanté permettent aux praticiens d'établissements éloignés de communiquer avec des spécialistes en milieu urbain⁴¹. Ces services permettent aussi aux patients d'entretenir des liens avec leur collectivité et leur famille par vidéo lorsqu'ils reçoivent leur traitement loin de chez eux^{35, 41}.

Un programme du nord de l'Ontario cherche à renforcer les méthodes et les pratiques utilisées par les professionnels de la médecine qui travaillent auprès des Autochtones. Le Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout permet à des apprentis dispensateurs de soins de santé de l'École de médecine du Nord de l'Ontario d'acquérir de l'expérience pratique dans un milieu de soin qui intègre le savoir ancestral sur la santé dans une gamme de services préventifs, pour malades chroniques et de courte durée^{32, 43}.

Par ailleurs, un programme albertain a permis la mise sur pied d'une clinique de prévention de l'insuffisance rénale pour les résidents admissibles de la Première Nation Siksika, située en milieu rural. Des personnes âgées, le chef et le conseil de la Première Nation Siksika ainsi que le comité de santé des Siksika ont participé au processus d'acceptation, à la conception et à la promotion de la clinique avant sa mise sur pied³³. Dans le but d'améliorer la gestion des comorbidités dans cette population, une infirmière praticienne fournit des services de dépistage, de traitement et de consultation sur la modification des comportements aux bénéficiaires de la clinique³³. Cette intervention a entraîné d'importants progrès en matière de traitement de la tension artérielle et du contrôle de la glycémie et des lipides³³.

Prochaines étapes

Le modèle étendu de soins pour malades chroniques fournit un cadre complet pour la gestion des soins pour malades chroniques au Canada. Bien qu'il ne soit pas précisément adapté aux besoins et aux caractéristiques des Autochtones du Canada, sa structure a été utile au regroupement des résultats initiaux de l'examen des interventions. Trois grands thèmes importants à prendre en considération dans la prestation des services de santé ont émergé de l'examen des interventions :

- la culture de la population locale de patients³⁵
- les barrières géographiques qui empêchent l'accès aux soins^{21, 30, 43}
- la participation de la collectivité aux activités de planification, de prévention et de traitement^{30, 32, 35, 40}

La collaboration entre les collectivités autochtones, les praticiens et les planificateurs du domaine de la santé peut favoriser l'amélioration des résultats pour la santé et de l'expérience des Autochtones atteints d'IRT. L'intégration des traditions culturelles dans les services aux Autochtones du Canada peut faciliter la communication entre le patient et le dispensateur^{36, 44}, mettre à l'aise les patients en traitement⁴⁴ et améliorer les résultats ainsi que la satisfaction des patients. Dans diverses régions canadiennes, des barrières géographiques ont été surmontées par le renforcement des capacités des établissements locaux, la mise en place de technologies de télésanté et le rapprochement des services de dépistage^{33, 34, 39, 41, 45}. La participation des collectivités autochtones à la planification et à la mise en œuvre des services de santé locaux ainsi qu'aux activités de prévention permet de veiller à ce que les soins soient adaptés à ces collectivités et à leurs membres traités pour une IRT^{30, 32, 35, 40}.

Conclusion

La présente étude a démontré qu'il existe des différences entre les patients autochtones et non autochtones en ce qui a trait aux taux d'IRT, aux traitements utilisés et aux résultats obtenus. Des recherches plus approfondies seraient cependant nécessaires pour éliminer ces écarts en matière de santé. De tels travaux de recherche pourraient explorer les relations entre les facteurs qui peuvent contribuer aux disparités dans les comorbidités responsables de la plus grande fréquence de l'IRT chez les Autochtones. Ils pourraient également examiner les facteurs qui influent sur les options de traitement, comme la disponibilité des organes, le sous-diagnostic de l'IRT ou son diagnostic tardif. Puisque, d'un point de vue général, l'IRT chez les Autochtones n'est pas qu'un problème de santé physique, mais également un problème de bien-être mental, émotionnel et spirituel^{26, 30, 35}, il serait également utile d'explorer les expériences vécues par les patients atteints d'IRT et chercher à savoir comment les facteurs personnels, familiaux et communautaires peuvent améliorer les résultats. Le présent rapport a également permis de décrire plusieurs pratiques prometteuses démontrant des façons de faire

participer la collectivité à la fois aux interventions sur l'IRT et ses facteurs de risque et à l'organisation des mesures visant à prendre en charge et à traiter la maladie chez cette population à risque élevé. L'information fournie dans ce rapport sera utile aux autorités sanitaires et aux dispensateurs de soins de santé primaires et spécialisés de partout au Canada qui s'efforcent de rendre accessibles des soins néphrologiques de grande qualité aux peuples autochtones.

Remerciements

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), une composante de l'ICIS, tient à remercier les nombreuses personnes qui ont participé à la production du présent rapport. Nous aimerions remercier particulièrement les membres de l'ISPC et du RCITO qui ont formé le noyau principal de l'équipe du projet : Kahá:wi Jacobs, Sushma Mathur, Catherine Fraser, Bob Williams, Yingbo Na et Helen Ke Wei-Randall. Nous souhaitons également souligner la participation des membres de l'ISPC ainsi que de tous les anciens et actuels membres du personnel de l'ICIS qui ont généreusement offert leur appui tout au long de la production du rapport. Nous remercions particulièrement Jean Harvey, Jeremy Veillard, Claire-Marie Fortin, Greg Webster, Jean-Marie Berthelot et Jennifer Pennock pour leurs conseils stratégiques et leur soutien.

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

Sacha Sénécal

Gestionnaire principal de recherche stratégique, Affaires autochtones et Développement du Nord Canada

Michel Roy

Sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada

Joanne Kappel

Chef, Département de néphrologie, Université de la Saskatchewan

André Corriveau

Administrateur en chef de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Annexe A : Source des données, définitions et méthodes

Source des données

Les données du RCITO de l'ICIS ont servi à l'examen des différences entre les patients autochtones et non autochtones atteints d'IRT en fonction de plusieurs facteurs liés à leurs expériences de traitement et aux résultats obtenus. Le RCITO est un système national d'information relative aux insuffisances organiques, à la transplantation, au don d'organes et à la dialyse rénale. Il a pour mandat d'enregistrer et d'analyser le volume d'interventions et les résultats liés aux transplantations d'organes vitaux et aux traitements par dialyse rénale. Le RCITO est une base de données longitudinale qui suit les patients atteints d'IRT depuis leur premier traitement suivant la consultation d'un néphrologue jusqu'à leur décès. Il reçoit des données de partout au Canada, de l'ensemble des programmes de dialyse en milieu hospitalier, des programmes de transplantation régionaux, des services d'approvisionnement en organes et des services de dialyse rénale offerts dans des établissements de santé autonomes. Le RCITO contient des données sur une grande partie des traitements de dialyse et des transplantations. Les provinces fournissent elles-mêmes les données sur leurs patients, tandis que les données des patients du Yukon sont soumises par la Colombie-Britannique et celles sur les patients des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, par l'Alberta. La base de données recueille de l'information sur les nouveaux patients atteints d'IRT et les patients existants.

Identification des Autochtones

Le RCITO comprend un identificateur ethnique permettant d'identifier les Autochtones. Cette variable, déclarée au début d'un traitement, a permis de créer deux groupes : un groupe autochtone et un groupe combinant toutes les autres ethnies. L'identificateur a permis de comparer les patients autochtones et non autochtones atteints d'IRT en fonction de caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques.

Population étudiée

Les analyses du présent rapport s'appuient sur les données de patients de 20 ans ou plus qui reçoivent ou ont reçu un traitement pour l'IRT (c'est-à-dire une hémodialyse, une dialyse péritonéale ou une transplantation). L'expression « nouveaux patients » désigne ceux qui ont subi leur premier traitement au cours d'une année donnée. La cohorte de nouveaux patients visée dans la présente étude comprend les cas enregistrés entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2011. Parmi les nouveaux patients figurent 2 658 Autochtones et 47 402 non-Autochtones. Les expressions « cas existants » et « patients existants » désignent les patients qui recevaient déjà un traitement d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale ou qui avaient déjà subi une transplantation au 31 décembre 2011. Ce groupe comprend 1 885 Autochtones et 35 379 non-Autochtones. Les nouveaux patients n'ont pas nécessairement tous été comptés dans le nombre de cas existants, car certains étaient décédés ou n'étaient plus suivis à la fin de l'année. Près de 1 patient nouveau ou existant sur 20 était autochtone. En 2011, l'ethnie de 2 612 patients existants atteints d'IRT (7 %) demeurait inconnue. Tous les cas dont la catégorie ethnique était inconnue ont été exclus des analyses.

Analyse statistique

Examen des caractéristiques des patients

Une analyse descriptive a permis de comparer les expériences démographiques, cliniques et thérapeutiques des patients autochtones et non autochtones selon des facteurs comme l'âge, le sexe, le diabète, la distance parcourue pour recevoir des traitements et le traitement utilisé (hémodialyse, dialyse péritonéale et transplantation rénale). Certaines caractéristiques de base des patients ont été testées au moyen du test du chi carré, du test de Student ou du test non paramétrique de Wilcoxon. Tous les tests étaient bilatéraux. Les résultats dont la valeur de p était inférieure à 0,05 ont été considérés comme statistiquement significatifs.

Normalisation selon l'âge

Les cas nouveaux et existants d'IRT ont été normalisés selon l'âge par 100 000 habitants à l'aide de la méthode de normalisation directe, selon la population autochtone de 2006⁴⁶. On entend par taux normalisé selon l'âge une moyenne pondérée des taux par groupe d'âge, où les pondérations correspondent aux proportions d'une population type dans les groupes d'âge correspondants. Un taux normalisé selon l'âge correspond donc à ce que serait le taux brut dans la population étudiée si cette population était répartie entre les groupes d'âge dans les mêmes proportions que la population type.

Le dénominateur utilisé dans le calcul des taux bruts et des taux selon l'âge provient du Recensement de 2006 : la population de 2006 a été multipliée par huit, soit le nombre d'années de données du RCITO (2004 à 2011). Pour cette raison, les tendances illustrées dans une figure du rapport se limitent à ces années, car les données antérieures à 2004 auraient dû être fondées sur le Recensement de 2001. Il n'aurait pas été approprié de présenter des taux fondés sur les recensements de 2001 et de 2006 en raison des différences dans l'identification des Autochtones dans ces deux enquêtes statistiques.

Notez que le Recensement de 2006 compte 22 réserves et établissements indiens partiellement dénombrés et que, par conséquent, le dénominateur utilisé dans le calcul des taux peut entraîner un sous-dénombrement des Autochtones au Canada.

Détermination de la distance du lieu de traitement

La Classification des secteurs statistiques (CSS) de Statistique Canada a permis de classer les aires de diffusion en trois catégories : les régions urbaines, les régions rurales et les régions éloignées. Les **régions urbaines** sont définies comme des collectivités comptant plus de 10 000 habitants et sont désignées comme des régions métropolitaines de recensement (RMR) ou des agglomérations de recensement (AR) par Statistique Canada. Les régions situées à l'extérieur des régions urbaines et des territoires sont divisées en quatre catégories, soit les zones d'influence métropolitaine (ZIM) forte, modérée, faible ou nulle, selon la proportion de résidents qui font la navette pour aller travailler dans un noyau urbain. Les régions dans les territoires situés à l'extérieur des RMR et des AR sont classées comme des régions n'ayant aucune ZIM. Dans le présent rapport, les ZIM fortes et modérées sont classées à titre de régions **rurales** et les ZIM faibles et nulles, à titre de régions **éloignées**.

Le calcul de la distance à parcourir pour recevoir des traitements repose sur l'emplacement géographique des patients et des établissements. Cet emplacement a été déterminé en fonction du point central des régions couvertes par les codes postaux selon le Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+) de Statistique Canada. La distance à vol d'oiseau a ensuite été calculée à l'aide de cette information géographique. (Notez que la formule de calcul de la distance orthodromique a permis de tenir compte de la courbe de la Terre.)

Classification des revenus

Dans la présente étude, le revenu est fondé sur le revenu du quartier par équivalent-personne. Cette mesure du revenu, basée sur la taille du ménage, repose sur les données sommaires du Recensement de 2006 à l'échelle de l'aire de diffusion. L'équivalent-personne est dérivé du calcul du seuil de faible revenu de 2006. Notez que les équivalents du revenu moyen d'une personne seule de 2001 étaient de 1,00 pour une personne, de 1,25 pour deux personnes, de 1,55 pour trois personnes, de 1,95 pour quatre ou cinq personnes et de 2,44 pour six personnes ou plus au sein d'un même ménage (peu importe l'âge)⁴⁷.

Analyse des résultats

Les pourcentages de transplantation ajustés selon les risques ont été estimés à l'aide d'un modèle linéaire généralisé de régression log-binominale utilisant comme covariables l'âge, le sexe et le diabète. Les courbes de survie du greffon après cinq ans ajustées selon l'âge, le sexe et le diabète ont été calculées comme des probabilités de survie directement ajustées pour les patients autochtones et non autochtones à des moments prédéterminés, selon le modèle de régression à risques proportionnels de Cox. L'ethnie, l'âge, le sexe, le diabète, le surpoids (selon les catégories de l'indice de masse corporelle), le délai d'orientation, la dialyse péritonéale comme traitement initial (plutôt que l'hémodialyse), la distance à parcourir pour recevoir des traitements, l'année du début de la dialyse et la province de traitement ont été inclus comme covariables dans les modèles de régression à risques proportionnels aux fins du calcul de la survie après la transplantation et le début de la dialyse. Dans le cas de la survie après le début de la dialyse, les patients ont été suivis jusqu'à la première transplantation rénale, jusqu'à l'arrêt du suivi, jusqu'au déménagement hors du pays ou jusqu'à la guérison. Pour ce qui est de la survie après la transplantation, les patients ont été suivis jusqu'à l'arrêt du suivi ou jusqu'au déménagement hors du pays. Pour obtenir des précisions sur les sources de données, les définitions et la méthodologie, veuillez consulter le document *Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada, de 2002 à 2011 — rapport annuel du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*.

Analyse des interventions

Une analyse prenant appui sur les résultats obtenus à partir des données quantitatives a permis de cerner les interventions visant à aider les Autochtones atteints d'IRT et de comorbidités connexes. Cette analyse a mis en évidence des exemples d'interventions ou d'activités évaluées et non évaluées dans la littérature publiée et des sites Web du Canada et de pays comparables.

Les interventions présentées dans le tableau de l'annexe C proviennent d'un éventail de sources de littérature universitaire et grise publiée entre 2006 et 2011. Une recherche sur le Web, réalisée dans la base de données Medline d'Ovid à partir de termes préétablis, a permis de trouver les sources canadiennes les plus pertinentes. Ces termes ont été intégrés à de multiples formules de recherche : mots-clés (*end-stage renal disease* [insuffisance rénale au stade terminal], *hemodialysis* [hémodialyse], *Canada* et *intervention*), mots-sujets (*kidney failure* [insuffisance rénale] + *chronic* [chronique], *Inuit* et *renal dialysis* [dialyse rénale]) et synonymes (*First Nations* [Premières Nations] et *Aboriginal* [Autochtones]). Les résultats de recherche comprennent des articles ainsi qu'une documentation parallèle sur l'insuffisance rénale, les problèmes de santé préexistants (c'est-à-dire les comorbidités comme le diabète couramment associées à l'IRT), les traitements de l'insuffisance rénale et la prise en charge de l'IRT, la santé des Autochtones et les soins de santé adaptés aux valeurs culturelles.

Le modèle étendu de soins pour malades chroniques, qui intègre des stratégies d'intervention auprès des malades chroniques dans le système de santé, a été utilisé comme cadre organisationnel²⁸. Bien que le modèle ne s'applique pas qu'à la santé des populations autochtones ou des patients atteints d'IRT, il permet d'analyser diverses composantes du système de santé, y compris les secteurs stratégiques pertinents à l'échelle communautaire et individuelle. Les interventions trouvées conviennent généralement aux patients souffrant de diverses maladies chroniques. Toutefois, certaines ne s'appliquent qu'aux patients qui reçoivent des traitements de dialyse pour l'IRT (hémodialyse ou dialyse péritonéale). Parmi les résultats figurent une gamme d'interventions créées pour les Autochtones dans des contextes nationaux et des systèmes de santé semblables, comme en Australie. Certains articles et documents faisaient référence à la prestation ou à l'amélioration des soins rénaux aux Autochtones, notamment grâce à des initiatives qui pourraient être considérées comme des pratiques prometteuses. Certaines sources présentaient aussi une évaluation des résultats déclarés ou du processus de mise en œuvre. On a retenu des sources décrivant des interventions ou des politiques qui contribuent à l'amélioration des soins de l'IRT et de ses comorbidités.

Limites de l'étude

La présente étude comporte plusieurs limites, l'une des plus importantes étant l'utilisation de la grande catégorie des Autochtones dans l'analyse. L'identificateur ethnique du RCITO ne permet pas d'identifier les Autochtones selon qu'ils sont membres des Premières Nations, inuits ou métis. L'utilisation de cette vaste catégorie autochtone masque donc les différences entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis en ce qui concerne la prévalence et l'incidence de l'IRT, les problèmes de santé connexes, les expériences de traitement et les résultats. Par exemple, la prévalence du diabète est beaucoup moins importante chez les Inuits¹⁰ que chez les autres groupes, ce qui porte à croire que le taux d'IRT est probablement aussi plus faible chez les Inuits en général, étant donné le lien étroit entre le diabète et l'IRT. De plus, le groupe de comparaison autochtone de ces analyses pancanadiennes est aussi largement représentatif des patients des Premières Nations. En effet, selon le Recensement de 2006, les Premières Nations représentaient près des deux tiers de la population autochtone du Canada, contre 4 % pour les Inuits et 35 % pour les Métis⁴⁶.

L'identificateur ethnique peut également avoir été sous-déclaré par les professionnels de la santé (par exemple, les médecins, le personnel infirmier, les diététistes et les travailleurs sociaux) qui saisissent cette information. Un examen interne de l'ICIS visant à vérifier l'exactitude de la variable « identificateur ethnique » dans les bases de données de l'ICIS (y compris dans le RCITO) a révélé que la question de l'ethnie était posée directement dans seulement un quart (28 %) des cas et que près de la moitié du temps, le responsable de la saisie déterminait l'ethnie par déduction, habituellement en se fondant sur l'apparence physique (18 %)⁴⁸. De plus, l'ethnie de 7 % des patients existants en dialyse était inconnue.

Certaines variables, notamment le diabète, le poids et l'adresse du domicile, n'ont été notées qu'au début des traitements. Il est donc impossible de savoir combien de patients existants continuent à souffrir de ces problèmes de santé tout au long de leurs traitements et si la distance parcourue pour recevoir des traitements a changé pendant ce temps.

La présente étude ne mesure pas la qualité des soins reçus ou si les soins reçus étaient suffisants pour répondre aux besoins de la personne ou lui permettre de faire des choix en matière de soins de santé. Par ailleurs, bien que les patients souffrant d'IRT puissent choisir le traitement conservateur, il n'existe aucune information sur ceux qui font ce choix, ni sur les personnes qui attendent d'être traitées. Enfin, en raison des limites des données, les résultats n'ont pas pu être présentés par province ou territoire ni par région.

Annexe B : Tableaux et graphiques de données

Tableau B1 : Nouveaux cas d'IRT chez les adultes de 20 ans ou plus, Canada, 2004 à 2011

	Autochtones			Non-Autochtones			Écart des taux	Ratio des taux
	Nombre	Taux par 100 000 habitants	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre	Taux par 100 000 habitants	Intervalle de confiance de 95 %		
2004	266	37,7	33,2-42,2	4 556	13,8	13,3-14,2	23,9	2,7
2005	244	34,6	30,2-38,9	4 670	13,6	13,2-14,0	21,0	2,5
2006	285	40,4	35,7-45,1	4 635	13,3	12,9-13,7	27,1	3,0
2007	282	40,0	35,3-44,6	4 859	13,7	13,2-14,1	26,3	2,9
2008	263	37,3	32,8-41,8	4 901	13,4	13,0-13,8	23,9	2,8
2009	289	40,9	36,2-45,7	4 959	13,2	12,8-13,6	27,8	3,1
2010	283	40,1	35,4-44,8	5 098	13,3	12,9-13,7	26,8	3,0
2011	296	41,9	37,2-46,7	4 903	12,6	12,2-13,0	29,3	3,3

Remarque

Les taux ont été normalisés selon la répartition par âge de la population autochtone en 2006 au Canada (voir l'annexe A pour plus de précisions sur les méthodes et les tendances chronologiques).

Source

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau B2 : Cas existants d'IRT chez les adultes de 20 ans ou plus, Canada, 2011

	Autochtones			Non-Autochtones			Écart des taux	Ratio des taux
	Nombre	Taux par 100 000 habitants	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre	Taux par 100 000 habitants	Intervalle de confiance de 95 %		
Tous les patients atteints d'IRT								
Total	1 885	267,1	255,3-279,4	35 379	136,4	135,0-137,8	130,7	2,0
Taux normalisé selon l'âge*		267,1	255,1-279,1		99,4	98,2-100,5	167,7	2,7
Sexe								
Hommes								
Taux brut	942	282,5	265,0-301,2	21 459	168,3	166,1-170,6	114,2	1,7
Taux normalisé selon l'âge*		283,0	264,9-301,0		124,1	122,2-125,9	158,9	2,3
Femmes								
Taux brut	943	253,3	237,6-270,0	13 920	105,6	103,8-107,3	147,7	2,4
Taux normalisé selon l'âge*		253,1	237,0-269,3		76,2	74,8-77,6	177,0	3,3
Groupe d'âge								
Hommes								
20 à 34 ans	84	69,1	55,8-85,5	1 182	33,6	31,8-35,6	35,5	2,1
35 à 44 ans	166	209,6	180,0-244,0	2 022	88,8	85,1-92,8	120,8	2,4
45 à 54 ans	209	309,4	270,2-354,4	3 922	148,0	143,4-152,7	161,4	2,1
55 à 64 ans	264	669,7	593,6-755,6	5 023	236,9	230,5-243,6	432,8	2,8
65 à 74 ans	167	910,8	782,7-1 060,0	4 931	389,9	379,2-400,9	520,9	2,3
75 ans ou plus	52	710,9	541,7-932,9	4 379	473,7	459,9-488,0	237,2	1,5

Tableau B2 : Cas existants d'IRT chez les adultes de 20 ans ou plus, Canada, 2011 (suite)

	Autochtones			Non-Autochtones			Écart des taux	Ratio des taux
	Nombre	Taux par 100 000 habitants	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre	Taux par 100 000 habitants	Intervalle de confiance de 95 %		
Femmes								
20 à 34 ans	127	94,9	79,7-112,9	828	24,3	22,7-26,1	70,6	3,9
35 à 44 ans	167	185,0	159,0-215,3	1 302	58,1	55,0-61,3	126,9	3,2
45 à 54 ans	207	273,3	238,5-313,2	2 438	92,9	89,3-96,6	180,4	2,9
55 à 64 ans	216	518,4	453,6-592,3	3 170	144,7	139,7-149,8	373,7	3,6
65 à 74 ans	175	854,7	737,0-991,2	3 032	220,7	213,0-228,7	634,0	3,9
75 ans ou plus	51	493,5	375,0-649,3	3 150	232,6	224,6-240,8	260,9	2,1

Remarque

* Les taux ont été normalisés selon la répartition par âge de la population autochtone en 2006 au Canada (voir l'annexe A pour plus de précisions sur les méthodes utilisées).

Source

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau B3 : Taux ajusté de survie du greffon (%) chez les patients de 20 ans ou plus ayant subi une transplantation (cas nouveaux), Canada

	Un an	Deux ans	Trois ans	Quatre ans	Cinq ans
Autochtones	94,2	91,8	89,2	86,6	83,6
Non-Autochtones	94,6	92,3	89,8	87,3	84,4

Remarque

Les taux ont été normalisés selon l'âge, le sexe et le diabète.

Source

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe C : Interventions visant à améliorer les soins aux malades chroniques et aux personnes atteintes d'IRT

Intervention	Caractéristiques et résultats
Autogestion/perfectionnement des compétences personnelles	
Projet SLICK (Screening for Limb, I-Eye, Cardiovascular and Kidney Complications [dépistage des complications touchant les membres, les yeux, l'appareil cardiovasculaire et les reins]), Alberta⁴⁵	<ul style="list-style-type: none"> Le projet a été réalisé en partenariat avec les Premières Nations de l'Alberta, Santé Canada et l'Université de l'Alberta. Des cliniques mobiles offrent des services de dépistage complets à 44 collectivités des Premières Nations de l'Alberta. Les cliniciens sensibilisent leurs patients aux normes en matière de soins personnels et aux éventuelles complications; ils les encouragent à demander un suivi. Le projet a entraîné une amélioration des résultats aux examens cliniques et aux analyses de laboratoire ainsi qu'une réduction du poids des patients. De plus, il a accru le nombre de visites chez le médecin et a réduit le nombre de visites à l'urgence ainsi que le nombre d'hospitalisations.
Rester en bonne santé — prise en charge du diabète, Association canadienne du diabète⁴⁹	<ul style="list-style-type: none"> Le programme informe la population et encourage les pratiques d'autogestion du diabète par l'alimentation (il est adapté aux pratiques locales et traditionnelles en matière d'alimentation et de cuisine). Il fait la promotion des activités réalisables pour les populations en région éloignée ou les personnes à mobilité restreinte.
Création de milieux de soutien	
Six Nations Satellite Dialysis Unit (unité de dialyse satellite des Six Nations), Territoire des Six Nations de la rivière Grand, Ontario²⁹	<ul style="list-style-type: none"> Une clinique de dialyse offre des traitements locaux, ce qui permet aux patients de rester dans leur collectivité, près de leur soutien social et familial. La collectivité a aidé à mettre sur pied le projet; les résidents ont défini les besoins et se sont fait entendre auprès des autorités. Plusieurs organismes financent le projet, y compris les Six Nations et Santé Canada.
Northern Alberta Renal Program (programme de soins rénaux du nord de l'Alberta)⁵⁰	<ul style="list-style-type: none"> Le programme se veut une approche multidisciplinaire des soins qui a pour but d'empêcher ou de retarder le développement de l'insuffisance rénale. Plusieurs services sont offerts par une équipe multidisciplinaire de travailleurs de la santé aux personnes atteintes de problèmes rénaux, en clinique et à domicile. Parmi ces services figurent la dialyse à domicile, l'enseignement de techniques d'autogestion, le diagnostic des problèmes liés au diabète et les cliniques rurales de soins des reins.
Diabetes Wellness Project: Talking Circles (projet pour le bien être des diabétiques : groupes de discussion)⁵¹	<ul style="list-style-type: none"> Des patients ont échangé sur leurs expériences liées à la prise en charge et au traitement du diabète. Les patients connaissaient personnellement l'animateur et ont été invités à participer; le lien de confiance a favorisé la participation.
Aide à la décision	
Cultural Competence and Cultural Safety in Health Program (programme de compétence et de sécurisation culturelle en santé), Canada³⁶	<ul style="list-style-type: none"> Ce cours fournit de l'information et des outils aux professionnels de la santé qui travaillent auprès des Autochtones afin qu'ils intègrent des compétences culturelles dans leurs pratiques. Pendant le cours, les participants passent en revue l'histoire de la colonisation des Premières Nations du Canada. De plus, le cours renforce les compétences en matière de communications ouvertes à tous et respectueuses. Il est offert conjointement par l'Aboriginal Nurses Association of Canada et l'Association canadienne des soins de santé.
Fonds de transition pour la santé des Autochtones, gouvernement fédéral^{52, 53}	<ul style="list-style-type: none"> Cette initiative favorise l'intégration des systèmes de santé existants financés par le gouvernement fédéral dans les collectivités et les organismes des Premières Nations et des Inuits⁵². Elle inclut des soins primaires, des activités de sensibilisation en matière de santé, un dépistage et un engagement⁵². De plus, elle comprend des initiatives liées aux méthodes et aux outils, une formation et le renforcement des capacités, l'adaptation des programmes ainsi que des services adaptés à la culture⁵³.

Intervention	Caractéristiques et résultats
Renforcement de l'action communautaire	
Ripples in the Water: A Toolkit for Aboriginal People on Dialysis (en eaux troubles : boîte à outils pour les Autochtones en dialyse), Première Nation Ehsipogtog, Nouveau Brunswick³⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Cette étude relate les expériences des patients qui doivent se déplacer pour recevoir leurs traitements de dialyse. • Elle définit les obstacles aux soins et les façons d'être en bonne santé (elle se concentre particulièrement sur les personnes récemment diagnostiquées et leur famille qui doivent affronter des difficultés inconnues). • L'information vise à répondre aux besoins des patients, de leur famille et des dispensateurs de soins qui offrent leur soutien aux patients directement dans la collectivité.
Steps to a Healthier Anishinaabe (mesures pour améliorer la santé des Anishinaabe), Michigan, États-Unis⁵⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Ce programme comprend des activités de promotion de la santé culturellement adaptées et mises en œuvre dans plusieurs emplacements. • Il comprend également les éléments suivants : un coordonnateur tribal dans chaque collectivité; un plan d'action communautaire dans chaque tribu, l'adaptation culturelle des meilleures pratiques, l'assistance technique permanente et le respect de la souveraineté de la tribu. • La majorité des fonds sont versés aux tribus, qui conçoivent et mettent en œuvre des interventions pour répondre aux besoins de leur collectivité. • Le programme est axé sur les facteurs de risque : l'obésité, le diabète, l'asthme, la mauvaise alimentation, le manque d'activité physique et le tabagisme.
Conception du système de prestation de soins et réorientation des services de santé	
Aboriginal Patient Liaison Program (programme de liaison pour les patients autochtones), Autorité sanitaire Northern, Colombie Britannique⁵⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Des agents de liaison avec les patients coordonnent les services après la sortie de l'hôpital et facilitent le transfert à partir des établissements. • Le programme encourage le respect des régimes de traitement et les méthodes traditionnelles de guérison dans les collectivités locales, lorsque cela est possible.
Mobile Dialysis Bus (autobus de dialyse), Services de santé de l'Alberta⁵⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Une unité de dialyse mobile fournit des services de dialyse aux patients de la région de Lac La Biche. • Deux infirmières et un néphrologue supervisent les soins, avec le soutien de travailleurs sociaux et de diététistes et l'aide d'un équipement de télésanté installé à bord de l'autobus.
Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre (centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout)³²	<ul style="list-style-type: none"> • Le centre offre des services et des activités culturellement adaptés. • Le personnel de l'hôpital et de la pharmacie de détail participe au processus de comparaison des médicaments. • La famille participe aux soins, qui répondent aux exigences culturelles. • Les soins sont adaptés à la médecine et à l'alimentation traditionnelles, dans la mesure du possible.
Southern Alberta Renal Program—Mobile Prevention Clinic (clinique mobile de prévention du programme de soins rénaux du sud de l'Alberta), Services de santé de l'Alberta³³	<ul style="list-style-type: none"> • Une fois par semaine, des infirmières praticiennes fournissent aux membres de la Première Nation des Siksika des services de dépistage ainsi que des conseils sur l'autogestion de la maladie. • Cette initiative permet d'évaluer et de surveiller les comorbidités comme le diabète et l'hypertension artérielle. • Elle permet d'améliorer les résultats aux analyses ciblées et d'accroître l'observance thérapeutique.
Aboriginal Patient Navigator Program (programme de liaison pour les patients autochtones), Autorité sanitaire Vancouver Coastal³⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Des agents de liaison s'assurent que les patients comprennent les processus hospitaliers et que le personnel soignant comprend les besoins des patients. • Ce programme permet la communication entre les patients et les dispensateurs de soins et aide à la planification de la sortie.
Projet de télésanté pour les Premières Nations de l'Alberta, Santé Canada⁴²	<ul style="list-style-type: none"> • Ce projet est issu d'un partenariat entre les Premières Nations et Santé Canada. • Il vise à mettre en place l'infrastructure technique requise pour que la télésanté soit utilisée dans les collectivités des Premières Nations de l'Alberta, ce qui comprend l'installation de l'équipement approprié, la formation des travailleurs de la santé et un accès Internet dans les centres de santé des Premières Nations. • L'équipe de projet administre un portail qui donne accès à des ressources électroniques relatives à la santé.

Intervention	Caractéristiques et résultats
Conception du système de prestation de soins et réorientation des services de santé (suite)	
Aboriginal Health Coordinator (coordonnateur de la santé des Autochtones), Services de santé de l'Alberta³⁹	<ul style="list-style-type: none"> • En partenariat avec les services de santé Maskwacis, le coordonnateur offre des programmes de promotion et de prévention et encourage l'autonomie et l'autodétermination. • Il sensibilise le personnel soignant aux réalités culturelles et aide les clients, les familles, les organismes et les collectivités à accéder aux programmes et aux services. • Il aide le personnel à accéder à l'information lui permettant de mieux comprendre les préoccupations des Autochtones en matière de santé, leurs réseaux de soutien social et les barrières qui les empêchent d'accéder aux soins.
Aboriginal Liaison Program (programme de liaison pour Autochtones), Office régional de la santé de Burntwood⁵⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Des agents de liaison aident les clients autochtones et le personnel de l'Office régional de la santé en leur fournissant des services de traduction, en faisant de la sensibilisation culturelle, en facilitant la compréhension et en améliorant l'accès aux soins.
Health and Social Liaison Workers (agents de liaison et de soutien social en milieu sanitaire), Hôpital de Whitehorse⁵⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Des agents de liaison rendent visite à tous les patients autochtones afin de leur apporter un soutien émotionnel, spirituel et social. • Ils facilitent la communication dans les milieux de soins de santé (hôpitaux et centres de santé communautaires). • Ils défendent les intérêts des Autochtones qui utilisent les services de santé.
 Systèmes d'information	
Fonds de transition pour la santé des Autochtones, Santé des Premières Nations, des Inuits et des Autochtones, Santé Canada⁵²	<ul style="list-style-type: none"> • Cette initiative coordonne le financement visant à soutenir les collectivités et les organismes des Premières Nations et Inuits afin d'améliorer l'intégration des systèmes de santé fédéral, provinciaux et territoriaux. • Elle simplifie l'adaptation des services de santé existants afin qu'ils répondent mieux aux besoins des Premières Nations, des Inuits et des Métis du Canada, qu'ils habitent dans des réserves ou non.
Politique de transfert des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits⁴⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Cette politique permet aux collectivités autochtones de créer des programmes de santé en établissant des services et en encourageant la responsabilisation. • Guidées par un cycle de gestion de programme, les collectivités effectuent des évaluations des besoins en santé, élaborent des plans de santé communautaires, mettent en œuvre des programmes et les évaluent.

Références

1. Australian Institute for Health and Welfare (AIHW). *Chronic Kidney Disease in Aboriginal and Torres Strait Islander People*. 2011.
2. Dyck RF, Sidhu N, Klomp H, Cascagnette PJ, Teare GF. Differences in glycemic control and survival predict higher ESRD rates in diabetic First Nations adults. *Clinical & Investigative Medicine - Medecine Clinique et Experimentale*. 2010;33(6):E390-E397.
3. McDonald S, McCredie M, Williams S, Stewart J. Factors influencing reported rates of treated end-stage renal disease. [révision] [19 réf.]. *Advances in Chronic Kidney Disease*. 2005;12(1):32-38.
4. Narva AS. The spectrum of kidney disease in American Indians. [révision] [13 réf.]. *Kidney International - Supplement (83):S3-7, février 2003*. 2003;(83):S3-S7.
5. Zhang QL, Rothenbacher D. Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: Systematic review. *BMC Public Health*. 2008;8(117). <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/117/prepub>.
6. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *JAMA*. 2007;298(17):2038-2047.
7. Dyck RF. Mechanisms of renal disease in indigenous populations: influences at work in Canadian indigenous peoples. *Nephrology*. 2001;6:3-7.
8. Dyck RF, Osgood ND, Lin TH, Gao A, Stang MR. End-stage renal disease among people with diabetes: A comparison of First Nations People and other Saskatchewan residents from 1981 to 2005. *Canadian Journal of Diabetes*. 2010;34(4):324-333.
9. Gao S, Manns BJ, Culleton BF, et al. Prevalence of chronic kidney disease and survival among Aboriginal people. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2007;18:2953-2959.
10. Agence de la santé publique du Canada. *Diabetes in Canada: Facts and Figures From a Public Health Perspective*. 2011.
11. Agence de la santé publique du Canada, Institut canadien d'information sur la santé. *Obesity in Canada*. 2011.
12. Kue Young T, Reading J, Elias B, O'Neill JD. Type 2 diabetes mellitus in Canada's First Nations: Status of an epidemic in progress. *Canadian Medical Association Journal*. 2000;163:561-566.
13. Boudville N, Isbel N. Donors at risk: Impaired glucose tolerance. *Nephrology*. 2010;15:S133-S136.
14. Cunningham J, Cass A, Anderson K, et al. Australian nephrologists' attitudes towards living kidney donation. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2006;21:1178-1183.
15. Daar AS, Marshall P. Culture and psychology in organ transplantation. *World Health Forum*. 1998;19:124-132.
16. Gao S, Manns BJ, Culleton BF, et al. Access to health care among status Aboriginal people with chronic kidney disease. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 2008;179(10):1007-1012.
17. La Fondation canadienne du rein. Living With Kidney Disease, 4th Edition. <http://www.kidney.ca/document.doc?id=237>. Dernière modification en 2006.
18. Yeates K, Tonelli M. Chronic kidney disease among Aboriginal people living in Canada. *Clinical Nephrology*. 2010;74:suppl 60.
19. Yeates K. Health disparities in renal disease in Canada. *Seminars in Nephrology*. 2010;30(1):12-18.

20. Yeates KE, Schaubel DE, Cass A, Sequist TD, Ayanian JZ. Access to renal transplantation for minority patients with ESRD in Canada. *Am J Kidney Dis.* 2004;44(6):1083-1089. PM:15558530.
21. Anderson K, Yeates K, Cunningham J, Devitt J, Cass A. They really want to go back home, they hate it here: The importance of place in Canadian health professionals' views on the barriers facing Aboriginal patients accessing kidney transplants. *Health & Place.* 2009;15(1):390-393.
22. Hanrahan MC. Identifying the needs of Innu and Inuit patients in urban health settings in Newfoundland and Labrador. *Canadian Journal of Public Health.* 2002;93(2):149-152.
23. Prakash S. An international perspective on peritoneal dialysis among Indigenous patients. *Peritoneal Dialysis International.* 2011;31:390-398.
24. Conseil canadien pour le don et la transplantation. *Diverse Communities: Perspectives on Organ and Tissue Donation and Transplantation.* 2012.
25. Molzhan AE, Starzomski R, McDonald M, O'Loughlin C. Aboriginal beliefs about organ donation: Some Coast Salish viewpoints. *Canadian Journal of Nursing Review.* 2004;36(4):110-128.
26. Salvalaggio G, Kelly L, Minore B. Perspectives on health: Experiences of First Nations dialysis patients relocated from remote communities for treatment. *Canadian Journal of Rural Medicine.* 2003;8(1):19-24.
27. Tonelli M, Klarenbach S, Manns B, et al. Residence location and likelihood of kidney transplantation. *CMAJ.* 2006;175(5):478-482. PM:16940265.
28. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, et al. The Expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Healthc Q.* 2003;7(1):73-82.
29. Six Nations Health Services. Six Nations Receives Dialysis Treatment Program. Dernière modification en 2012.
30. Paterson BL, Sock LA, LeBlanc D, Brewer J. Ripples in the water: a toolkit for Aboriginal people on hemodialysis. *Cannt Journal.* 2010;20(1):20-28.
31. Lavoie JG, O'Neil J, Sanderson L, et al. *The Evaluation of the First Nations and Inuit Health Transfer Policy.* 2005.
32. Agrément Canada. *Accreditation Report Prepared for: Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre.* Agrément Canada; 2010. <http://www.slmhc.on.ca/assets/files/SLMHC%20Accreditation%20Report%202010.pdf>. Consulté le 11 octobre 2012.
33. Ward D, Novak E, Brar S, White MT, Scott-Douglas N, Hemmelgarn BR. An Assessment of the Siksika Chronic Disease Nephropathy Prevention Clinic. *n/a.* 2012.
34. Carrier Sekani Family Services. Travelling Diabetes Clinic. Dernière modification le 15 juin 2012.
35. Walker R, Cromarty H, Kelly L, St Pierre-Hansen N. Achieving cultural safety in Aboriginal health services: Implementation of a crosscultural safety model in a hospital setting. *Diversity in Health and Care.* 2009;6(1):11-22.
36. Association canadienne des soins de santé. Cultural Competence and Cultural Safety in Health Program. <http://www.cha.ca/cha-learning/courses/cultural-competence-cultural-safety-in-health-program>. Dernière modification en 2012.
37. BC Northern Health Authority. *An Evaluation of the Northern Health Aboriginal Patient Liaison Program.* 2011.
38. Vancouver Coastal Health. Aboriginal Patient Navigator Program. http://www.vch.ca/?section_id=5882§ion_copy_id=8046&tpid=5385&. Dernière modification en 2012.

39. Alberta Health Services. Aboriginal Health Coordinator. <http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=1028802#>. Dernière modification en 2012.
40. Santé Canada. *Transfer of Health Programs to First Nations and Inuit Communities*. 2007.
41. Labrador Grenfell Health Authority. *Labrador Grenfell Health Authority Annual Report*. 2012. [http://www.lghealth.ca/docs/LGH2012%20Combined%20File%20\(Low%20Res\)%20No%20Crops.pdf](http://www.lghealth.ca/docs/LGH2012%20Combined%20File%20(Low%20Res)%20No%20Crops.pdf). Consulté le 11 octobre 2012.
42. Santé Canada. Alberta First Nations TeleHealth Program. <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/ehealth-esante/tele/ab-eng.php>. Dernière modification en 2010.
43. Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre. *New Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre Breaks Ground*. 2006.
44. Northern Health. *An Evaluation of the Northern Health Aboriginal Health Improvement Committees*. 2011. http://www.northernhealth.ca/Portals/0/Your_Health/Programs/Aboriginal_Health/documents/NH_-_AHIC_Evaluation_Jan%202011.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.
45. Santé Canada. Project: The Alberta First Nations Project to Screen for Limbs, Eyes, Cardiovascular and Kidney Complications of Diabetes Using Mobile Clinics (SLICK). <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/chipp-ppics/2004-slick/synopsis/index-eng.php>. Dernière modification en 2005.
46. Statistique Canada. *Aboriginal Peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations*. 2006.
47. Statistique Canada. *PCCF+ Version 5J User's Guide*. 2011.
48. Joseph R. CIHI Western Canada Aboriginal Self-Identification Project, Part 2: Stakeholder Consultation. 2008.
49. Association canadienne du diabète. Stay Healthy - Preventing Diabetes and its complications. <http://www.diabetes.ca/files/STAYHEALTHYAbFinal.pdf>. Dernière modification en 2012.
50. Alberta Health Services. *Northern Alberta Renal Program*. 2012. <http://www.albertahealthservices.ca>.
51. Association canadienne du diabète. *Best and Promising Practices in Diabetes Education*. 2010. <http://www.diabetes.ca>.
52. Santé Canada. Aboriginal Health Transition Fund: Outcomes and Lessons Learned. <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/ahtf-eng.php>. Dernière modification en 2010.
53. Santé Canada. *Working Together to Improve Aboriginal Access to Health Services*. 2012.
54. Edgerly CC, Laing SS, Day AV, et al. Steps to a Healthier Anishinaabe, Michigan: Strategies for Implementing Health Promotion Programs in Multiple American Indian Communities. *Health Promotion Practice*. 2009;10(2 suppl):109S-117S. http://hpp.sagepub.com/content/10/2_suppl/109S.abstract.
55. Northern Health. *An Evaluation of the Northern Health Aboriginal Patient Liaison Program*. 2011. http://www.northernhealth.ca/Portals/0/Your_Health/Programs/Aboriginal_Health/documents/APL_Evaluation_Report_Final.pdf. Consulté le 11 octobre 2012.
56. Alberta Health Services. Renal dialysis bus hits the road in Lac La Biche. <http://www.albertahealthservices.ca/3126.asp>. Dernière modification le 1^{er} janvier 2009.
57. Burntwood Regional Health Authority. Aboriginal Liaison Program. http://www.brha.mb.ca/programsbyservice/aboriginal_liaison.htm. Dernière modification en 2012.
58. Yukon Hospital Corporation. Health and Social Liaison Workers. <http://www.whitehorsehospital.ca/firstnationhealthprogram/healthsocialliaisonworkers/>. Dernière modification en 2012.