



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 2014*



Health
Canada

Santé
Canada

Canada

Santé Canada est le ministère fédéral qui aide les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Nous évaluons l'innocuité des médicaments et de nombreux produits de consommation, aidons à améliorer la salubrité des aliments et offrons de l'information aux Canadiennes et aux Canadiens afin de les aider à prendre de saines décisions. Nous offrons des services de santé aux peuples des Premières nations et aux communautés inuites. Nous travaillons de pair avec les provinces pour nous assurer que notre système de santé répond aux besoins de la population canadienne.

Also available in English under the title:

First Nations and Inuit Health – Health Status of First Nations On-reserve in Atlantic Canada

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Santé Canada

Indice de l'adresse 0900C2 Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709 Téléc. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2015

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

IMPRIMÉ Cat. : H33-1/17-2014F
ISSN: 2292-8375

PDF Cat. : H33-1/17-2014F-PDF
ISSN: 2292-8383

Pub.: 140540

TABLE OF CONTENTS

Avant-propos.....	1
Section 1 : Sources de données	4
1.1 Données des programmes de la DGSPNI.....	5
1.1.1 Modèle de rapport communautaire	5
1.1.2 Modèle électronique de rapport statistique sur la prestation des services (RSPSe) – Soins à domicile et en milieu communautaire.....	5
1.1.3 Système d'information sur l'hygiène du milieu (SIHM)	6
1.1.4 WaterTrax.....	7
1.1.5 Base de données sur les soins dentaires de la DGSPNI – rapports sur les services et la productivité	7
1.1.6 Vaccination.....	8
1.1.7 Données des centres de traitement.....	8
1.1.8 Teleform	9
1.1.9 Base de données sur les demandes de paiements de services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (SSNA)	10
1.2 Système d'inscription des Indiens d'Affaires indiennes et du Nord Canada.....	11
1.3 Enquête régionale sur la santé	12
1.4 Enquête auprès des peuples autochtones.....	12
1.5 Autres points à considérer concernant les sources de données et les données	12
Section 2 : Projets de surveillance communautaire	13
2.1 Pourquoi avons-nous exécuté le projet de renforcement de la capacité de surveillance de la santé de la population (RCSSP)?.....	13
2.2 En quoi consistait le projet de RCSSP?.....	14
2.3 Qu'avons-nous appris de ce projet?.....	14
2.4 Comment avons-nous tiré des leçons de ce projet?	15
2.5 Qu'est-ce qu'une directrice des services de santé a à dire sur l'utilisation des données? Entrevue avec Elaine Allison, directrice des services de santé à Wagmatcook.....	15
Section 3 : Environnement social.....	17
3.1. Pourquoi est-il important de connaître la distribution de l'âge?.....	17
3.1.1 Dénombrements de la population et tendances démographiques	18
3.2 Combien de personnes vivant dans une réserve parlent une langue d'une Première Nation?	20
3.3 Enfants pris en charge.....	21
Section 4 : État de santé auto-évalué et tendances des modes de vie.....	23
4.1 Comment les membres des Premières Nations vivant dans une réserve dans les provinces de l'Atlantique évaluent-ils leur état de santé?	23
4.2 Alimentation et sécurité alimentaire	24
4.3 Poids corporel.....	25
4.4 Santé sexuelle.....	26
4.4.1 Activité sexuelle	26
4.4.2 Taux de chlamydia	28
4.5 Tabagisme et cessation du tabagisme	30
4.6 Consommation d'alcool	32
Section 5 : Santé physique	34
5.1 Maladies chroniques.....	34
5.1.1 Diabète.....	34
5.1.2 Maladies cardiovasculaires	37

5.1.3 Affections respiratoires.....	39
5.1.4 Arthrite	39
5.1.5 Hypertension artérielle	40
5.2 Maladies à déclaration obligatoire.....	40
Section 6 : Santé mentale, émotionnelle et spirituelle.....	41
6.1. Santé mentale et émotionnelle.....	41
6.1.1 Maîtrise de soi	41
6.1.2 Détresse psychologique	42
6.2 : Santé spirituelle	44
Section 7 : Dépendances	45
7.1 Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones	45
7.2 Consommation de médicaments d'ordonnance.....	48
7.2.1 Tendances relatives aux benzodiazépines	48
7.2.2 Tendances relatives aux opioïdes	51
7.2.3 Tendances relatives à la méthadone	52
Section 8 : Services de santé	54
8.1 Accès à des soins	54
8.2 Soins à domicile et en milieu communautaire	56
Section 9 : Environnement physique.....	60
9.1 À quelle fréquence des inspections de l'hygiène du milieu sont-elles effectuées?	60
9.2 Qualité de l'eau potable et analyses.....	61
Section 10 : Niveaux de scolarité	63
Section 11 : Possibilités économiques	65
11.1 Activité : Taux d'emploi.....	65
11.2 Revenu	67
Section 12 : Enfants et adolescents.....	68
12.1 Taux de natalité	68
12.2 Poids à la naissance.....	69
12.3 Allaitement.....	70
12.4 Introduction des aliments solides	72
12.5 Taux de vaccination des enfants	73
12.6 Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves	75
12.7 Nutrition	76
12.8 Santé dentaire.....	77
12.9 Poids corporel	78
12.10 Santé sexuelle	79
12.11 Tabagisme.....	81
12.12 Alcool	82
12.13 Comportements maternels risqués.....	83
12.14 Autres indicateurs d'intérêt pour les enfants et les adolescents	84
Liste des références.....	86
Liste des figures.....	88
Liste des tableaux	89
Liste des acronymes	90
Annexe A : Modèle logique du renforcement des capacités de surveillance de la santé de la population	92

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 2014*



*Debra Keays-White, Directrice Exécutive Régionale
Direction générale de la santé des Premières Nations
et des Inuits, région de l'Atlantique*

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux de vous présenter le quatrième Rapport annuel sur l'état de santé des membres des Premières Nations vivant dans une réserve des provinces de l'Atlantique! À l'instar des versions antérieures, le présent rapport devrait aider à brosser un tableau de l'état de santé des collectivités des Premières Nations dans la région de l'Atlantique.

Quel que soit le secteur du système de santé où nous œuvrons, l'accès à des renseignements pertinents, exacts et fournis en temps opportun nous aide à prendre de meilleures décisions. En milieu clinique, les médecins praticiens utilisent des informations telles que la pression artérielle, la température corporelle, la radiographie et les profils biochimiques sanguins pour tenter de déterminer comment améliorer la santé d'une personne. En santé publique, nous nous appuyons sur des données agrégées, comme celles que vous allez trouver ici, pour déterminer sur quels aspects nous devrions centrer nos efforts pour améliorer la santé des collectivités et des populations. Je constate chaque année avec grand plaisir que les données disponibles progressent en quantité et en qualité.

Dans le rapport de l'année dernière, nous avons évoqué la possibilité d'utiliser les renseignements sur l'état de santé pour guider nos décisions en matière de planification, de politiques ou de pratiques.

Les commentaires reçus à ce sujet indiquent qu'il serait possible d'accroître le volume d'informations présentées dans ces rapports. Alors, comment procéder pour rendre le présent rapport plus convivial? Nous aimerions recevoir vos suggestions à cet égard, tout particulièrement en ce qui concerne les aspects suivants :

- Qu'est-ce qui pourrait faciliter la planification des programmes?
- Qu'est-ce qui pourrait faciliter la planification dans le domaine de la santé communautaire?
- Comment le personnel de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits pourrait-il faciliter l'utilisation du présent rapport?

Comme nous souhaitons que le présent rapport soit utile aux collectivités des Premières Nations et aux intervenants, votre rétroaction nous sera très précieuse. L'une des requêtes que nous avons entendues et à laquelle nous avons répondu dans la présente version du rapport est l'ajout d'un chapitre sur les enfants et les adolescents. Les données qui y sont présentées proviennent d'indicateurs disponibles dans un plan stratégique pour l'enfance et la jeunesse, élaboré par l'Atlantic Health Knowledge Partnership.

Le présent rapport commence par un aperçu des sources de données que nous avons utilisées. Nous souhaitons ainsi rappeler l'importance de tenir compte des limites des données analysées, car ces limites peuvent avoir une incidence sur l'interprétation des résultats. Il est tout aussi important de considérer ces limites comme autant d'occasions de discuter des moyens à prendre pour accroître la qualité et le volume des données sur la santé. À mesure que la disponibilité et la qualité des données s'amélioreront, nos rapports sur l'état de santé s'amélioreront eux aussi.

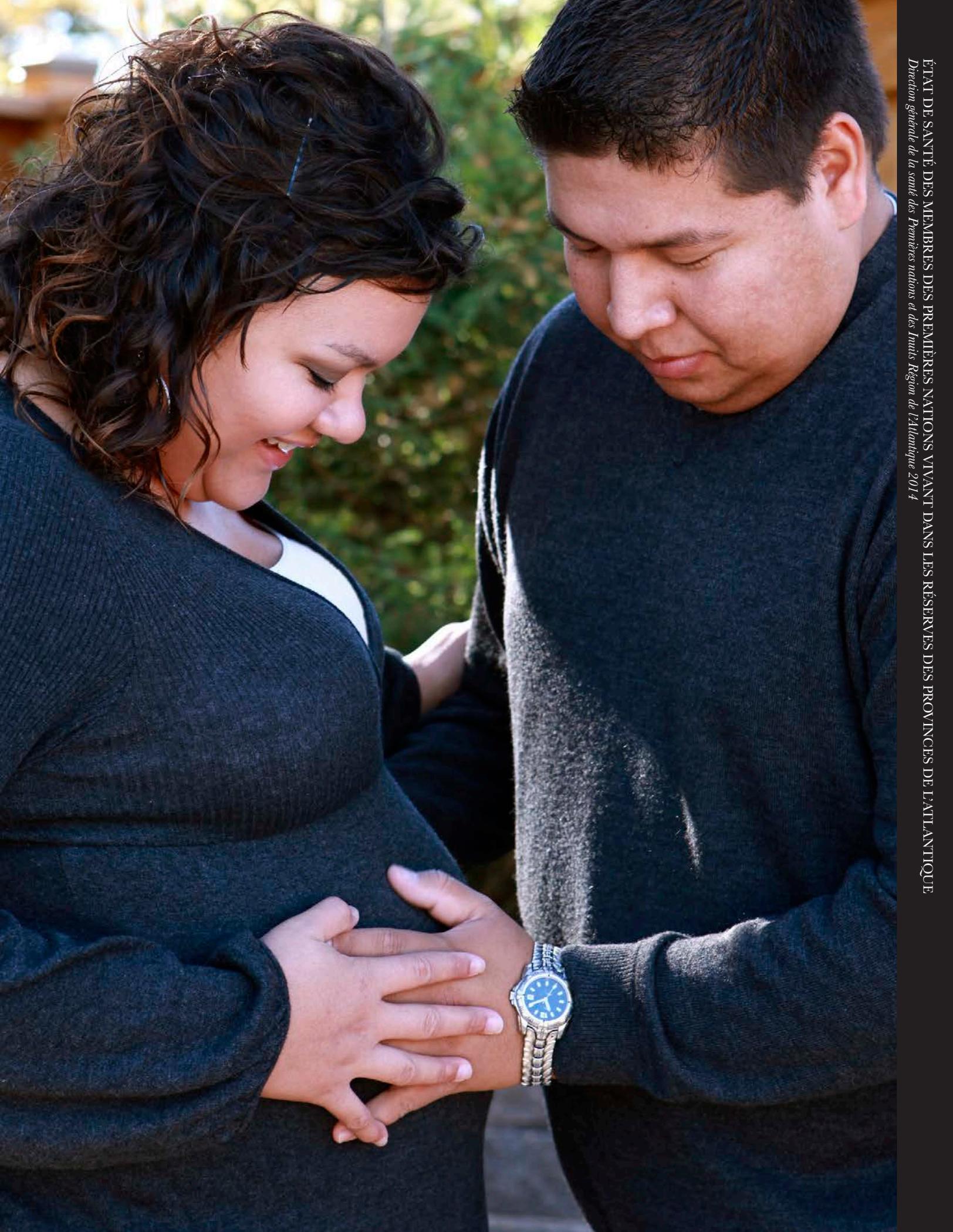
Chaque version du Rapport sur l'état de santé des membres des Premières Nations vivant dans une réserve des provinces de l'Atlantique comprenait une section documentant un aspect différent de la surveillance de la santé. Cette année, nous mettons en lumière les leçons tirées du Projet de renforcement de la capacité de surveillance de la santé de la population. Nous vous présentons également une entrevue sur l'utilisation des données, réalisée avec une directrice de la santé communautaire des Premières Nations, Elaine Allison, qui a participé à ce projet.

J'espère que le présent rapport vous sera utile.

Cordialement,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Debra Keays-White'.

Debra Keays-White, Directrice Exécutive Régionale
Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, région de l'Atlantique





SECTION 1 : SOURCES DE DONNÉES

La compréhension de la qualité des données permettra d'interpréter et de communiquer les données avec une confiance plus grande et elle guidera l'élaboration d'interventions plus efficaces pour améliorer la santé.

Le présent rapport fournit les données les plus fiables disponibles dans les fonds de données de la DGSPNI pour 2009-2013, notamment 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). Il comprend également les données de l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) et de Statistique Canada.

Le fait que certaines collectivités 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. Nous ignorons dans quelle mesure l'information manquante pourrait modifier les résultats présentés dans le rapport. Bien qu'il s'agisse d'une préoccupation, il convient de souligner que, pour la plupart des programmes, le nombre de collectivités ayant soumis des rapports et le degré d'exhaustivité de ces rapports se sont accrus depuis les premières versions du rapport sur l'état de santé.

Les sous-sections 1.1 à 1.5 fournissent une description des sources de données utilisées ainsi que les limites de chacune. Nous espérons que la description de ces limites continuera de guider les efforts déployés pour améliorer la qualité des données.

1.1 DONNÉES DES PROGRAMMES DE LA DGSPNI

1.1.1 Modèle de rapport communautaire

Presque toutes les collectivités remplissent le Modèle de rapport communautaire (MRC), mais certaines d'entre elles ne remplissent pas toutes les sections.

Le MRC est un formulaire de Santé Canada que les collectivités remplissent pour transmettre simultanément les données relatives à plusieurs programmes distincts financés par la DGSPNI. Le MRC a été introduit lors de l'exercice 2008-2009 à titre d'exigence en matière de production de rapports associée au nouveau type d'entente de financement entre Santé Canada et les collectivités des Premières Nations. Il remplace certains des rapports de programme individuels. Les anciennes ententes de financement d'une collectivité arrivant à expiration ont été reconduites selon le nouveau type d'entente comprenant le MRC. En 2013-2014, 32 collectivités (97 %) étaient tenues de produire des rapports au moyen du MRC.

Tableau 1.1 Nombre de collectivités produisant des rapports selon le domaine de programme (2013-2014)

Nombre total de collectivités tenues de soumettre des rapports	32
Nombre de collectivités ayant soumis des rapports	31
Nombre de collectivités ayant soumis des rapports – Aide préscolaire aux Autochtones des réserves	24
Nombre de collectivités ayant soumis des rapports – Santé maternelle et infantile	31
Nombre de collectivités ayant soumis des rapports – Mieux-être mental	19
Nombre total de collectivités ayant soumis des rapports – Contrôle et gestion des maladies transmissibles	28

Source : *Rapports de la région de l'Atlantique présentés au moyen du MRC (2013-2014)*

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

La plupart des collectivités soumettent tous les RSPSe requis.

Toutes les collectivités sont tenues de produire des rapports mensuels à l'aide du modèle électronique de RSPS. Chaque année, il arrive toutefois que certaines collectivités ne soumettent pas leurs rapports tous les mois. Ces rapports absents sont considérés comme des données ou des rapports manquants. Le tableau 2 montre la proportion décroissante de rapports manquants au cours des trois dernières années. Il faut souligner qu'aucun rapport n'a été déclaré manquant parmi les collectivités des Premières Nations de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador de 2009-2010 à 2013-2014.

Tableau 1.2 Pourcentage de RSPSe manquants par rapport aux rapports dus, collectivités des Premières Nations (réserves) des provinces de l'Atlantique (de 2009-2010 à 2012-2013).

Année de déclaration	Pourcentage de rapports manquants
2009-2010	9%
2010-2011	4%
2011-2012	3%
2012-2013	1%

Source : Rapports produits à l'aide du modèle électronique de RSPS dans la région de l'Atlantique (2010-2013)

Les collectivités se servent des rapports produits à l'aide du modèle électronique de RSPS pour consigner les heures de service, le nombre de visites et le groupe d'âge des clients qui ont recours aux services, ainsi que les types de services offerts aux clients et les principaux motifs d'obtention de soins à domicile. Ces rapports ne disent rien de l'état de santé. Ils permettent aux collectivités d'observer les tendances et les raisons pour lesquelles la prestation de services de soins à domicile est accordée ou refusée. À des fins de planification de la santé communautaire, il est utile de savoir quelles populations reçoivent des services et quels services sont le plus souvent fournis.

Des erreurs de saisie des données peuvent entraîner une sous-représentation dans une catégorie et une surreprésentation dans une autre. Nous nous employons à corriger ce problème en définissant plus clairement les catégories et les processus de saisie de données.

Les principaux motifs déclarés d'obtention de services de soins à domicile ne reflètent pas le nombre précis de clients, mais plutôt le nombre de services fournis. 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). Le RSPSe actuel ne reflète pas le principal problème de santé d'une personne, mais plutôt la raison qui justifie la prestation des services de soins à domicile. Par exemple, même si le problème de santé principal du client est le diabète, la raison du service consignée est le traitement de plaies, lesquelles peuvent être une complication du diabète.

1.1.3 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. Un AHM a été assigné à chacune des 33 collectivités des Premières Nations.

1.1.4 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. En 2013-2014, les 33 collectivités étaient dotées d'un contrôleur communautaire de la qualité de l'eau.

1.1.5 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 les fournisseurs de services de l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE) sont consignés dans la base de données Web nationale sur les soins dentaires de la DGSPNI. Dix-sept collectivités des Premières Nations ont accès à un thérapeute dentaire tandis que 27 d'entre elles sont dotées d'un intervenant de l'ISBE (toutes les collectivités dotées d'un intervenant de l'ISBE ont un thérapeute dentaire).



1.1.6 Vaccination

Depuis 2008, le nombre de collectivités qui fournissent de l'information sur le taux de couverture vaccinale s'accroît constamment (tableau 1.3).

Bien que les 33 collectivités soient tenues de déclarer leurs taux de couverture vaccinale, certaines ne le font pas ou ne transmettent pas toute l'information. Par ailleurs, certains enfants reçoivent leurs vaccins à l'extérieur de la réserve et 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.

Tableau 1.3 Nombre de collectivités des Premières Nations (réserves) des provinces de l'Atlantique qui fournissent de l'information sur le taux de couverture vaccinale (2008-2013)

Année de déclaration	Nombre de collectivités qui fournissent de l'information sur le taux de couverture vaccinale (2008-2013)
2008	21
2009	26
2010	26
2011	30
2012	31
2013	31

Source : *Rapports sur les taux de couverture vaccinale de la région de l'Atlantique (2008-2013)*

1.1.7 Données des centres de traitement

Il y a six centres de traitement dans la région de l'Atlantique, dont un centre pour les jeunes. Les six centres ont présenté des rapports à la DGSPNI en 2013-2014. Les centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) sont tenus de présenter un rapport annuel contenant le nombre de demandes et d'admissions, des données démographiques et un registre des substances consommées. Certains centres recueillent des renseignements sur les clients au moyen du Système d'information sur l'abus de substances (SIAS), tandis que d'autres utilisent des systèmes personnalisés pour assurer le suivi de leurs clients.



1.1.8 Teleform

Les 33 collectivités doivent signaler à la DGSPNI les naissances, les décès et les maladies à déclaration obligatoire*. Les collectivités s'acquittent de cette exigence en remplissant un rapport mensuel transmis au moyen du système Teleform, qui fonctionne par télécopieur. Cependant, ce ne sont pas toutes les collectivités qui fournissent systématiquement les données demandées chaque mois. En outre, les infirmières en santé communautaire qui remplissent les rapports ne sont pas nécessairement informées de tous les décès ni de tous les cas de maladie à déclaration obligatoire. Par conséquent, les taux de naissances, de décès et de maladies à déclaration obligatoire présentés ici peuvent être plus faibles que les taux réels dans les collectivités.

Tableau 1.4 Nombre de collectivités des Premières Nations (réserves) des provinces de l'Atlantique qui fournissent de l'information sur le nombre de naissances vivantes (2010-2013)

Année de déclaration	Nombre de collectivités qui fournissent des rapports sur les naissances vivantes
2010	25
2011	26
2012	25
2013	25

Source : Teleform – rapports des collectivités de la région de l'Atlantique (2010-2013)

* Une maladie à déclaration obligatoire est une maladie qui doit être déclarée aux autorités de la santé publique provinciales et territoriales conformément aux lois des provinces ou des territoires¹⁰.

Tableau 1.5 Pourcentage des rapports manquants par rapport aux rapports dus sur les maladies à déclaration obligatoire dans les collectivités des Premières Nations (réserves) des provinces de l'Atlantique qui signalent le nombre de naissances vivantes (2010-2014)

Année de déclaration	Pourcentage de rapports manquants
2009-2010	1%
2010-2011	2%
2011-2012	3%
2012-2013	3%
2013-2014	2%

Source : *Teleform – rapports des collectivités de la région de l'Atlantique (2010-2014)*

Contrairement à la plupart des autres sources de données, le pourcentage de rapports manquants a augmenté légèrement depuis 2009-2010. En 2009-2010, le faible pourcentage de rapports manquants est probablement lié à la vigilance accrue en matière de transmission de rapports liée à la grippe H1N1.

1.1.9 Base de données sur les demandes de paiements de 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 non) ne peut être déterminé. Par conséquent, les demandeurs à l'extérieur d'une réserve sont inclus dans l'analyse;
- 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 numérateur (demandeurs des SSNA) et le dénominateur (population totale des Premières Nations) proviennent de sources de données différentes (figure 1.2);
- environ les deux tiers des membres de bandes de Premières Nations admissibles font exécuter au moins une ordonnance par an. Les estimations de l'utilisation de médicaments fondées sur la base de données sur les demandes de paiements de services pharmaceutiques peuvent sous-estimer l'utilisation par la population des Premières Nations des provinces de l'Atlantique;
- faute d'information à ce sujet, nous ne pouvons 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.

Figure 1.1 Calcul des pourcentages à l'aide des données sur les SSNA

$$\begin{array}{l}
 \text{Pourcentage} \\
 \text{(par exemple, le pourcentage} \\
 \text{de personnes ayant présenté} \\
 \text{une demande de paiement} \\
 \text{pour un médicament)}
 \end{array}
 =
 \frac{
 \begin{array}{l}
 \text{Numérateur} \\
 \text{(d'après les données sur les} \\
 \text{demandes de paiement des SSNB)}
 \end{array}
 }{
 \begin{array}{l}
 \text{Dénominateur} \\
 \text{(d'après les données du Système} \\
 \text{d'inscription des Indiens d'AADNC)}
 \end{array}
 }$$

En 2011, la bande de la Première Nation Qalipu Mi'kmaq a été établie à Terre-Neuve-et-Labrador. En 2013, la bande Qalipu comptait 23 927 membres reconnus comme des Indiens inscrits, soit 39 % de tous les Indiens inscrits des provinces de l'Atlantique. Vu la taille imposante de ce groupe vivant à l'extérieur d'une réserve, aux fins des analyses portant sur les données des SSNA, nous avons exclu la bande Qalipu des données provenant de Terre-Neuve-et-Labrador et nous l'avons analysée séparément.

1.2 SYSTÈME D'INSCRIPTION DES INDIENS D'AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA

Le Système d'inscription 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'y installe) 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 Système d'inscription, il se peut que les membres non inscrits vivant dans la réserve ne soient pas dénombrés.

Dans le présent rapport, à l'exception des données des SSNA, l'effectif de la population vivant dans une réserve établi par AADNC sert de dénominateur pour le calcul de tous les taux.

1.3 ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ

Le présent rapport renferme des données provenant de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières Nations, réalisée entre juin 2008 et novembre 2010. L'échantillon de l'ERS 2008-2010 a été conçu pour représenter la population des Premières Nations vivant dans des collectivités des Premières Nations dans l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception du Nunavut. Dans l'ensemble du Canada, 216 collectivités y ont participé et 5,3 % de la population cible a été sondée. Dans l'ensemble de la région de l'Atlantique, les participants à l'ERS ont été sélectionnés parmi 22 collectivités des Premières Nations (1 à Terre-Neuve-et-Labrador, 12 en Nouvelle-Écosse, 2 à l'Île-du-Prince-Édouard et 7 au Nouveau-Brunswick). L'ERS est une enquête sur la population des réserves administrée par les Premières Nations. Les données utilisées dans le présent rapport proviennent de la région de l'Atlantique, 2008-2010¹¹.

1.4 ENQUÊTE AUPRÈS DES PEUPLES AUTOCHTONES

L'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) est menée auprès de membres de Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves, de Métis et d'Inuits). Les données utilisées dans le présent rapport proviennent de la région de l'Atlantique, 2012.

1.5 AUTRES POINTS À CONSIDÉRER CONCERNANT LES SOURCES DE DONNÉES ET LES DONNÉES

Idéalement, les renseignements sur l'état de santé sont consignés selon l'année civile. Cependant, comme certains programmes de la DGSPNI demandent aux collectivités de fournir des données basées sur l'exercice financier, certaines sections du présent rapport présentent des données selon l'année civile, et d'autres selon l'exercice. Il est important de prendre note de la période de déclaration, surtout lorsqu'il s'agit de comparaisons entre les renseignements.

Dans le souci de faciliter la lecture du présent rapport, nous avons arrondi tous les chiffres au nombre entier le plus près. En conséquence, certains totaux pourraient différer de 100.



SECTION 2: PROJETS DE SURVEILLANCE COMMUNAUTAIRE

2.1 POURQUOI AVONS-NOUS EXÉCUTÉ LE PROJET DE RENFORCEMENT DE LA CAPACITÉ DE SURVEILLANCE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION (RCSSP)?

Contexte

Collecter et utiliser des données sur la santé à l'échelon de la collectivité et à la DGSPNI est une priorité dans les plans stratégiques régionaux et nationaux.

Besoin

Pour concrétiser cette priorité, nous devons renforcer la capacité à l'échelon de la collectivité et à la DGSPNI.

Réponse

Le projet de RCSSP visait à développer les compétences et à établir des processus pour collecter et utiliser des données sur la santé.

2.2 EN QUOI CONSISTAIT LE PROJET DE RCSSP?

Le projet de RCSSP était un projet quinquennal (2008-2013) visant les objectifs ci-dessous :



La matrice complète du projet (c.-à-d. le modèle logique) est reproduite à l'annexe A.

2.3 QU'AVONS-NOUS APPRIS DE CE PROJET?

Dans l'ensemble, le projet de la DGSPNI et les projets communautaires ont été jugés très efficaces. Un exemple d'une réussite locale est présenté dans la prochaine section.

Voici les principales leçons à retenir du projet.

- Les collectivités ont collecté des données sur 50 indicateurs au cours du projet. Nous avons appris qu'il serait préférable de retenir moins d'indicateurs et de suivre ceux-ci sur l'ensemble du cycle de données (collecte, analyse et interprétation, production de rapports et intervention). Pourquoi? Parce que ce serait plus gérable pour les collectivités et que cela permettrait d'améliorer la qualité de la collecte, de l'analyse et de l'utilisation des données.
- Certaines collectivités ont utilisé leur dossier médical électronique (DME) aux fins de la collecte de données tandis que d'autres ont suivi les données sur papier. Nous avons appris que les outils de suivi imprimés demeurent utiles. Pourquoi? Dans les collectivités ayant utilisé un DME, les participants ont fait état de nombreuses frustrations, notamment d'ordre financier, de difficultés relatives à la collecte et de l'incapacité de leur système de produire des rapports sur les données saisies.
- Les exigences du projet en matière de production de rapports ont été consignées dans les

sommaires des accords qui accompagnent les accords de contribution. Toutefois, nous avons appris qu'un plan de projet plus détaillé aurait été utile. Pourquoi? Le projet était complexe, mettant à contribution plusieurs partenaires sur plusieurs années. Un plan de projet signé aurait favorisé une gestion de projet plus solide et des attentes plus claires à l'égard des investissements de temps et d'argent.

- Les plans de santé communautaires comprennent des indicateurs des progrès vers les priorités communautaires. Le projet de RCSSP a élaboré des plans de surveillance communautaires dans lesquels étaient exposées la façon dont les indicateurs de l'état de santé devaient être collectés, analysés et communiqués ainsi que les interventions potentielles. Nous avons appris que les plans de surveillance devraient être créés dans le cadre de la planification de la santé. Pourquoi? Des collectivités ont sélectionné des indicateurs de façon indépendante de la planification de la santé communautaire et ceux-ci n'ont pas été bien utilisés pour établir des rapports annuels sur les progrès à l'égard des priorités communautaires ou sur les résultats dans les plans de travail du personnel.

2.4 COMMENT AVONS-NOUS TIRÉ DES LEÇONS DE CE PROJET?

Des représentants de la DGSPNI et des projets communautaires ont tenu des réunions annuelles afin d'échanger de l'information (2008-2013). En 2013, un évaluateur indépendant a été embauché afin de documenter les réussites et les leçons à retenir et de recommander des mesures à prendre. En 2014, la DGSPNI a rédigé des mesures proposées en réaction à l'évaluation et a sollicité la rétroaction des participants de la collectivité. Ces enseignements ont été mis en œuvre dans la planification des travaux et dans la collaboration continue avec les collectivités. La version intégrale du rapport d'évaluation et de la réponse de la DGSPNI est disponible sur demande (Atlantic_Epis@hc-sc.gc.ca).

2.5 QU'EST-CE QU'UNE DIRECTRICE DES SERVICES DE SANTÉ A À DIRE SUR L'UTILISATION DES DONNÉES?

Entrevue avec Elaine Allison, directrice des services de santé à Wagmatcook

La Première Nation de Wagmatcook au Cap Breton (Nouvelle-Écosse) a participé au projet de renforcement de la capacité de surveillance de la santé de la population. Nous avons demandé à Elaine Allison, directrice des services de santé, de nous décrire l'une de ses utilisations fructueuses des données.

Les données probantes

Les membres du personnel du Centre de santé de la Première Nation de Wagmatcook observaient des abus de médicaments d'ordonnance depuis plusieurs années. Au départ, leurs observations étaient purement anecdotiques. Au fil du temps, ils en sont venus à penser qu'ils allaient devoir prendre des mesures particulières puisque les taux d'abus semblaient augmenter.

Ils ont d'abord examiné les sources d'information dont ils disposaient. Les données provenaient de partenaires provinciaux, de leur autorité sanitaire régionale, de la Régie régionale de la santé Cape Breton (CBDHA), de leurs propres dossiers au Centre de santé, des données de la région de l'Atlantique de la DGSPNI et de la sagesse des membres de leur collectivité. Ces renseignements ont fourni les données probantes dont ils avaient besoin pour établir un plan d'action en vue de réduire l'abus de médicaments d'ordonnance dans leur collectivité.

Les interventions

La première étape a consisté en la formation d'une équipe de travail sur la santé mentale et la dépendance dans la collectivité pour s'attaquer de front au problème. Ils ont réaffecté des fonds provenant de leur accord de contribution avec la DGSPNI afin qu'ils cadrent mieux avec leur priorité. Deux travailleurs sociaux ont été embauchés : un par la collectivité et l'autre, par la CBDHA. Les travailleurs sociaux et les autres professionnels de la santé, dont l'infirmière praticienne et le médecin, ont mis en œuvre une approche par équipe pour régler le problème.

Les réussites

Les membres de l'équipe ont travaillé sur deux fronts dans la collectivité. Premièrement, ils ont sensibilisé les membres, les dirigeants et d'autres partenaires de la collectivité au problème. Deuxièmement, ils ont offert de l'information et des services aux membres de la collectivité qui abusent de médicaments d'ordonnance. À l'avenir, l'équipe espère élargir son intervention afin de quantifier l'effet qu'elle pourrait avoir en dehors de la collectivité, puisque le problème de l'abus de médicaments d'ordonnance dépasse le territoire de la collectivité.

Tout au long de la collecte de données probantes, de l'élaboration d'interventions et du suivi et de la communication des résultats, la collectivité a renforcé les rapports existants et établi de nouveaux rapports. Annuellement, avec ses partenaires, l'équipe examine son impact en passant en revue les données, ce qui lui permettra d'adapter son approche en conséquence.



SECTION 3: ENVIRONNEMENT SOCIAL

3.1 POURQUOI EST-IL IMPORTANT DE CONNAÎTRE LA DISTRIBUTION DE L'ÂGE?

L'âge et le sexe sont deux des grands déterminants de la santé. À ce titre, ils peuvent aussi influencer sur l'exactitude des comparaisons établies entre une population et une autre. Par exemple, la population des collectivités des Premières Nations tend à être composée d'une plus forte proportion de personnes âgées de moins de 25 ans, comparativement à la population canadienne générale. Par conséquent, on s'attendrait à observer des niveaux plus élevés de problèmes de santé touchant des jeunes dans les collectivités des Premières Nations, simplement parce qu'une plus forte proportion de sa population est jeune.

Dans le présent Rapport sur l'état de santé, nous comparons des moyennes de collectivités des Premières Nations avec des moyennes provinciales et nationales. La connaissance des différentes répartitions de l'âge dans les populations que nous comparons peut nous aider à interpréter les résultats.

3.1.1 Dénombrements de la population et tendances démographiques

En 2014, la population totale des Indiens inscrits vivant dans les provinces de l'Atlantique (dans les réserves et à l'extérieur de réserves) s'élevait à 61 742. Dans une proportion d'environ 1 sur 3 (37 %), ils vivaient dans une réserve (23 082), soit 11 503 hommes et 11 579 femmes.

Le graphique ci-dessous montre le nombre d'Indiens inscrits vivant dans une réserve en 2013 pour chaque tranche d'âge et pour chaque sexe.

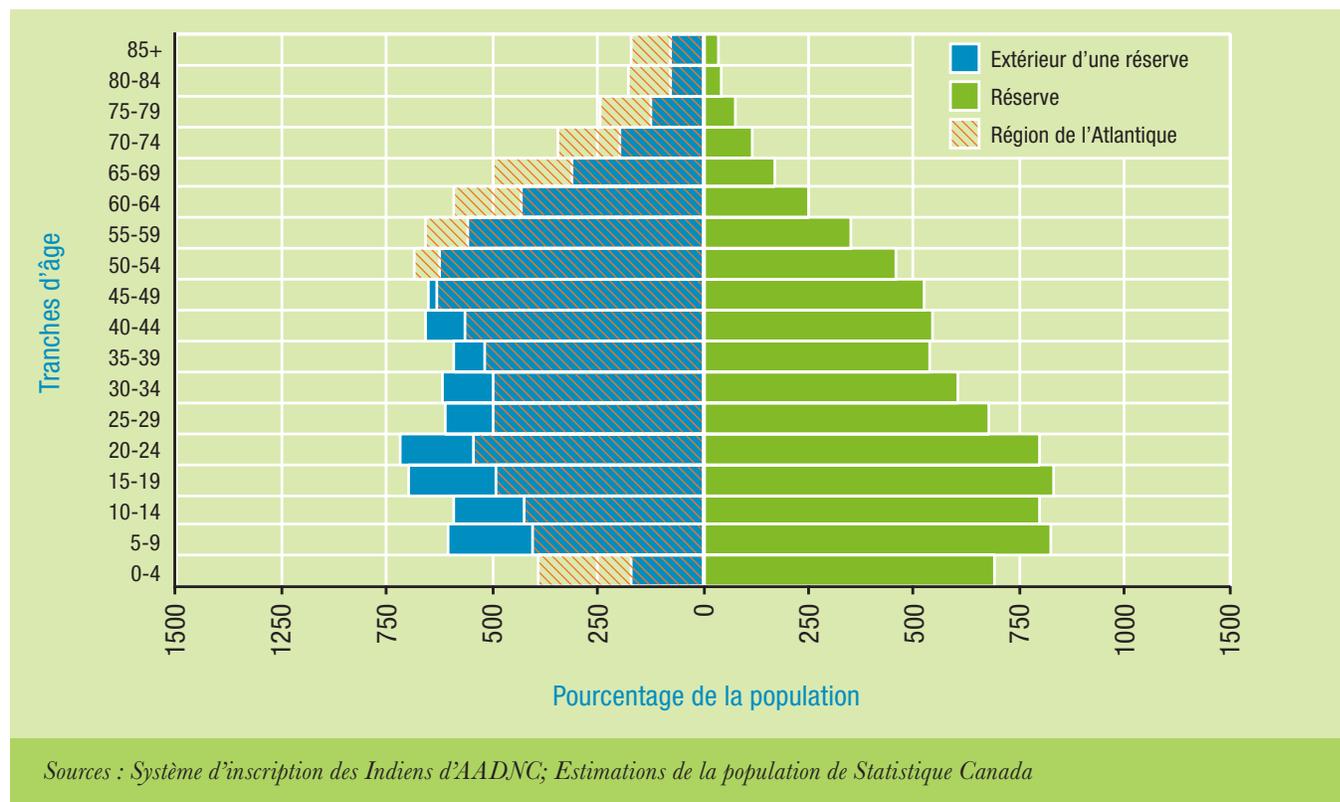
Figure 3.1 Population totale d'Indiens inscrits vivant dans une réserve des provinces de l'Atlantique, selon l'âge et le sexe (2013)



Source : Système d'inscription des Indiens d'AADNC

Les groupes témoins utilisés dans le présent rapport comprennent la population d'Indiens vivant à l'extérieur d'une réserve dans les provinces de l'Atlantique et la population générale de cette région. La figure 3.2 montre que la population des réserves affiche un plus fort pourcentage de jeunes et un plus faible pourcentage de citoyens âgés que ces populations témoins.

Figure 3.2 Population totale vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve dans la région de l'Atlantique, et population générale de la région de l'Atlantique, selon l'âge (2013)



En plus des répartitions différentes, les trois populations ont un taux de croissance différent. Au cours des cinq dernières années :

- la population des réserves a augmenté de 8 %;
- la population à l'extérieur d'une réserve (bande Qalipu non comprise) a augmenté de 13 % (bande Qalipu comprise, l'augmentation est de 84 %);
- la population générale de la région de l'Atlantique a augmenté de 4 %.

Au cours des cinq dernières années :

- le pourcentage de la population âgée de 24 ans et moins dans les réserves a diminué de 3 %;
- le pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus dans les réserves a augmenté de 15 %;
- l'ampleur du changement sur cinq ans pour la population des Premières Nations dans les réserves est similaire au changement dans la population générale de la région de l'Atlantique (c.-à-d. une diminution de 4 % de la population générale de la région de l'Atlantique âgée de 24 ans et moins et une augmentation de 14 % de la population âgée de 65 ans et plus).

3.2 COMBIEN DE PERSONNES VIVANT DANS UNE RÉSERVE PARLENT UNE LANGUE D'UNE PREMIÈRE NATION?

Dans la région de l'Atlantique, 70 % des hommes et des femmes adultes vivant dans une réserve comprennent ou parlent une langue d'une Première Nation¹¹. La plupart d'entre se disent de niveau « intermédiaire » à « expert » pour comprendre et parler cette langue (60 %¹¹). Par contraste, moins de la moitié (47 %) des membres des Premières Nations vivant dans une réserve à l'échelon national parlent une langue d'une Première Nation¹².

Deux langues de Premières Nations dans la région de l'Atlantique figurent parmi les dix langues autochtones les plus parlées¹² :

- l'innu/le montagnais est la cinquième langue autochtone la plus parlée au Canada (10 965 locuteurs);
- le micmac est la septième langue autochtone la plus parlée au Canada (8 030 locuteurs).

Moins de 500 personnes parlent le malecite¹².

La majorité des membres des Premières Nations qui parlent une langue autochtone disent que c'est la langue la plus souvent utilisée à la maison¹² :

- 89 % des locuteurs innus/montagnais disent que leur langue maternelle est la plus souvent utilisée à la maison;
- 53 % des locuteurs micmacs disent que leur langue maternelle est la langue la plus souvent utilisée à la maison.



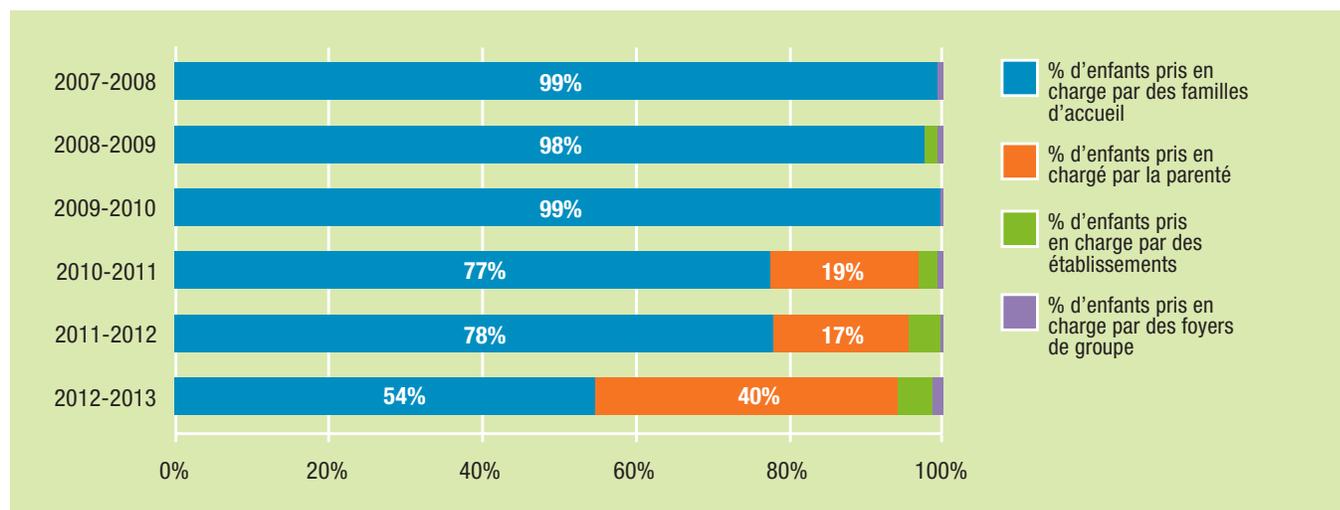
La technologie crée de nouvelles façons d'aider à apprendre une langue. Par exemple, L'nui'suti est une appli qui aide à enseigner des mots et des expressions micmacs¹.



3.3 ENFANTS PRIS EN CHARGE

Les *enfants pris en charge* comprennent les enfants de 18 ans et moins pris en charge par des familles d'accueil, des foyers de groupe, des établissements et des membres de la parenté. La plupart des enfants pris en charge sont placés en famille d'accueil, mais ce pourcentage est passé de 99 % à 55 % au cours des cinq dernières années. Dans la même période, le pourcentage d'enfants pris en charge par la parenté a augmenté de 0 à 40 %.

Figure 3.3 Pourcentage des enfants des Premières Nations pris en charge dans la région de l'Atlantique, selon le type de prise en charge (2007-2013)



Source : Données régionales soumises à AADNC (2007-2013)

En 2012-2013, 1 057 enfants de Premières Nations étaient pris en charge dans les provinces de l'Atlantique, soit environ 13 % des enfants. C'est plus du double de la proportion des enfants des Premières Nations pris en charge à l'échelon national, et 60 % plus élevé que le taux des années précédentes.

Tableau 3.1 Pourcentage des enfants des Premières Nations âgés de 18 ans ou moins pris en charge, provinces de l'Atlantique et Canada (2007-2013)

Année de déclaration	Atlantique	Canada
2007-2008	8%	5%
2008-2009	7%	5%
2009-2010	7%	5%
2010-2011	7%	6%
2011-2012	8%	6%
2012-2013	13%	6%

Source : Données régionales soumises à AADNC (2007-2013)



SECTION 4: ÉTAT DE SANTÉ AUTOÉVALUÉ ET TENDANCES DES MODES DE VIE

4.1 COMMENT LES MEMBRES DES PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS UNE RÉSERVE DANS LES PROVINCES DE L'ATLANTIQUE ÉVALUENT-ILS LEUR ÉTAT DE SANTÉ?

Les hommes et les femmes ont une perception différente de leur état de santé général.

- 60 % des hommes adultes jugent leur état de santé excellent ou très bon¹¹.
- 40 % des femmes adultes jugent leur état de santé excellent ou très bon¹¹.

Les répondants des deux sexes mentionnent la saine alimentation, le sommeil et l'exercice régulier au nombre des facteurs contribuant à la santé. Les femmes mentionnent aussi la présence d'un bon soutien social et le fait d'être heureuses et satisfaites. Seulement 40 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve disent que l'équilibre général (sur les plans physique, affectif, psychologique et spirituel) contribue à leur santé¹¹.

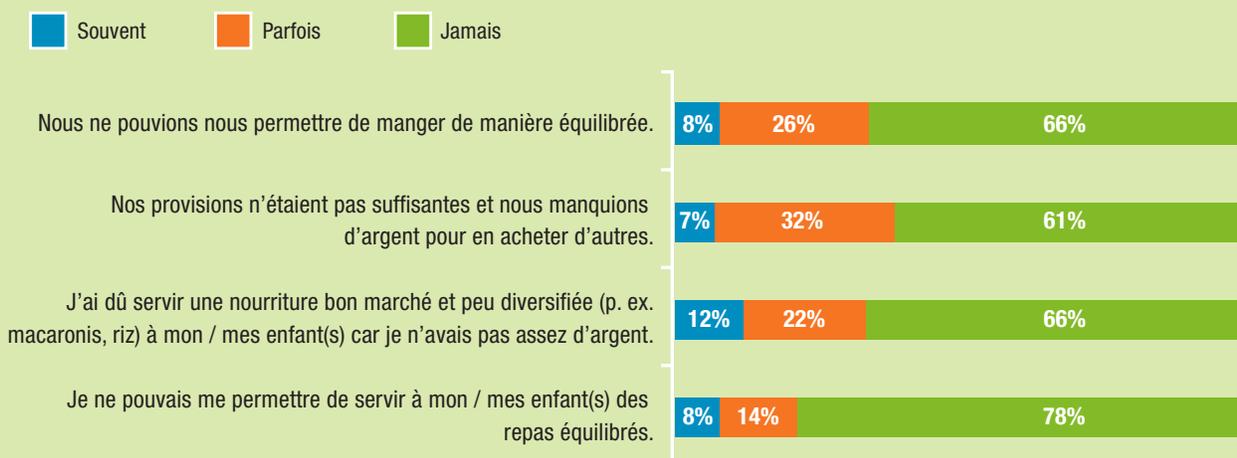
4.2 ALIMENTATION ET SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve dans les provinces de l'Atlantique devaient indiquer à quelle fréquence ils avaient un régime alimentaire équilibré¹¹ :

- 25 % ont répondu toujours ou presque;
- 57 % ont répondu « parfois »;
- 18 % ont répondu « rarement ou jamais ».

L'insécurité alimentaire peut faire en sorte qu'il est difficile d'avoir un régime alimentaire équilibré. Les données de l'ERS pour la région de l'Atlantique donnent à penser que 20 % des adultes ont dû réduire la taille de leurs repas ou sauté un repas au cours de la dernière année à cause du manque de nourriture¹¹. Parmi les indicateurs de l'insécurité alimentaire, le fait de ne pas pouvoir se permettre de servir des repas équilibrés à un enfant était moins susceptible d'être vrai.

Figure 4.1 Pourcentage d'adultes des Premières Nations vivant dans une réserve dans les provinces de l'Atlantique, selon des indices d'insécurité alimentaire (2008-2010)



Source : Rapport de synthèse de l'ERS pour la région de l'Atlantique (2008-2010).

Les réponses à l'ERS aux questions relatives à l'insécurité alimentaire recueillies dans la région de l'Atlantique révèlent un problème plus grand que celui vécu dans la population générale de cette région. Selon le type d'insécurité alimentaire, les taux dans la région de l'Atlantique sont les suivants¹³ :

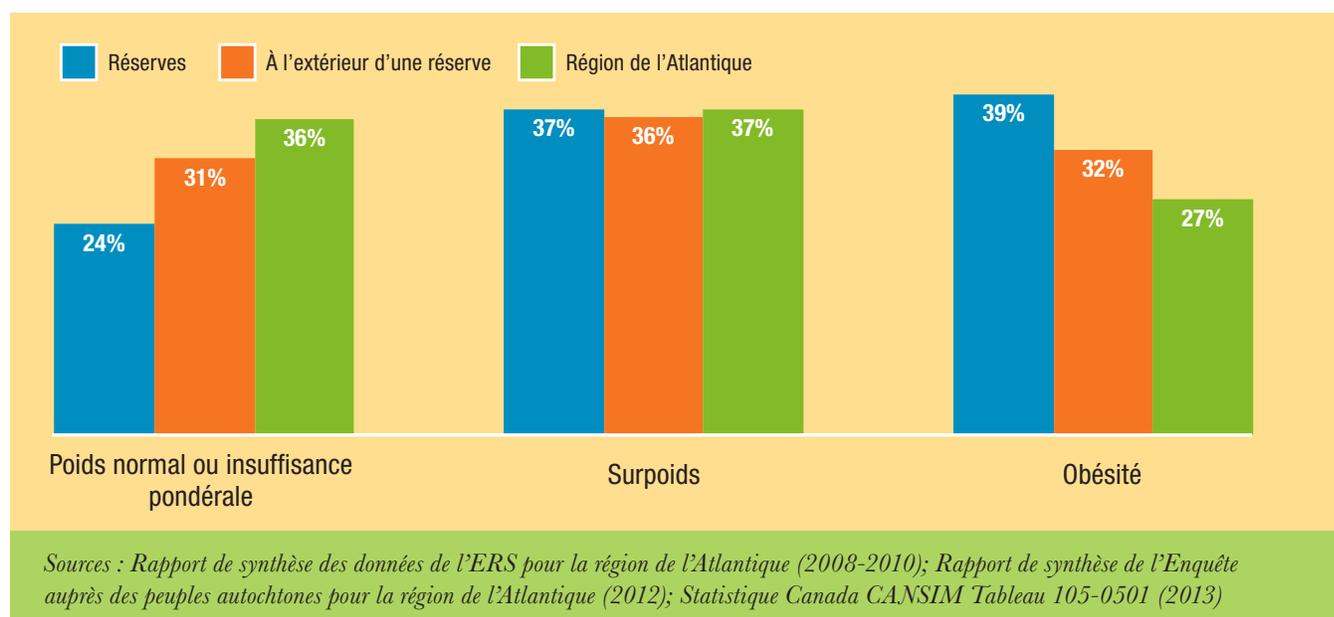
- Nouveau-Brunswick : entre 3 et 7 % de la population
- Nouvelle-Écosse : entre 3 et 9 % de la population
- Île-du-Prince-Édouard : entre 3 et 9 % de la population
- Terre-Neuve-et-Labrador : entre 2 et 6 % de la population

4.3 POIDS CORPOREL

Les taux d'obésité sont plus élevés chez les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve, comparativement à la population générale de la région d'Atlantique (figure 4.2). Si nous comparons les membres des Premières Nations vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve :

- les adultes vivant dans une réserve ont un taux d'obésité plus élevé (39 %) que ceux vivant à l'extérieur d'une réserve (32 %);
- 75 % des adultes vivant dans une réserve ont un surpoids ou sont obèses, comparativement à 69 % des adultes vivant à l'extérieur d'une réserve^{11,14}.

Figure 4.2 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve et population de la région de l'Atlantique selon la catégorie de poids



L'obésité et le surpoids sont d'importants facteurs de risque de plusieurs maladies chroniques, notamment le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer. L'obésité est étroitement liée aux habitudes alimentaires qui, à leur tour, sont liées au statut socioéconomique. De façon générale, le risque d'obésité est présent et grandissant même dans les régions à revenu plus faible².

L'obésité et le surpoids sont des préoccupations importantes en matière de santé publique dans l'ensemble du Canada. Les taux d'obésité dans les provinces de l'Atlantique figurent parmi les plus élevés au Canada, puisqu'on estime qu'environ 30 % de la population est obèse¹⁵.

« Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé. L'indice de masse corporelle (IMC) est un moyen simple de mesurer l'obésité dans la population: il correspond au poids de la personne (en kilogrammes) divisé par le carré de sa taille (en mètres). Une personne ayant un IMC de 30 ou plus est généralement considérée comme obèse. Une personne dont l'IMC est égal ou supérieur à 25 est considérée comme étant en surpoids. »
Organisation mondiale de la santé, 2015²

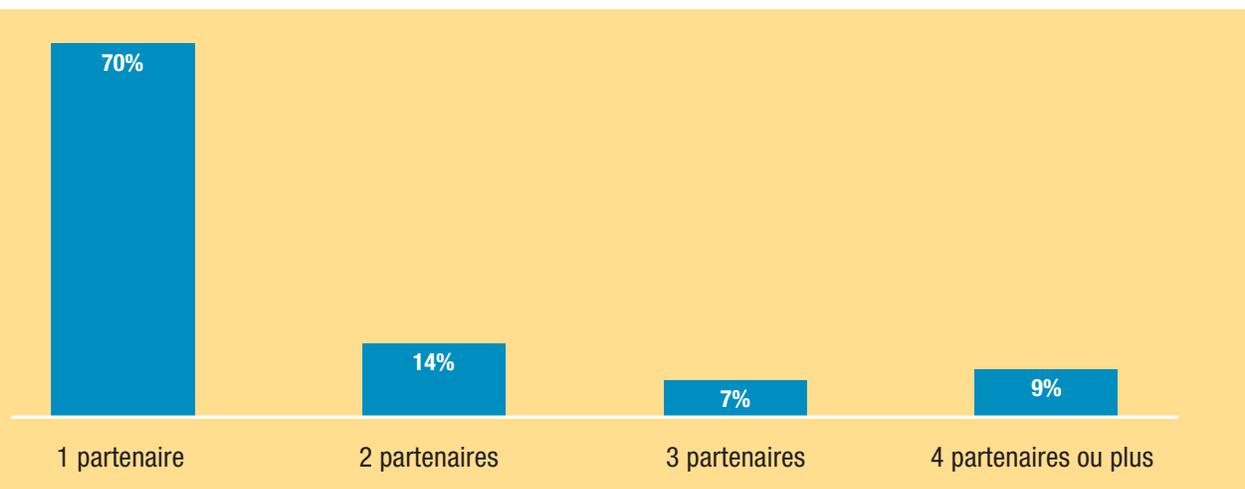


4.4 SANTÉ SEXUELLE

4.4.1 Activité sexuelle

Parmi les adultes des Premières Nations actifs sexuellement, 70 % disent n'avoir eu qu'un partenaire au cours des 12 derniers mois et 16 % rapportent avoir eu trois partenaires ou plus (figure 4.3).

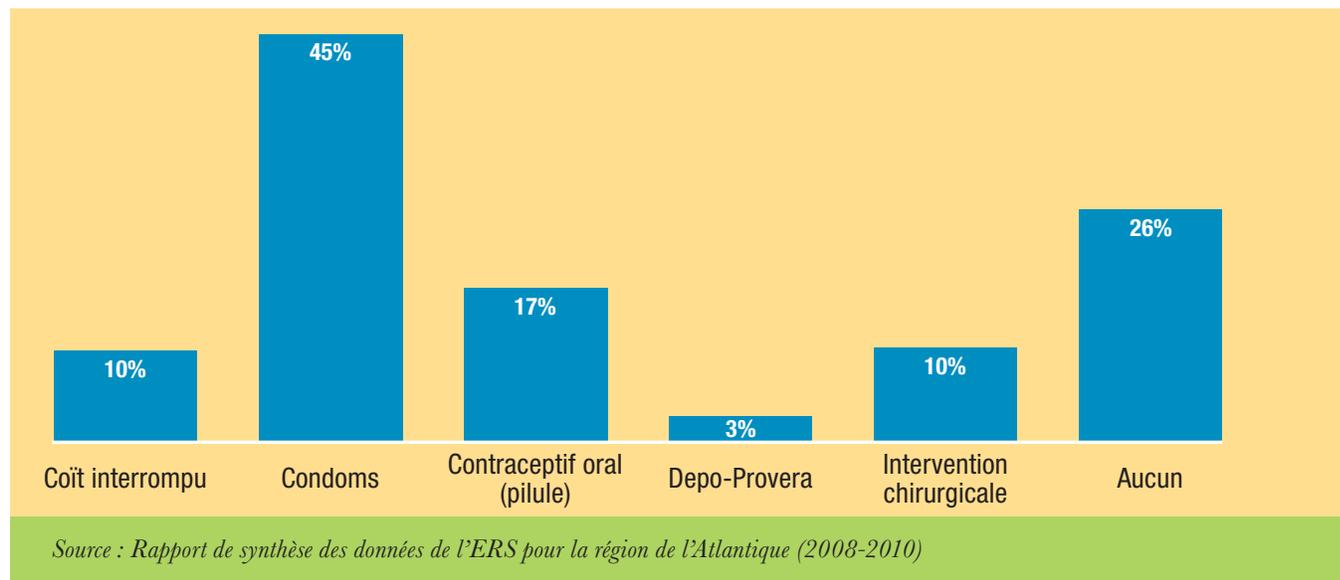
Figure 4.3 Pourcentage des adultes des Premières Nations actifs sexuellement vivant dans une réserve dans les provinces de l'Atlantique selon le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois (2008-2010)



Source : Rapport de synthèse des données de l'ERS pour la région de l'Atlantique (2008-2010)

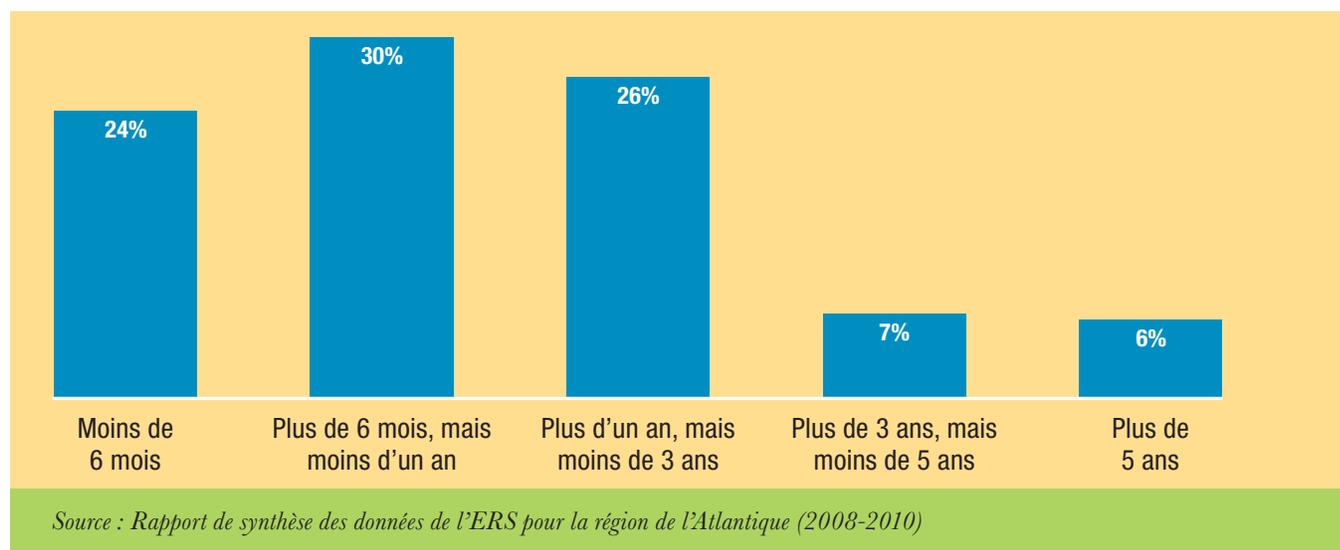
Parmi les adultes actifs sexuellement, 26 % disent n'utiliser aucun moyen de contraception. Les condoms sont la forme de protection ou le moyen de contraception le plus souvent mentionné, puisque près de la moitié des adultes actifs sexuellement l'utilisent (45 %, figure 4.4).

Figure 4.4 Pourcentage des adultes des Premières Nations actifs sexuellement vivant dans une réserve dans les provinces de l'Atlantique, selon le moyen de contraception (2008-2010)



Parmi les femmes adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, 80 % avaient subi un test de Pap au cours des trois dernières années (figure 4.5). Ce taux est similaire à celui de la population générale de la région de l'Atlantique¹⁶.

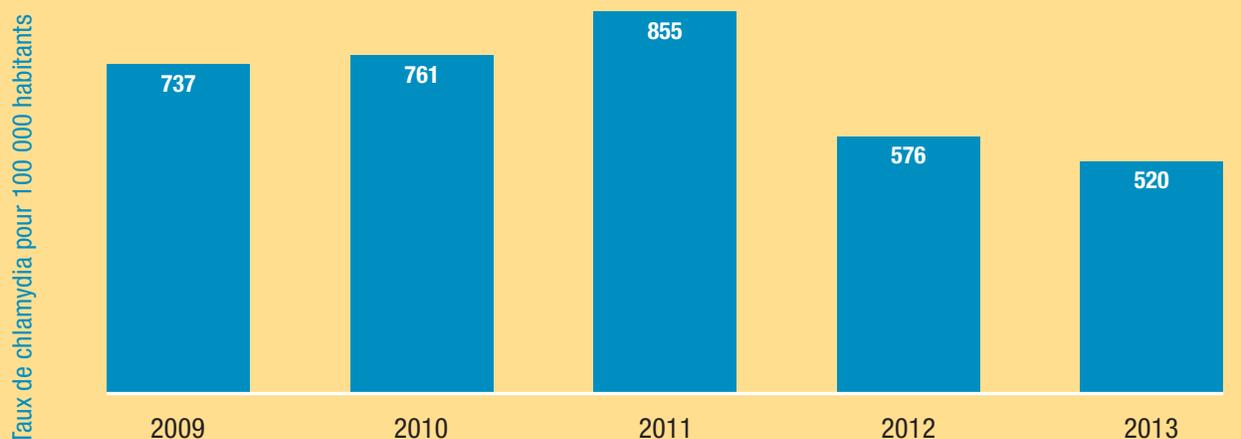
Figure 4.5 Pourcentage des femmes adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ayant subi un test de Pap, selon le temps écoulé depuis le dernier test (2008-2010)



4.4.2 Taux de chlamydia

Les taux de chlamydia dans les réserves des provinces de l'Atlantique sont en baisse depuis 2011.

Figure 4.6 Taux de chlamydia (pour 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique (2009-2013)



Source: Teleform - Rapports des collectivités de la région de l'Atlantique (2009-2013); Système d'inscription des Indiens d'AADNC

Les taux de chlamydia diminuent, mais ils demeurent plus élevés dans les réserves que dans la population générale de la région de l'Atlantique. Dans quelle mesure sont-ils plus élevés? Comme nous l'avons vu dans la section 3, la ventilation de l'âge des membres des Premières Nations vivant dans une réserve et de la population canadienne diffère. Est-il possible d'augmenter la précision des comparaisons entre ces populations? Oui, les taux normalisés peuvent aider à comparer des populations lorsque les ventilations des deux populations selon l'âge et/ou le sexe diffèrent.

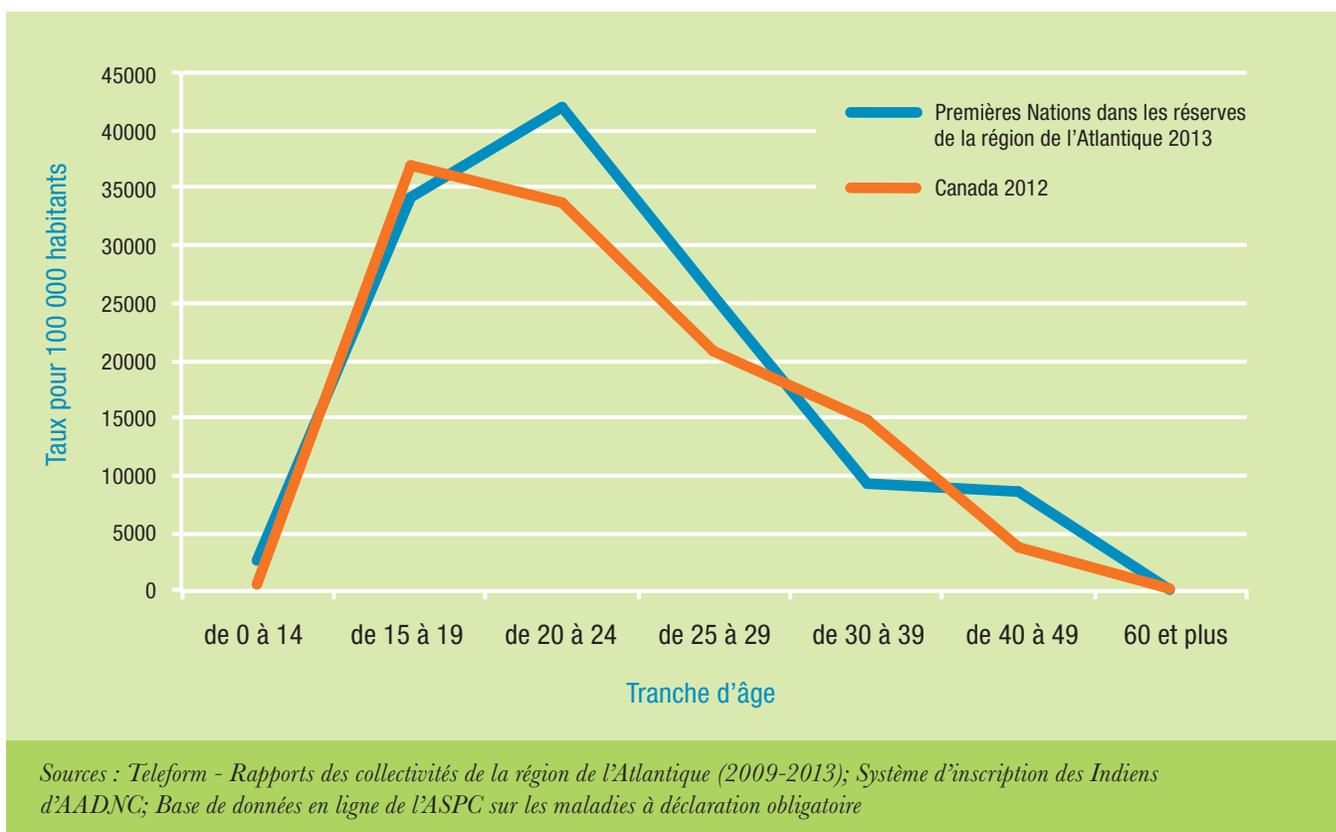
Une fois que nous rajustons les données pour tenir compte des structures d'âge différentes (tableau 4.6), l'écart des taux de la chlamydia pour 100 000 habitants entre les membres des Premières Nations vivant dans une réserve et la population générale semble nettement se rétrécir. Les taux pour les Premières Nations sont nettement plus élevés chez les 20 à 29 ans et chez les 50 à 59 ans (figure 4.7). Comme dans la population générale du Canada, les taux de chlamydia sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

Tableau 4.1 Taux de chlamydia pour 100 000 habitants, taux brut et normalisé

	Taux dans les réserves des provinces de l'Atlantique 2013	Taux de la population canadienne 2012
Taux brut (non rajusté selon l'âge)	520	290
Taux normalisé	447	395

Sources : *Téléform - Rapports des collectivités de la région de l'Atlantique; Système d'inscription des Indiens d'AADNC; Base de données en ligne des maladies à déclaration obligatoire de l'ASPC. Taux normalisés selon la population du Canada en 1991*

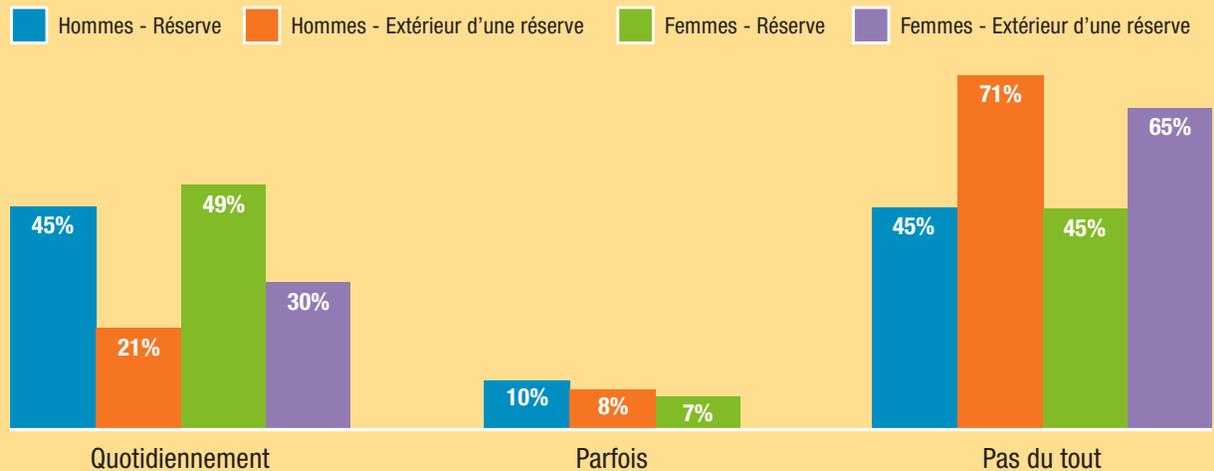
Figure 4.7 Taux normalisé de chlamydia pour 100 000 habitants dans les réserves des provinces de l'Atlantique et dans la population canadienne, selon la tranche d'âge



4.5 TABAGISME ET CESSATION DU TABAGISME

Parmi les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, 47 % sont des fumeurs quotidiens, comparativement à 26 % des adultes des Premières Nations vivant à l'extérieur d'une réserve (figure 4,8). Qu'elles vivent dans les réserves ou à l'extérieur d'une réserve, les femmes sont légèrement plus susceptibles de fumer quotidiennement que les hommes.

Figure 4.8 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve, selon le tabagisme et le sexe (2008-2010)



Sources : Rapport de synthèse des données de l'ERS pour la région de l'Atlantique (2008-2010); Rapport de synthèse de l'Enquête auprès des peuples autochtones pour la région de l'Atlantique (2012)

Parmi les adultes des Premières Nations de la région de l'Atlantique, 65 % de ceux vivant dans une réserve disent que leur logement est un environnement sans fumée, comparativement à 87 % des adultes des Premières Nations à l'extérieur d'une réserve^{11, 14}.

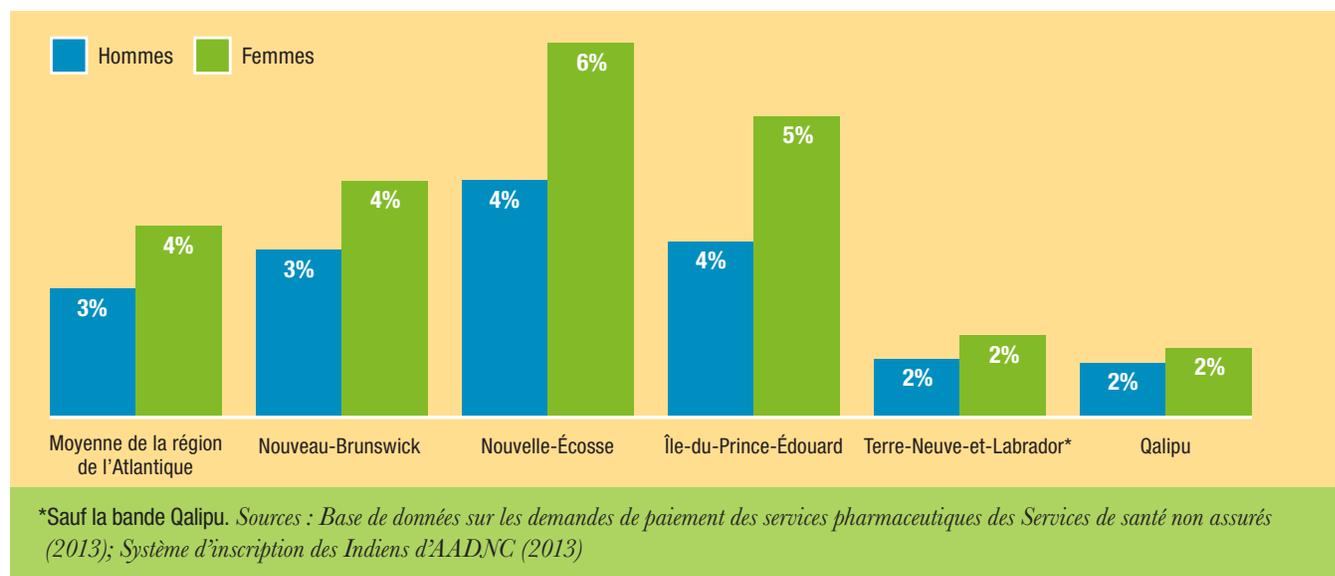
Il existe plusieurs méthodes pour arrêter de fumer, du sevrage brutal aux interventions cliniques ou comportementales. Des thérapies de remplacement de la nicotine comme Nicoderm[®], Nicorette[®], Champix[®] et Zyban[®] peuvent aider les personnes qui souhaitent cesser de fumer et sont remboursées par les SSNA.

Au cours des cinq dernières années, le pourcentage d'adultes des Premières Nations dans la région de l'Atlantique ayant présenté une demande de paiement pour un produit de cessation du tabagisme a diminué. Nous ne savons pas pourquoi ces taux affichent une tendance à la baisse, mais nous savons que :

- les membres des bandes de la Nouvelle-Écosse affichent systématiquement le pourcentage le plus élevé de la population présentant des demandes de paiement pour des produits de cessation du tabagisme au cours des cinq dernières années;
- les membres des bandes de Terre-Neuve-et-Labrador affichent systématiquement le pourcentage le plus faible de la population présentant des demandes de paiement pour des produits de cessation du tabagisme au cours des cinq dernières années;
- les taux de demandes de paiement pour des produits de cessation du tabagisme chez les membres de la bande Qalipu sont similaires ou supérieurs à ceux des autres adultes des Premières Nations à Terre-Neuve-et-Labrador.

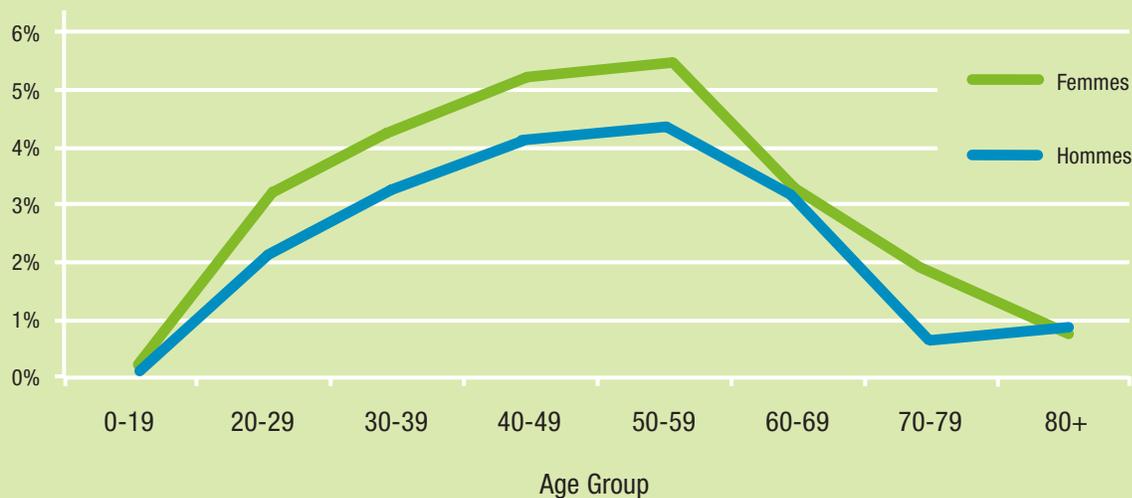
Pour les quatre provinces, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de présenter une demande de paiement pour un produit de cessation du tabagisme, pour toutes les tranches d'âge jusqu'à 80 ans.

Figure 4.9 Prévalence des demandes de paiement pour des produits de cessation du tabagisme chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique (2013)



Le pourcentage de la population présentant une demande de paiement pour des produits de cessation du tabagisme augmente dans toutes les tranches d'âge jusqu'à 60 ans, après quoi il diminue.

Figure 4.10 Prévalence des demandes de paiement pour des produits de cessation du tabagisme chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique selon l'âge et le sexe (2013)

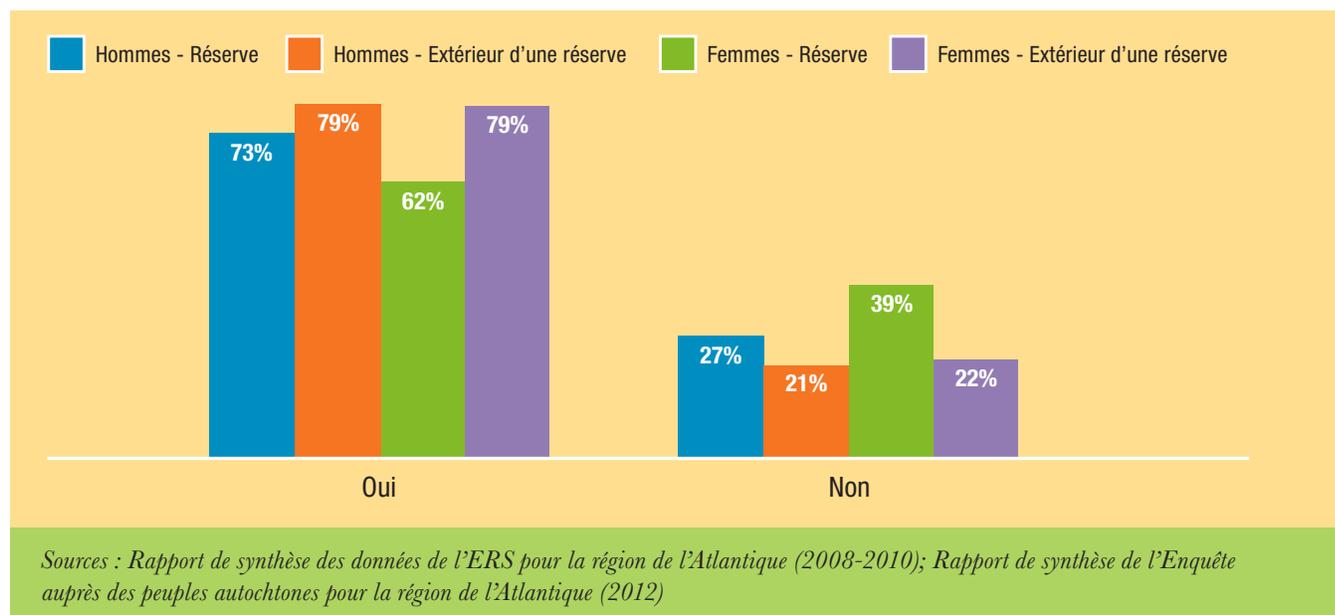


Sources : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2013); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2013)

4.6 CONSOMMATION D'ALCOOL

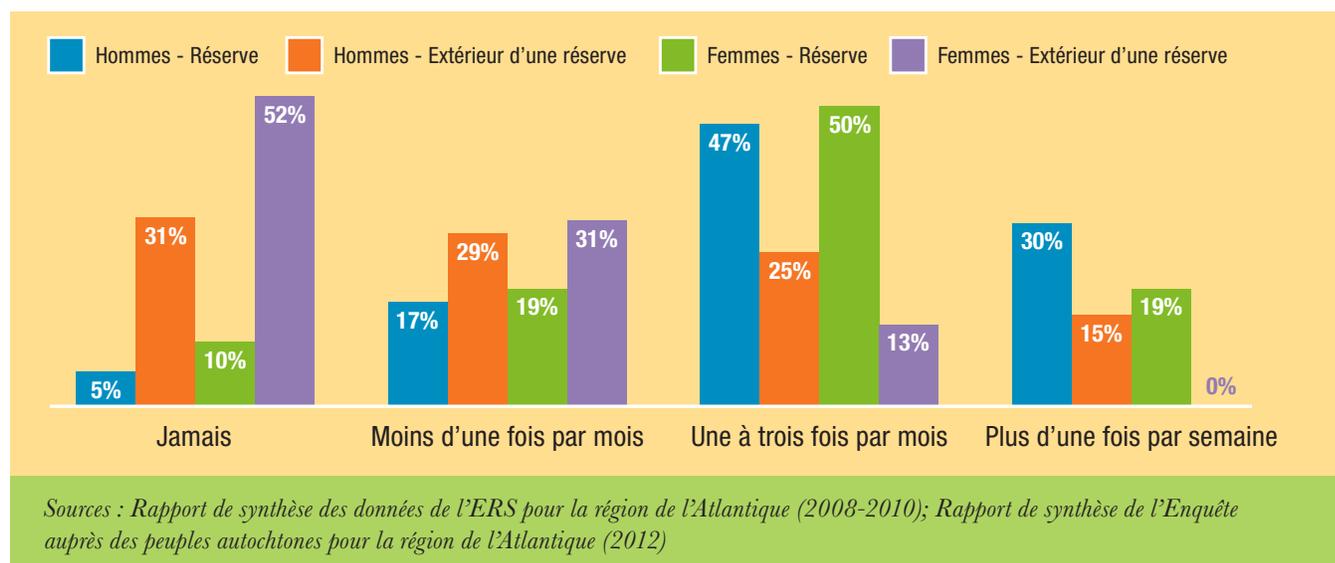
Parmi les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, 67 % déclarent avoir bu de la bière, du vin, des spiritueux ou d'autres boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois, comparativement à près de 80 % des adultes des Premières Nations vivant à l'extérieur d'une réserve (figure 4.11). Les femmes vivant dans une réserve étaient moins susceptibles d'avoir consommé de l'alcool que les hommes (62 % contre 73 %); toutefois, à l'extérieur d'une réserve, les hommes et les femmes étaient tout aussi susceptibles d'avoir consommé de l'alcool (79 % contre 79 %).

Figure 4.11 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve selon l'alcool consommé au cours des 12 derniers mois



Les hommes et les femmes des Premières Nations dans les réserves rapportent des taux plus élevés de consommation d'alcool que leurs homologues vivant à l'extérieur d'une réserve : 75 % des adultes vivant dans une réserve dans les provinces de l'Atlantique disent avoir bu cinq consommations d'alcool ou plus lors de la même occasion au moins une fois par mois au cours des 12 derniers mois, contre 27 % de ceux vivant à l'extérieur d'une réserve.

Figure 4.12 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve dans la région de l'Atlantique selon la consommation de cinq boissons alcoolisées ou plus lors de la même occasion



SECTION 5: SANTÉ PHYSIQUE

5.1 MALADIES CHRONIQUES

5.1.1 Diabète

En 2013, 7 % des membres des bandes de la région de l'Atlantique ont présenté une demande de paiement pour un médicament contre le diabète[†]. Ce pourcentage est plus élevé que dans la population générale des provinces de l'Atlantique.

Table 5.1 Prévalence normalisée des demandes de paiement aux SSNA pour des médicaments contre le diabète (2013) et taux de diabète provinciaux (2008-2009)

	Taux normalisé des Premières Nations	Taux provincial normalisé
Nouveau-Brunswick	7%	6%
Nouvelle-Écosse	9%	6%
Île-du-Prince-Édouard	7%	6%
Terre-Neuve-et-Labrador (sauf Qalipu)	10%	7%
Qalipu	4%	

Sources : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2013); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2013); Diabète au Canada; Taux normalisés selon la population du Canada en 1991

Au cours des cinq dernières années, le nombre de personnes ayant présenté une demande de paiement aux SSNA pour des médicaments contre le diabète dans la région de l'Atlantique a augmenté de façon régulière.

[†] Nous ne connaissons pas le nombre exact de membres des Premières Nations vivant dans une réserve qui sont diabétiques. Il n'y a pas de déclaration ni de surveillance systématique du diabète dans les collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique. Faute de système de surveillance, nous avons 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 inscrits auprès de bandes de la région de l'Atlantique (vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve) ayant présenté une demande de paiement pour un médicament contre le diabète (pilules ou insuline injectable). Nous utilisons cette mesure pour estimer la prévalence du diabète.



Tableau 5.2 Augmentation en pourcentage de la prévalence des personnes présentant une demande de paiement aux SSNA pour des médicaments contre le diabète (2009-2013)

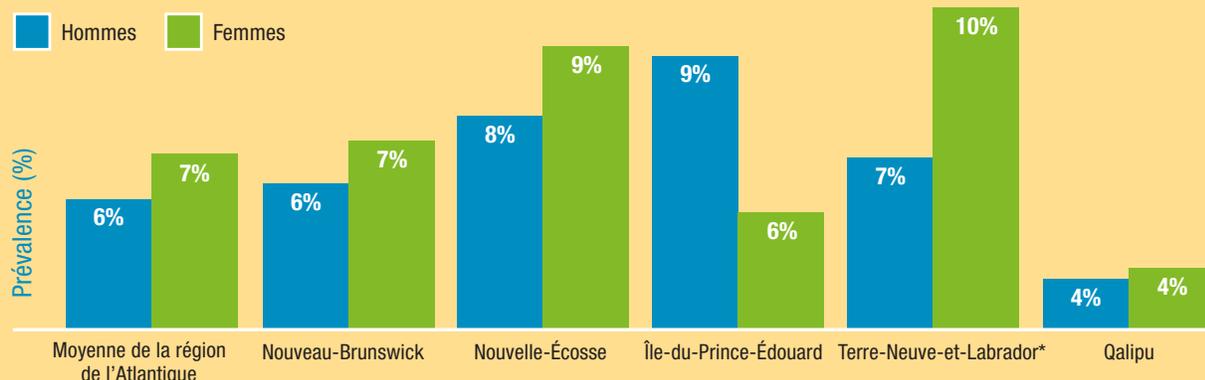
Province	Augmentation en pourcentage (2009-2013)
Nouveau-Brunswick	14% ↑
Nouvelle-Écosse	6% ↑
Île-du-Prince-Édouard	5% ↑
Terre-Neuve-et-Labrador (sauf Qalipu)	32% ↑

Sources : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2009-2013); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2009-2013)

Parmi les membres de bandes dans chaque province, le nombre annuel moyen sur cinq ans de nouveaux demandeurs de paiement pour des médicaments contre le diabète (taux d'incidence) est d'environ 1 %. Le taux d'incidence chez les membres de bandes à Terre-Neuve-et-Labrador (sauf la bande de Qalipu) est plus élevé que dans les autres provinces.

Exception faite de l'Île-du-Prince-Édouard, les femmes des Premières Nations étaient plus susceptibles que les hommes de présenter une demande de paiement pour un médicament contre le diabète en 2013. Cette tendance est à l'opposé de la tendance observée dans la population générale de la région de l'Atlantique, dans laquelle les taux de diabète sont systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes¹⁷.

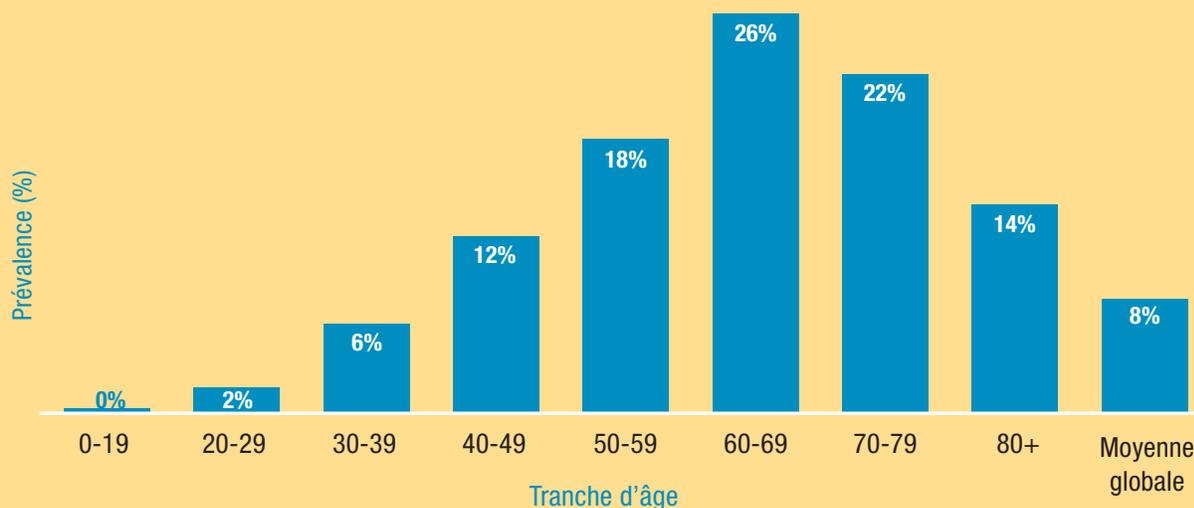
Figure 5.1 Prévalence des demandeurs de paiement aux SSNA pour des médicaments contre le diabète chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon le sexe (2013)



*Sauf la bande Qalipu. Sources : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2013); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2013)

Le pourcentage de demandeurs de paiement pour des médicaments contre le diabète selon l'âge était similaire chez les membres de bandes des quatre provinces de l'Atlantique (sauf la bande de Qalipu). La figure 5.2 montre que les taux augmentent régulièrement jusqu'à la tranche des 60 à 69 ans, après quoi il commence à diminuer. Dans la population canadienne générale, les taux de prévalence du diabète augmentent jusqu'à la tranche des 75 à 79 ans¹⁸.

Figure 5.2 Pourcentage de demandeurs de paiement des SSNA pour des médicaments contre le diabète chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon la tranche d'âge (2013)



Sources : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés, sauf la bande Qalipu (2013); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2013); Le diabète au Canada : taux normalisés selon la population du Canada en 1991

Quatre-vingts pour cent des membres des Premières Nations diabétiques dans les réserves souffrent du diabète de type 2¹¹, tandis que 40 % de ceux ayant déclaré avoir un diagnostic de diabète font aussi état de limitations d'activité¹¹.

La DGSPNI finance l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) qui a pour objectif d'améliorer la santé des membres des Premières Nations vivant avec le diabète de type 2. Dans la région de l'Atlantique en 2013-2014 :

- 9 % de la population a subi un dépistage non diagnostique du diabète;
- 17 % de la population a participé à une clinique d'éducation sur le diabète;
- 9 % de la population a participé à une clinique de soins des pieds.

Source : Rapports de la région de l'Atlantique présentés au moyen du MRC (2013-2014)

5.1.2 Maladies cardiovasculaires

En 2013, 16 % des membres de bandes de la région de l'Atlantique ont présenté une demande de paiement pour un médicament contre une maladie cardiovasculaire[‡]. Au cours des cinq dernières années, le pourcentage de membres des Premières Nations ayant présenté des demandes a fluctué, sans révéler de tendances claires dans les provinces.

Table 5.3 Variation en pourcentage de la prévalence des demandeurs de paiement des SSNA pour des médicaments contre des maladies cardiovasculaires, selon la province (2009-2013)

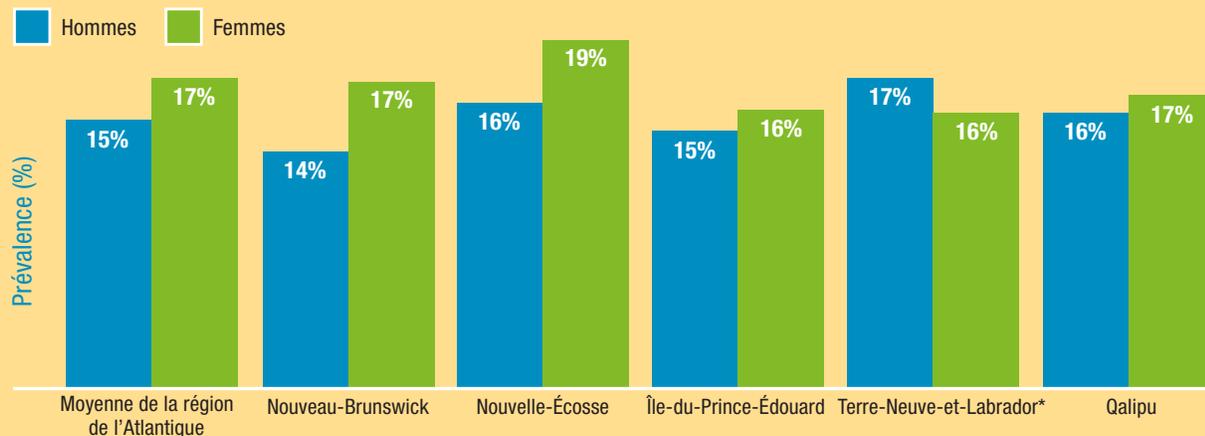
Province	Changement en pourcentage (2009-2013)
Nouveau-Brunswick	1% ↑
Nouvelle-Écosse	5% ↑
Île-du-Prince-Édouard	1% ↓
Terre-Neuve-et-Labrador (sauf Qalipu)	17% ↑

Sources : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2009-2013); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2009-2013)

Exception faite de l'Île-du-Prince-Édouard, les femmes des Premières Nations étaient plus susceptibles que les hommes de présenter une demande de paiement pour un médicament contre une maladie cardiovasculaire en 2013. Cette tendance est à l'opposé de la tendance observée dans la population générale, dans laquelle les taux de maladie cardiovasculaire sont systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes¹⁷.

[‡] Il est difficile de connaître le nombre exact de membres des Premières Nations vivant dans une réserve souffrant de maladies cardiovasculaires puisqu'il n'y a pas de déclaration ni de surveillance systématique des maladies cardiovasculaires dans les collectivités des Premières Nations dans la région de l'Atlantique. Faut de système de surveillance, nous avons 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 inscrits auprès de bandes de la région de l'Atlantique (vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve) ayant présenté une demande de paiement pour des médicaments (diurétiques y compris) pour des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux.

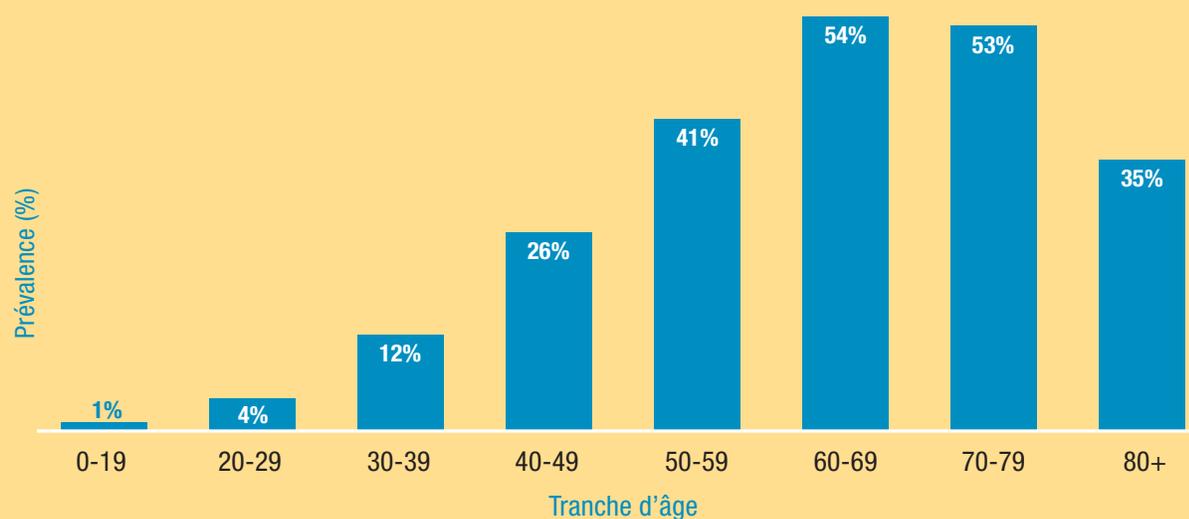
Figure 5.3 Prévalence des demandeurs de paiement pour des médicaments contre des maladies cardiovasculaires chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon le sexe (2013)



*Sauf la bande Qalipu. Sources : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2013); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2013)

Le pourcentage de demandeurs de paiement pour des médicaments contre des maladies cardiovasculaires selon l'âge était similaire chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador (sauf la bande Qalipu). La figure 5.4 montre que les taux augmentent régulièrement jusqu'à la tranche des 60 à 69 ans, après quoi ils commencent à diminuer. Les tendances relatives aux médicaments contre les maladies cardiovasculaires selon le sexe et l'âge sont similaires aux tendances relatives aux médicaments contre le diabète.

Figure 5.4 Prévalence des demandeurs de paiement pour des médicaments contre des maladies cardiovasculaires chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon la tranche d'âge (2013)



Sources : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2013); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2013)

5.1.3 Affections respiratoires

Les taux d'affections respiratoires autodéclarées sont similaires ou légèrement inférieurs chez les adultes des Premières Nations de la région de l'Atlantique vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve^{11, 14, 19}. Les taux sont similaires ou légèrement supérieurs à ceux rapportés pour les provinces de l'Atlantique^{20, 21}.

Tableau 5.4 Prévalence des affections respiratoires autodéclarées par des adultes, réserves et extérieur d'une réserve, et provinces de l'Atlantique

	Premières Nations de la région de l'Atlantique - réserves	Premières Nations de la région de l'Atlantique - extérieur d'une réserve	Nouveau-Brunswick	Nouvelle-Écosse	Île-du-Prince-Édouard	Terre-Neuve-et-Labrador
Bronchite chronique	5%	6%	4%	5%	5%	5%
Asthme	11%	15%	10%	9%	8%	8%

Sources : Rapport de synthèse de l'ERS pour la région de l'Atlantique (2008-2010); Rapport de synthèse de l'Enquête auprès des peuples autochtones pour la région de l'Atlantique (2012); Statistique Canada, CANSIM tableau 105-0501

5.1.4 Arthrite

Le taux d'arthrite autodéclarée chez les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique est plus faible que chez les adultes des Premières Nations vivant à l'extérieur d'une réserve, mais supérieur au taux canadien^{11, 14, 22}.

Tableau 5.5 Prévalence de l'arthrite autodéclarée par des adultes, réserves et extérieur d'une réserve, et Canada

	Premières Nations de la région de l'Atlantique - réserves	Premières Nations de la région de l'Atlantique - extérieur d'une réserve	Canada
Arthrite	20%	26%	16%

Sources : Rapport de synthèse de l'ERS pour la région de l'Atlantique (2008-2010); Rapport de synthèse de l'Enquête auprès des peuples autochtones(2012); Statistique Canada, CANSIM, tableau 105-0501

5.1.5 Hypertension artérielle

Le taux d'hypertension artérielle autodéclarée est similaire chez les adultes des Premières Nations dans les réserves et à l'extérieur d'une réserve de la région de l'Atlantique et dans la population générale de cette région^{11, 14, 17}.

Tableau 5.6 Prévalence de l'hypertension artérielle autodéclarée par des adultes, réserves et extérieur d'une réserve, et provinces de l'Atlantique

	Adultes des Premières Nations de la région de l'Atlantique - réserves	Adultes des Premières Nations de la région de l'Atlantique - extérieur d'une réserve	Nouveau-Brunswick	Nouvelle-Écosse	Île-du-Prince-Édouard	Terre-Neuve-et-Labrador
Hypertension artérielle	23%	25%	23%	22%	22%	25%

Sources : Rapport de synthèse de l'ERS pour la région de l'Atlantique (2008-2010); Rapport de synthèse de l'Enquête auprès des peuples autochtones(2012); Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2007 (rapportée dans Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada¹⁷)

5.2 MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Les collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique signalent les cas de maladies à déclaration obligatoire à la DGSPNI sur une base mensuelle au moyen du système de rapports Teleform. La maladie qui a été signalée le plus souvent entre 2009 et 2013 est la chlamydia.

Tableau 5.7 Nombre de cas de maladies à déclaration obligatoire signalés à la DGSPNI par des collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique (2013)

Maladie à déclaration obligatoire	Nombre de cas signalés à la DGSPNI, 2013
Chlamydia	120
<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	75
Hépatite C	23
Transmise par des poux / tiques	13
Varicelle	9

Source : Teleform - Rapports de la région de l'Atlantique (2013) pour les maladies à déclaration obligatoire comptant au moins cinq cas



SECTION 6: SANTÉ MENTALE, ÉMOTIONNELLE ET SPIRITUELLE

6.1 SANTÉ MENTALE ET ÉMOTIONNELLE

Les données disponibles tirées de l'ERS sur des indicateurs de la santé mentale et émotionnelle comprennent la maîtrise de soi et la détresse psychologique.

6.1.1 Maîtrise de Soi

L'ERS a utilisé la Self-Mastery Scale (Échelle de la maîtrise de soi) créée par Pearlin et Schooler²³. Cette échelle comporte sept questions. Les participants à l'ERS ont évalué la mesure dans laquelle ils étaient d'accord avec des énoncés, allant de « Tout à fait d'accord » à « Pas du tout d'accord ». Le total d'un participant aux sept questions a servi à mesurer leur sentiment de maîtrise de leur vie.

Dans la région de l'Atlantique, environ 90 % des répondants ont dit être « D'accord » ou « Tout à fait d'accord » avec chacun des énoncés ci-dessous¹¹:

1. Je suis capable de résoudre mes problèmes
2. Je me sens maître de ma propre vie
3. J'ai une certaine influence sur ce qui m'arrive
4. Je peux réaliser à peu près tout ce que je veux si je me décide vraiment à le faire
5. Mon futur dépend principalement de moi.

Cependant, environ 30 % étaient « D'accord » ou « Tout à fait d'accord » avec les énoncés suivants¹¹:

6. Je me sens souvent impuissant(e) face aux problèmes de la vie
7. Il y a de nombreux aspects importants de ma vie auxquels je ne peux rien changer.

Dans la région de l'Atlantique, il n'y avait aucune différence entre les réponses des hommes et des femmes aux sept questions¹¹.

À l'échelon national, les personnes ayant déjà subi des agressions physiques et verbales faisaient état d'un sentiment de maîtrise moins grand. Les participants à l'ERS affichant des degrés faibles et modérés de détresse psychologique faisaient état d'un sentiment de maîtrise plus grand²³.

6.1.2 Détresse psychologique

À l'échelon national, environ la moitié des adultes ayant participé à l'ERS de 2008-2010 ont indiqué des niveaux de détresse psychologique modérés ou élevés. Dans la population canadienne générale, la proportion est d'environ un tiers²³. Malgré des niveaux de détresse plus élevés, les facteurs de risque des participants à l'ERS étaient similaires aux tendances nationales :

- les hommes faisaient état de niveaux de détresse psychologique moins élevés que les femmes;
- les adultes sans diplôme d'études secondaires étaient plus susceptibles d'indiquer des niveaux de détresse élevés;
- les niveaux de détresse étaient les plus faibles chez les adultes de plus 50 ans.

Au niveau national, d'après l'ERS, la majorité des adultes des Premières Nations faisaient état d'un faible niveau de détresse psychologique malgré une forte prévalence d'agents de stress. Cependant, les personnes ayant fréquenté les pensionnats pour Indiens faisaient état de niveaux de détresse psychologique plus élevés que les autres adultes des Premières Nations.

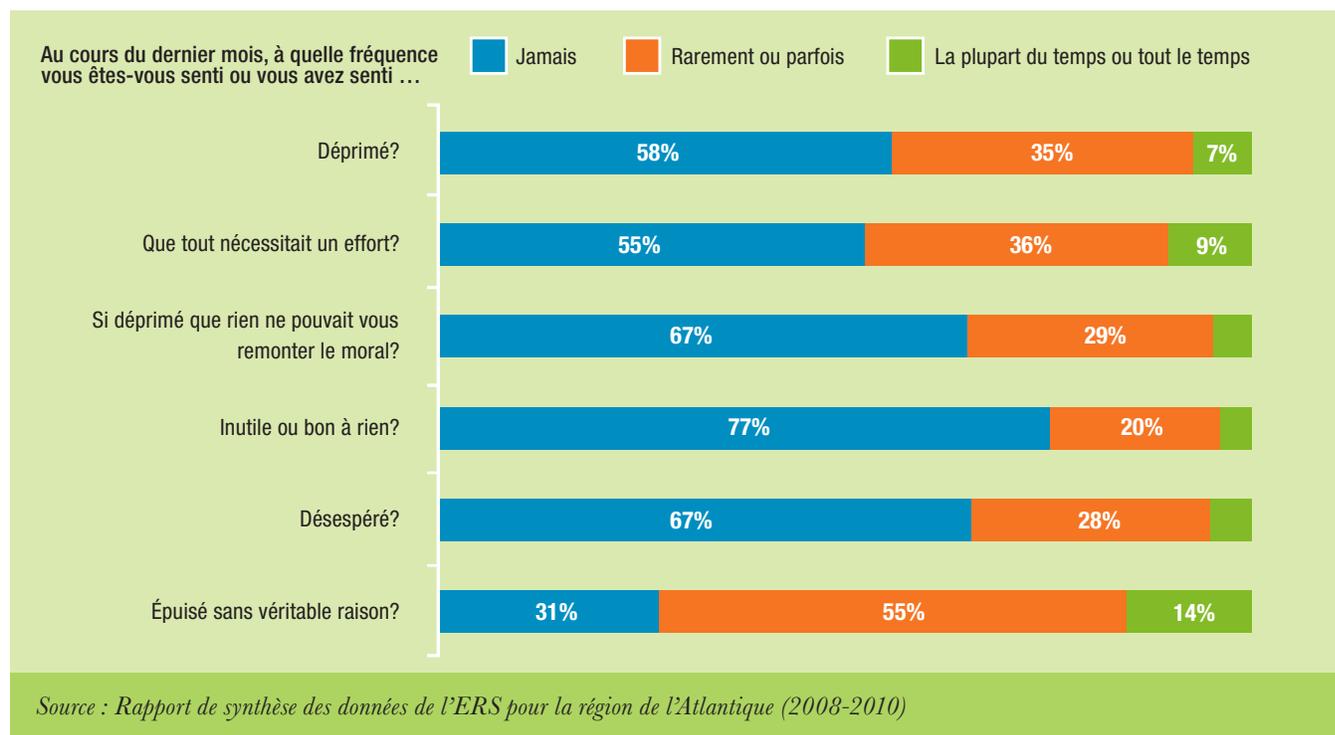
Les agents de stress dans la région de l'Atlantique étaient similaires à ceux que les répondants à l'ERS mentionnaient à la grandeur du Canada :

- environ 30 % des répondants dans la région de l'Atlantique ont dit avoir personnellement vécu du racisme au cours de la dernière année (33 % des participants à l'ERS à la grandeur du Canada);
- environ 10 % des répondants dans la région de l'Atlantique ont indiqué qu'un ami ou un membre de leur famille s'était suicidé au cours de la dernière année (12 % des participants à l'ERS à la grandeur du Canada).

L'ERS a utilisé l'Échelle d'évaluation de la dépression de Kessler pour décrire le degré d'anxiété ou de dépression que les participants avaient éprouvé au cours du dernier mois²³. Cette échelle compte six questions. Les participants devaient décrire sur une échelle de cinq points à quelle fréquence ils avaient éprouvé chacun des symptômes, allant de « Jamais » à « Tout le temps ». Le résultat total des participants aux cinq questions a servi à classer la détresse psychologique comme étant élevée, faible ou modérée²³.

ans la région de l'Atlantique, 14 % des répondants ont dit se sentir « épuisés sans véritable raison » la plupart du temps ou tout le temps au cours du dernier mois. Tous les autres symptômes de détresse psychologique ont été déclarés. Plus de 30 % des répondants ont dit s'être sentis désespérés la plupart du temps ou tout le temps au cours du dernier mois (voir la figure 6.1).

Figure 6.1 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve dans les provinces de l'Atlantique selon la détresse psychologique autodéclarée (2008-2010)



6.2 SANTÉ SPIRITUELLE

À l'échelon national, près des trois quarts des participants à l'ERS 2008-2010 ont déclaré s'être sentis en harmonie « La plupart du temps » ou « Tout le temps » dans les quatre domaines de bien-être : physique, émotionnel, mental et spirituel.

Dans l'ensemble du Canada, environ 80 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve ont déclaré à l'ERS 2008-2010 que la spiritualité traditionnelle était « Assez » ou « Très » importante dans leur vie. Les adultes ayant fréquenté les pensionnats pour Indiens étaient tout aussi susceptibles de déclarer que la spiritualité traditionnelle était importante pour eux.

Près de 70 % des adultes des Premières Nations étaient d'accord qu'une religion était au moins « assez importante » dans leur vie. Même chez les adultes plus jeunes (de 18 à 29 ans), une majorité d'entre eux (61 %) convenaient que la religion était « Assez » ou « Très » importante dans leur vie. Chez les adultes des Premières Nations de 60 ans et plus, 80 % convenaient que la religion était importante pour eux. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de convenir que la religion était importante pour elles.

Dans la région de l'Atlantique, l'ERS 2008-2010 a obtenu des résultats similaires aux réponses des adultes des Premières Nations du reste du pays :

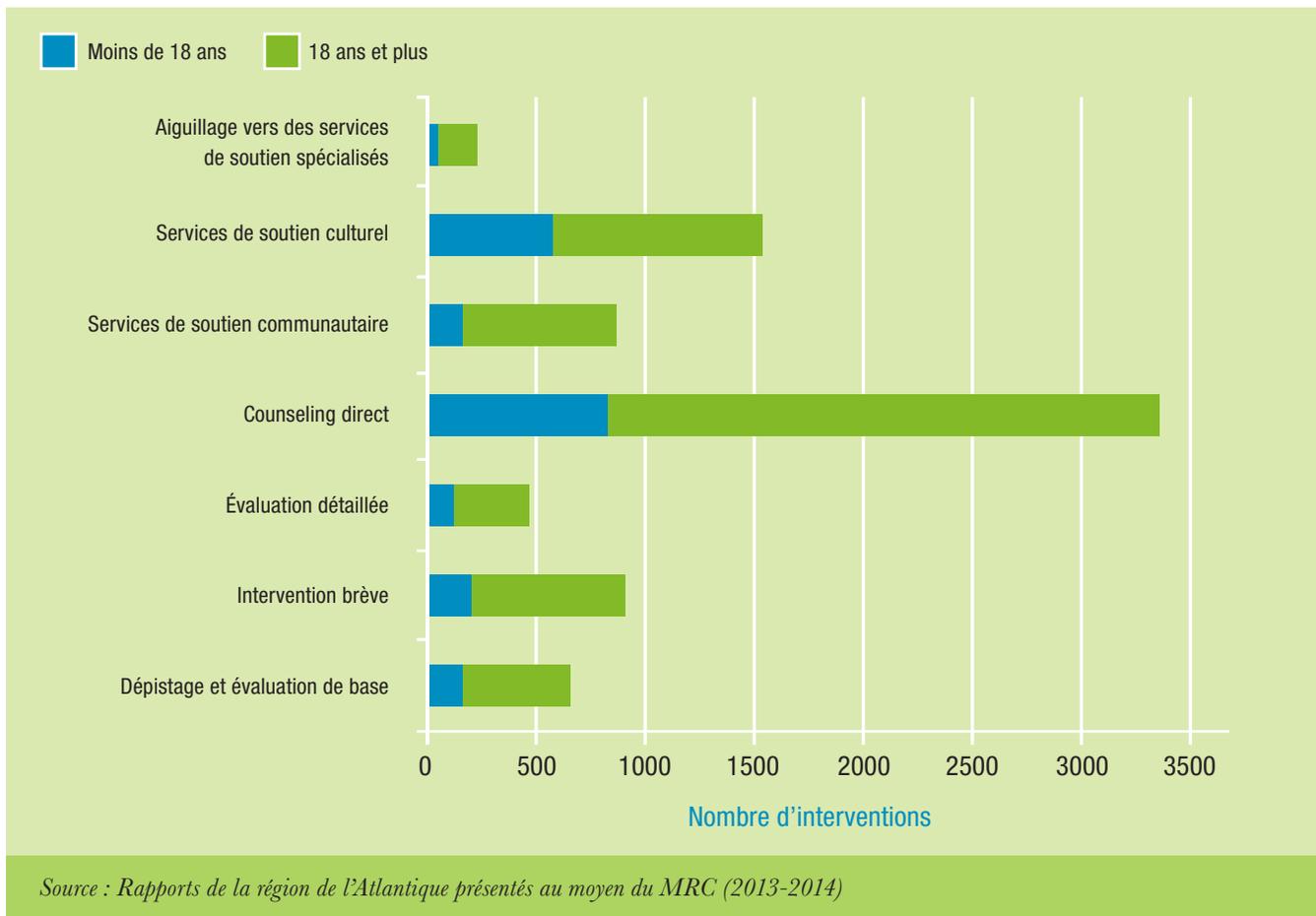
- 70 % des répondants à l'ERS dans la région de l'Atlantique estimaient qu'ils se sentaient en harmonie spirituelle « La plupart du temps » ou « Tout le temps »;
- 80 % ont mentionné que la spiritualité traditionnelle était « Assez » ou « Très importante »;
- 70 % ont déclaré que la religion était « Assez » ou « Très importante ».

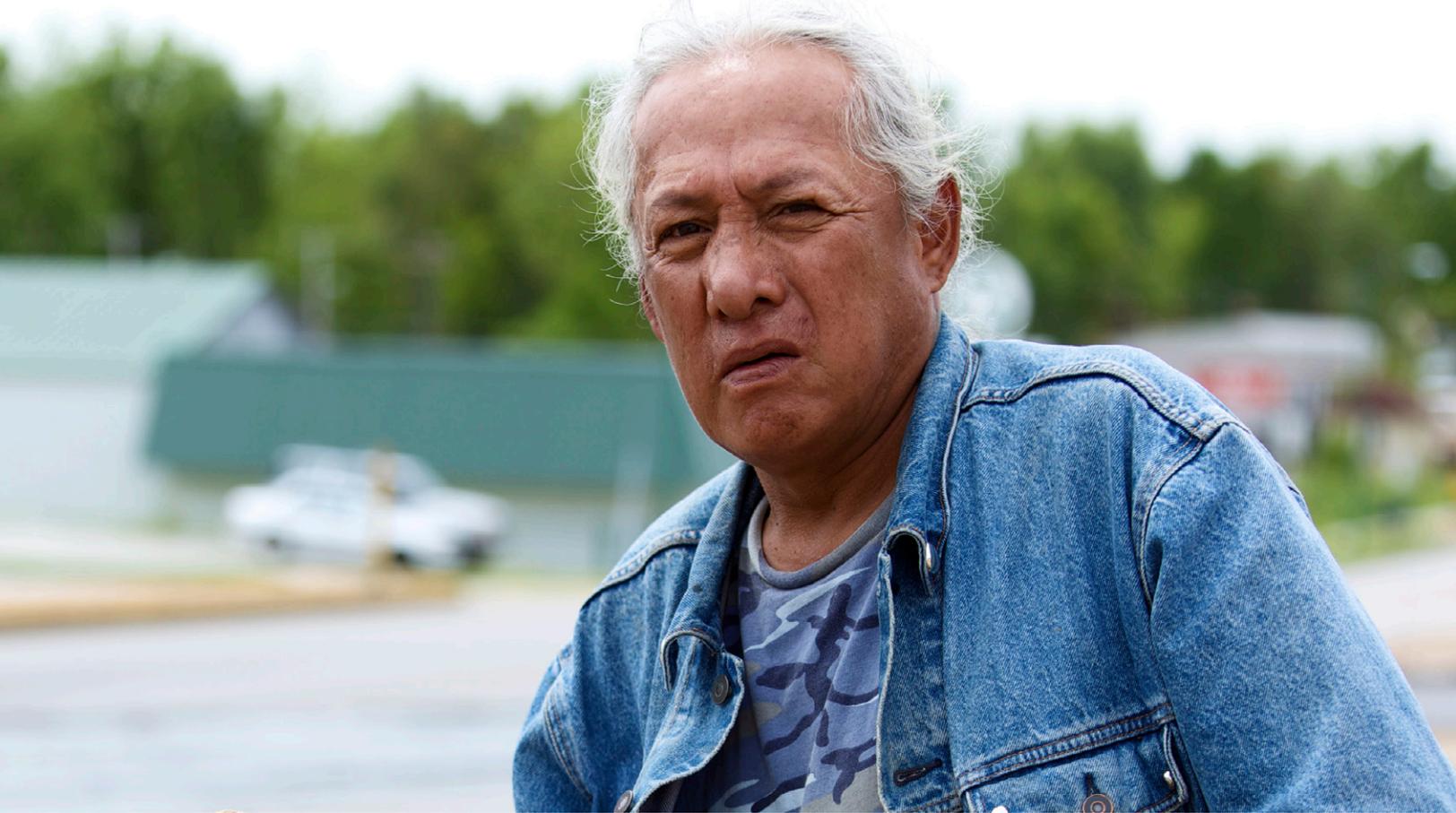
SECTION 7: DÉPENDANCES

7.1 PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'ABUS DE L'ALCOOL ET DES DROGUES CHEZ LES AUTOCHTONES

Les collectivités ont déclaré 7 929 interventions pour abus de substances, dépendances et santé mentale dans la collectivité en 2013-2014, dont 75 % pour des adultes (18 ans et plus). Le type d'intervention le plus souvent cité était le counseling direct et des mesures de soutien culturel.

Figure 7.1 Nombre d'interventions rapportées par les collectivités pour abus de substances, dépendances et santé mentale, selon l'âge (2013-2014)





Les collectivités ont aussi rapporté avoir aiguillé 741 clients vers des centres de désintoxication en 2013-2014, dont un peu plus de la moitié (57 %) étaient des hommes. Au cours des trois dernières années :

- la proportion des clients aiguillés ayant moins de 12 ans a diminué de 86 %;
- la proportion des clients aiguillés âgés de 12 à 17 ans a diminué de 45 %;
- la proportion des clients aiguillés âgés de plus de 17 ans a augmenté de 23 %.

Les centres de traitement situés dans la région de l'Atlantique ont déclaré avoir reçu 307 demandes d'admission en 2013-2014, dont 268 ont été acceptées. Une partie de l'écart entre le nombre de personnes que les collectivités déclarent avoir aiguillées vers des centres de traitement et le nombre de demandeurs que les centres de traitement déclarent pourrait s'expliquer par des aiguillages vers des centres de traitement hors de la région.

Au cours des cinq dernières années, le nombre de demandeurs a augmenté de près de 50 % et le nombre de participants admis à des programmes des centres de traitement de la région de l'Atlantique a augmenté de 60 %. Il n'y a pas de tendance nette en ce qui concerne le pourcentage de clients ayant mené à terme leur traitement en établissement, soit 61 % en 2013-2014. Nous ne savons pas si ces clients ont fait une rechute après avoir quitté un centre de traitement. Le PNLAADA met en œuvre un programme de suivi en 2015-2016, lequel tentera de suivre la gestion de cas et les rechutes.

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.

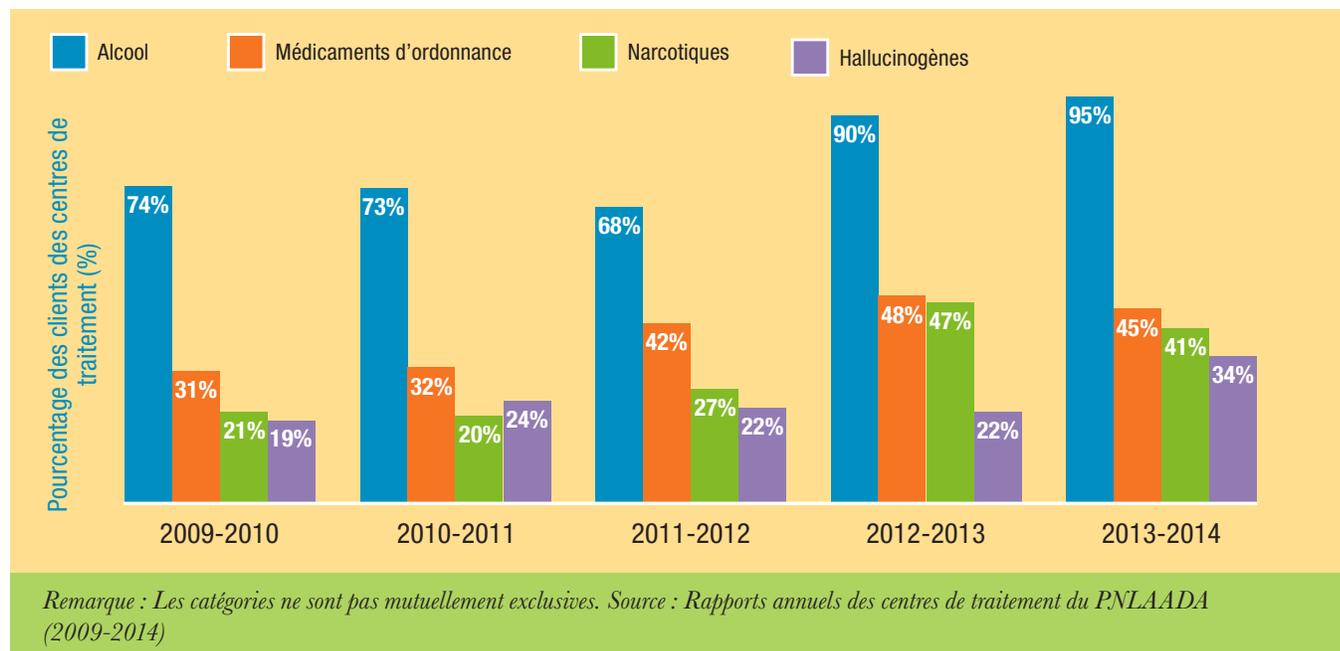
Les services de prévention visent les programmes communautaires (p. ex., éducation, ateliers sur les aptitudes à la vie quotidienne, groupes d'entraide) et les services directs aux clients (p. ex., intervention d'urgence, counseling, soutien et suivi, aiguillage vers des centres de traitement).

Il y a actuellement cinq 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.

Les centres de traitement rapportent les raisons de l'aiguillage des clients. Au cours des cinq dernières années, le pourcentage de clients aiguillés pour alcoolisme est passé à 95 % des demandeurs. Au cours de la dernière année :

- le pourcentage de clients renvoyés pour dépendance à des hallucinogènes a nettement augmenté et devient préoccupant;
- le pourcentage de clients renvoyés pour dépendance à des médicaments d'ordonnance a diminué depuis l'année précédente. Cela concorde avec les constatations présentées ici, qui montrent une tendance à la baisse des demandes de paiement pour des benzodiazépines et des opioïdes.

Figure 7.2 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 (2009-2014)



7.2 CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

7.2.1 Tendances relatives aux benzodiazépines

En 2013, 10 % des membres de bandes de la région de l'Atlantique âgés de plus de 15 ans ont présenté une demande de paiement pour des benzodiazépines[§]. Le taux a diminué au cours des cinq dernières années.

La comparaison des personnes qui présentent des demandes de paiement aux SSNA dans les provinces de l'Atlantique révèle que les taux sont plus élevés au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, mais ils affichent une baisse régulière au cours des cinq dernières années. À Terre-Neuve-et-Labrador, en excluant la bande Qalipu de l'analyse, nous constatons que les taux sont plus faibles que dans les autres provinces, mais ils ont toutefois augmenté de 47 % sur cinq ans.

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 épileptiques⁴. Les benzodiazépines utilisées pour le traitement à court terme de l'anxiété sont notamment l'alprazolam (Xanax[®]), le diazépam (Valium[®]), le lorazépam (Ativan[®]), l'oxazépam (Serax[®]) et le bromazépam (Lectopam[®])⁴.

Le mauvais usage et l'abus de benzodiazépines se produisent essentiellement lorsque ces médicaments sont consommés régulièrement dans le but d'altérer l'humeur, les émotions ou l'état de conscience plutôt que pour leur usage médical^{7,8}. Le mauvais usage ou l'abus de benzodiazépines peut engendrer une dépendance ou un détournement caractérisé 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 conséquences⁹.

§ 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 dans cette région. 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.

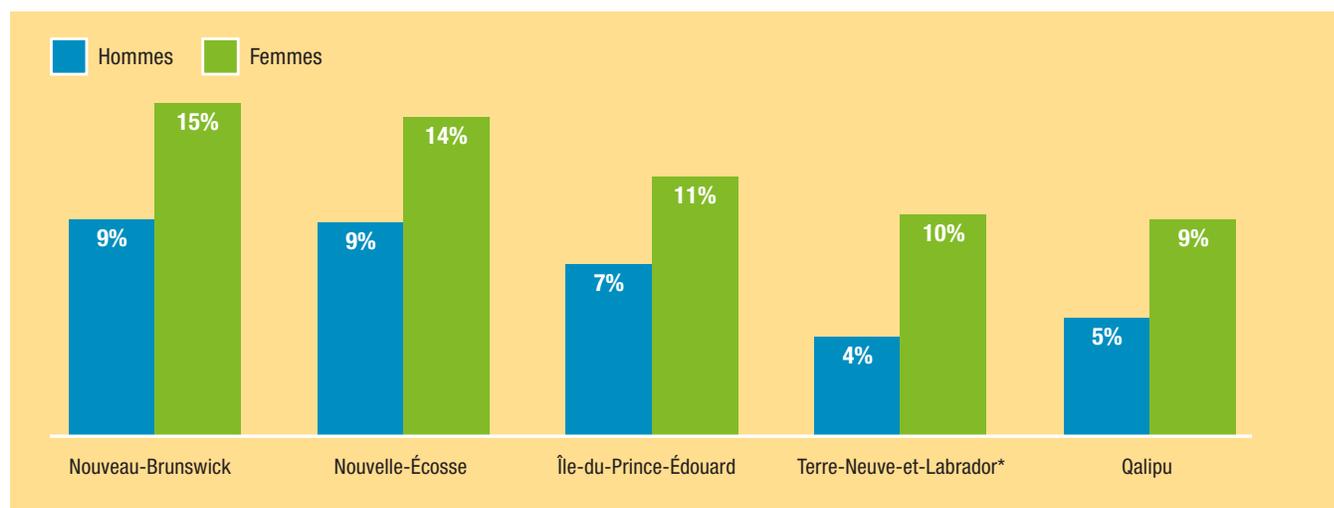
Tableau 7.1 Prévalence des demandeurs de paiement âgés de 15 ans et plus pour des benzodiazépines parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique (2013) et variation de la prévalence en pourcentage (2009-2013)

Province	Pourcentage des demandeurs de paiement pour des benzodiazépines parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique (2013)	Variation en pourcentage (2009-2013)
Nouveau-Brunswick	12%	10% ↓
Nouvelle-Écosse	12%	19% ↓
Île-du-Prince-Édouard	9%	4% ↓
Terre-Neuve-et-Labrador (sauf la bande Qalipu)	7%	47% ↑

Sources : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2013); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2013)

En 2013, parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de présenter une demande de paiement pour des benzodiazépines. Ces observations concordent avec les recherches menées dans la population générale qui révèlent que l'utilisation des benzodiazépines est habituellement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes^{24, 25}.

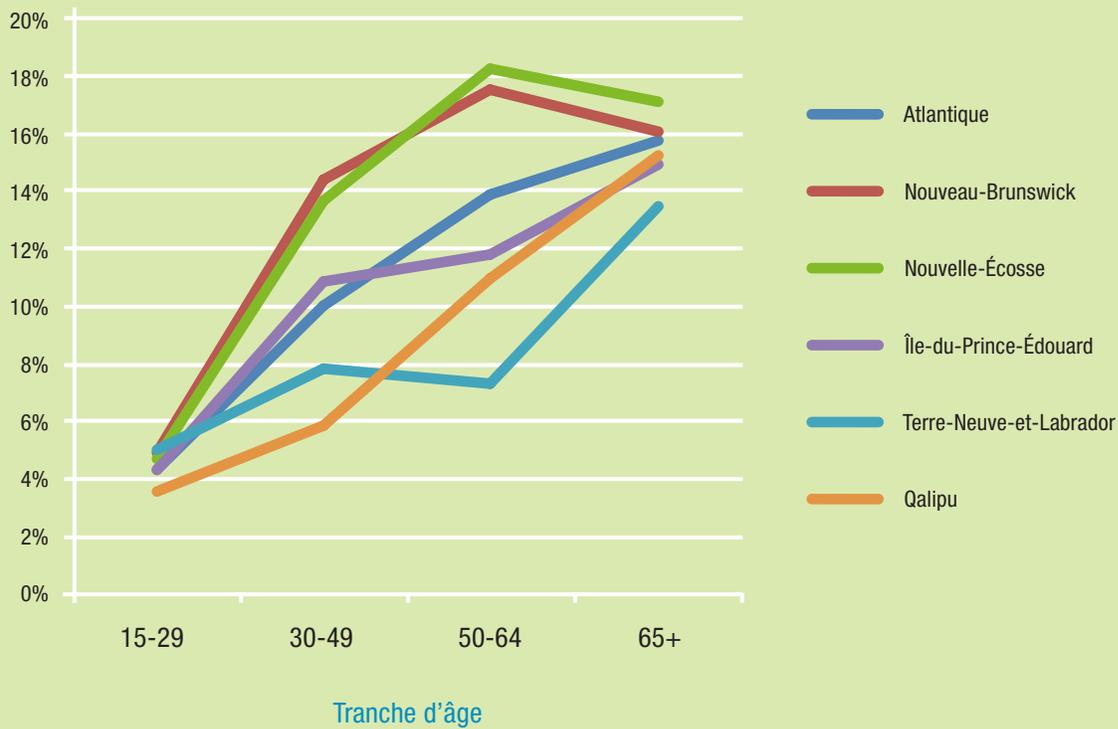
Figure 7.3 Prévalence des demandeurs de paiement âgés de 15 ans et plus pour des benzodiazépines parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon le sexe (2013)



*Sauf la bande Qalipu. Sources : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2013); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2013)

L'incidence de la répartition de l'âge sur le pourcentage des membres de bandes qui demandent des paiements varie selon la province. Les données du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse sont similaires, la tranche des 50 à 64 ans affichant le plus fort pourcentage de demandeurs de paiement. Pour l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador (sauf la bande Qalipu) et la bande Qalipu, cette distinction revient à la tranche des 65 ans et plus.

Figure 7.4 Prévalence des demandeurs de paiement âgés de 15 ans et plus pour des benzodiazépines parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon la tranche d'âge (2013)



Sources : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2013); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2013).

7.2.2 Tendances relatives aux opioïdes

En 2013, 10 % des membres de bandes de la région de l'Atlantique âgés de plus de 15 ans ont présenté une demande de paiement pour des opioïdes**. Le taux a diminué au cours des cinq dernières années.

Les analgésiques opioïdes peuvent s'avérer des options thérapeutiques intéressantes pour le traitement de la douleur³. Les opioïdes utilisés pour le traitement de certaines douleurs sont notamment Percocet®/ Endocet®, Oxycontin® et Dilaudid® (hydromorphone). Pour le traitement de certaines douleurs légères à modérées, on peut recourir à Tylenol 1, 2 et 3. Bien que 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 et de détournement.

Le mauvais usage et l'abus d'opioïdes se produisent essentiellement lorsque ces médicaments sont consommés régulièrement dans le but d'altérer l'humeur, les émotions ou l'état de conscience plutôt que pour leur usage médical^{6,7}. Le mauvais usage ou l'abus 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 conséquences⁹.

Tableau 7.2 Prévalence des demandeurs de paiement âgés de 15 ans et plus pour des opioïdes parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique (2013) et variation de la prévalence en pourcentage (2009-2013)

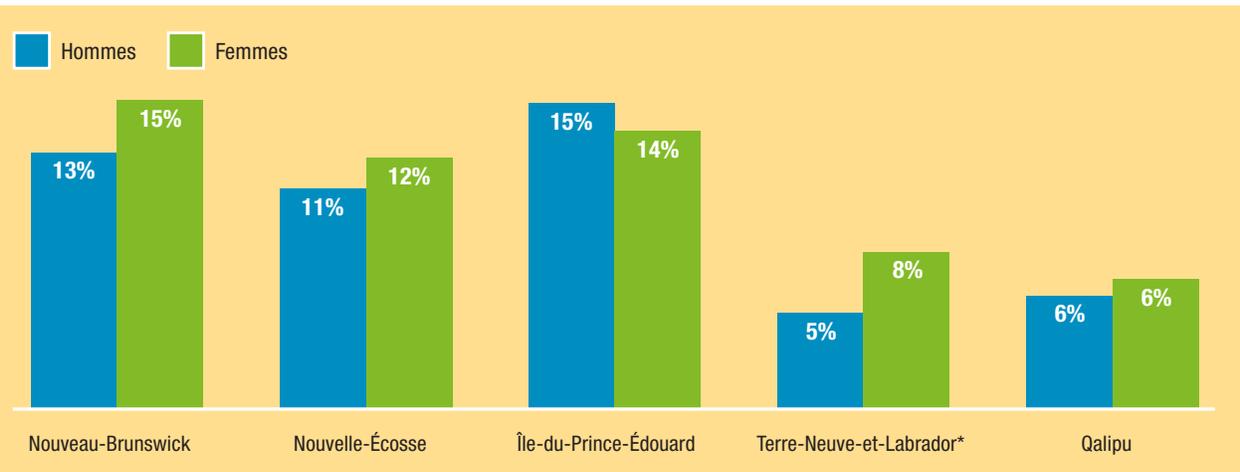
Province	Pourcentage des demandeurs de paiement pour des opioïdes parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique (2013)	Variation en pourcentage (2009-2013)
Nouveau-Brunswick	14%	12% ↓
Nouvelle-Écosse	12%	13% ↓
Île-du-Prince-Édouard	14%	10% ↓
Terre-Neuve-et-Labrador (sauf la bande Qalipu)	6%	9% ↓

Sources : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2013); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2013).

En 2013, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de présenter une demande de paiement pour des opioïdes, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard.

** 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 d'opioïdes dans cette région. Il convient de noter qu'il n'est pas question ici d'« abus » ou de « mauvais usage » d'opioïdes ni de « dépendance » à ces médicaments. Cette section 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 le demandeur.

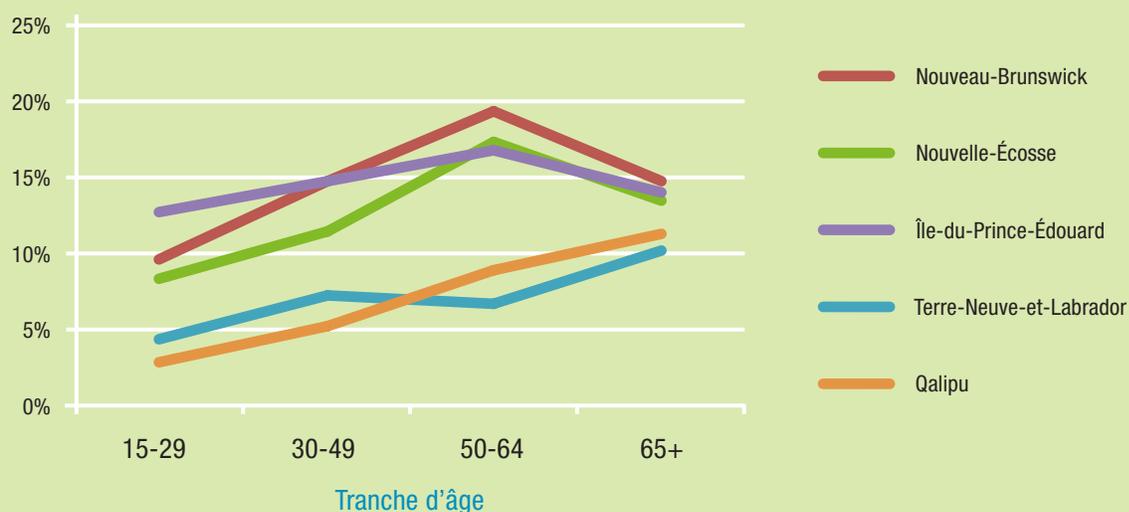
Figure 7.5 Prévalence des demandeurs de paiement âgés de 15 ans et plus pour des opioïdes parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon le sexe (2013)



*Sauf la bande Qalipu. Sources : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2013); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2013)

La répartition selon l'âge des demandeurs de paiements varie selon la province. Les données du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard sont similaires, la tranche des 50 à 64 ans affichant le plus fort pourcentage de demandeurs de paiement. Pour Terre-Neuve-et-Labrador (sauf la bande Qalipu) et la bande Qalipu, cette distinction revient à la tranche des 65 ans et plus.

Figure 7.6 Prévalence des demandeurs de paiement âgés de 15 ans et plus pour des opioïdes parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon la province et la tranche d'âge (2013)



Sources : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2013); Système d'inscription des Indiens d'AADNC (2013).

7.2.3 Tendances relatives à la méthadone

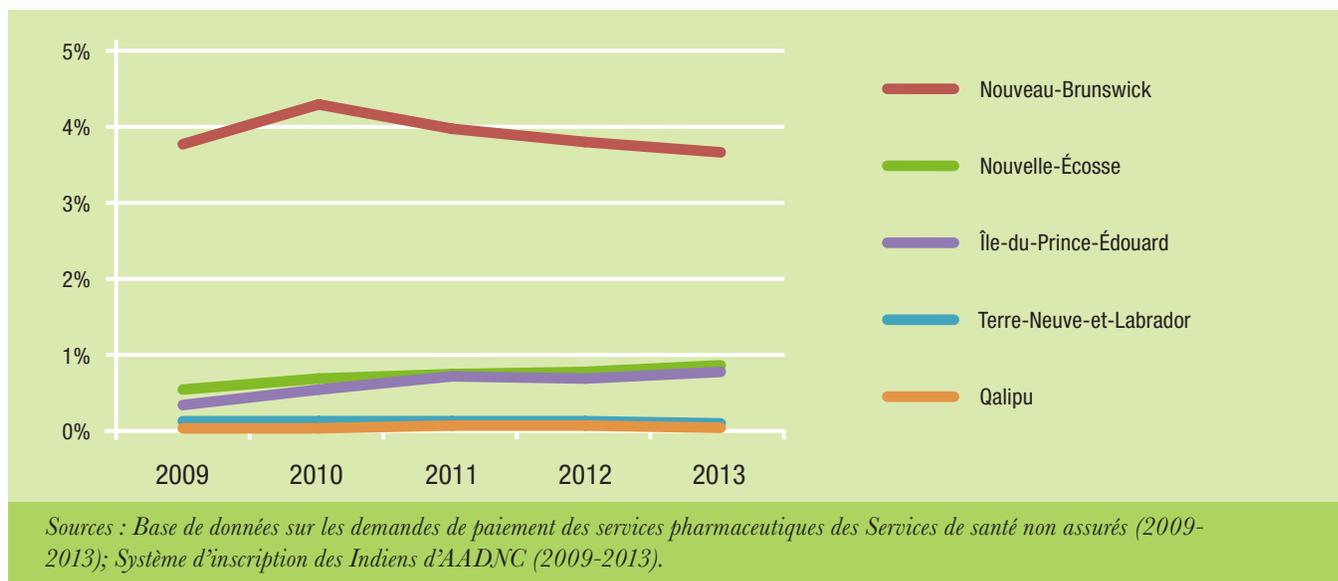
En 2013, 1 % des membres de bandes de la région de l'Atlantique âgés de plus de 15 ans ont présenté une demande de paiement pour la méthadone^{††}.

La proportion varie d'une province à une autre. En 2013, le taux était le plus élevé au Nouveau-Brunswick (4 % des membres de bandes âgés de plus de 15 ans ayant présenté une demande de paiement pour la méthadone). Cependant, les taux au Nouveau-Brunswick affichent aussi la baisse la plus marquée (baisse de 15 % depuis leur sommet en 2010, 3 % depuis 2009).

Dans toutes les autres provinces de l'Atlantique, moins de 1 % des membres de bandes âgés de plus de 15 ans ont présenté une demande de paiement pour une ordonnance de méthadone.

La méthadone est un opioïde utilisé depuis les années 1940 pour aider à traiter la dépendance à d'autres opioïdes, comme l'héroïne, la codéine et la morphine⁵. Le traitement de substitution des opioïdes 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, elle peut aider les clients à exclure la consommation de drogue de leur mode de vie. La méthadone est sûre sur le plan médical et constitue l'un des traitements les plus efficaces de la dépendance aux opioïdes⁵.

Figure 7.7 Prévalence des demandeurs de paiement âgés de 15 ans et plus pour des ordonnances de méthadone parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon la province, sur cinq ans (2009-2013)



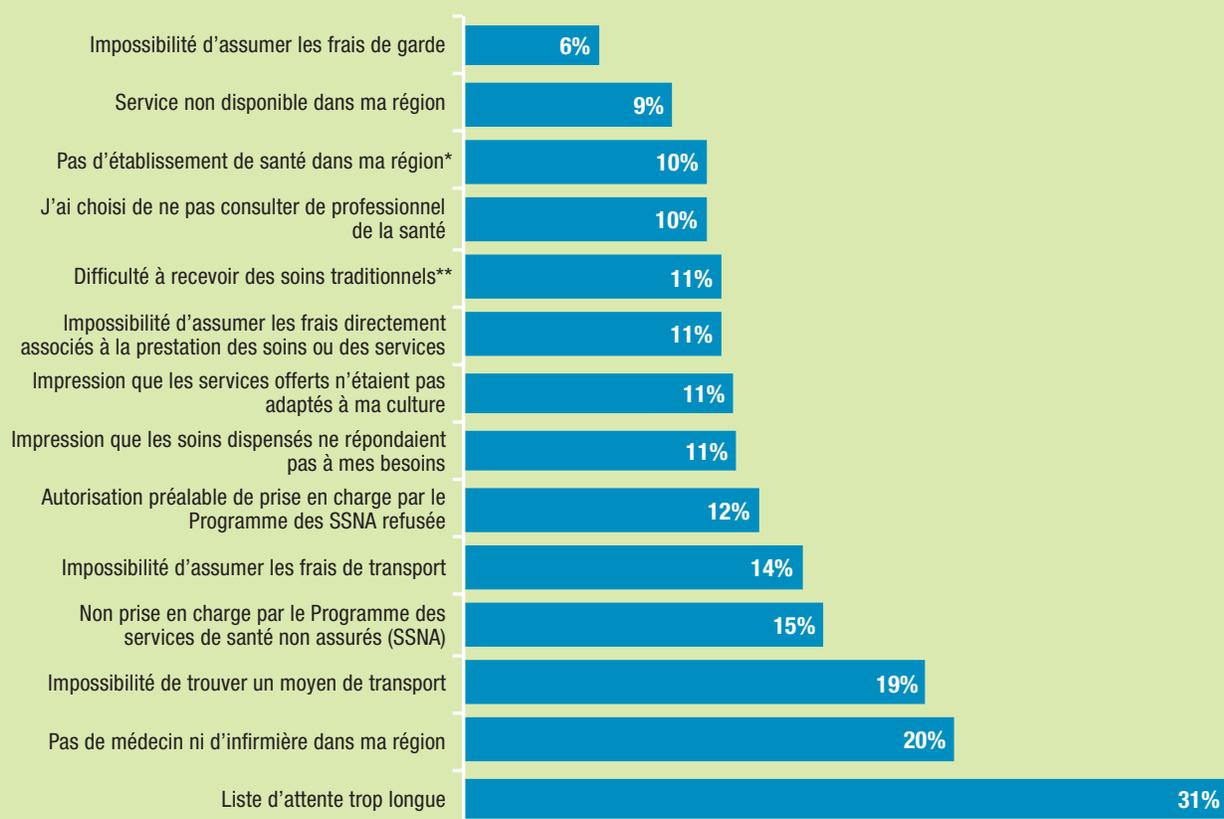
^{††} La base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada a servi à dénombrer les membres des Premières Nations faisant partie des bandes de la région de l'Atlantique qui ont fait exécuter des ordonnances de méthadone dans cette région. Il convient de noter qu'il n'est pas question ici d'« abus » ou de « mauvais usage » de la méthadone ni de « dépendance » à ce médicament. Cette section 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.

SECTION 8: SERVICES DE SANTÉ

8.1 ACCÈS À DES SOINS

L'obstacle le plus souvent mentionné par les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique pour obtenir des soins de santé est le fait que la liste d'attente est trop longue, suivi de la non-disponibilité de médecins ou d'infirmières dans leur région.

Figure 8.1 Pourcentage d'adultes des Premières Nations vivant dans une réserve, selon l'obstacle autodéclaré pour obtenir des soins de santé (2008-2010)



*P. ex. poste de soins infirmiers ou hôpital; **P. ex. guérisseur, chaman ou ancien. Source : Rapport de synthèse de l'Enquête régionale sur la santé (2008-2010)



Le Bureau régional de l'Atlantique de la DGSPNI verse des fonds pour aider à couvrir les dépenses de transport médical pour obtenir des services médicaux nécessaires. Depuis 2009, la répartition en pourcentage des raisons des transports médicaux n'a pas changé.

Tableau 8.1 Pourcentage des membres des Premières Nations de la région de l'Atlantique selon la raison du transport pour raisons médicales (2013-2014)

Rendez-vous programmé	31%
Soins d'urgence	14%
Dialyse	11%
Admission à l'hôpital	0.5%
Autres	43%

Source : Système de consignation des transports pour raisons médicales (2013-2014)

La DGSPNI (Atlantique) fournit aussi des fonds et de l'équipement pour permettre aux collectivités de s'intégrer aux services provinciaux de télésanté. Sur 33 collectivités, 23 disposent d'équipement de télésanté et 21 ont des projets de télésanté. En 2013-2014 dans la région de l'Atlantique :

- 80 % des séances ont servi à l'éducation;
- 10 % des séances ont servi à la télésanté clinique;
- 10 % des séances ont servi à l'administration.

L'équipement de télésanté/vidéoconférence est généralement utilisé de trois façons dans les collectivités. À des fins cliniques, un client obtient un service de santé clinique d'un clinicien qui utilise l'équipement de vidéoconférence. À des fins éducatives, les professionnels de la santé ou des membres de la collectivité utilisent l'équipement de vidéoconférence pour participer à des séances d'éducation de différentes sources. À des fins administratives, des professionnels de la santé, des membres de la collectivité ou d'autres membres du personnel de la collectivité peuvent tenir des réunions par vidéoconférence.

8.2 SOINS À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

En 2012-2013, 7 % des membres des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ont obtenu des soins à domicile et en milieu communautaire, soit une augmentation de 19 % au cours des six dernières années. Dans la même période, le nombre d'heures de services a diminué de 12 %. Dans l'ensemble du pays, les données du modèle électronique de RSPPS dégagent des tendances similaires : une hausse du recours aux services et une réduction du nombre d'heures de services fournies. Cela signifie que plus de clients sont servis en moins de temps²⁶.

Comme les années précédentes, près de deux fois plus de femmes que d'hommes ont eu recours à des services à domicile et en milieu communautaire en 2012-2013. Cela diffère de la moyenne nationale observée à la DGSPNI, qui montre que les femmes n'ont utilisé qu'un peu plus de la moitié des services à domicile et en milieu communautaire²⁶.

Environ la moitié des personnes ayant reçu des services à domicile et en milieu communautaire en 2013 étaient âgées de plus de 55 ans, comme les années précédentes. Ces données sont aussi similaires aux autres données du rapport qui montrent que le fardeau de la maladie chronique est plus lourd dans les tranches plus âgées.

La proportion d'heures de services à domicile et en milieu communautaire selon le type de services est restée stable au cours des cinq dernières années. L'aide à la vie autonome consomme encore près de 70 % des heures de service. Actuellement, AADNC finance des services d'aide à la vie autonome.

La DGSPNI finance le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire pour les 33 collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique. L'objectif est d'assurer l'accès à un éventail de services à domicile et en milieu communautaire aux membres des Premières Nations qui vivent dans une collectivité d'une Première Nation.

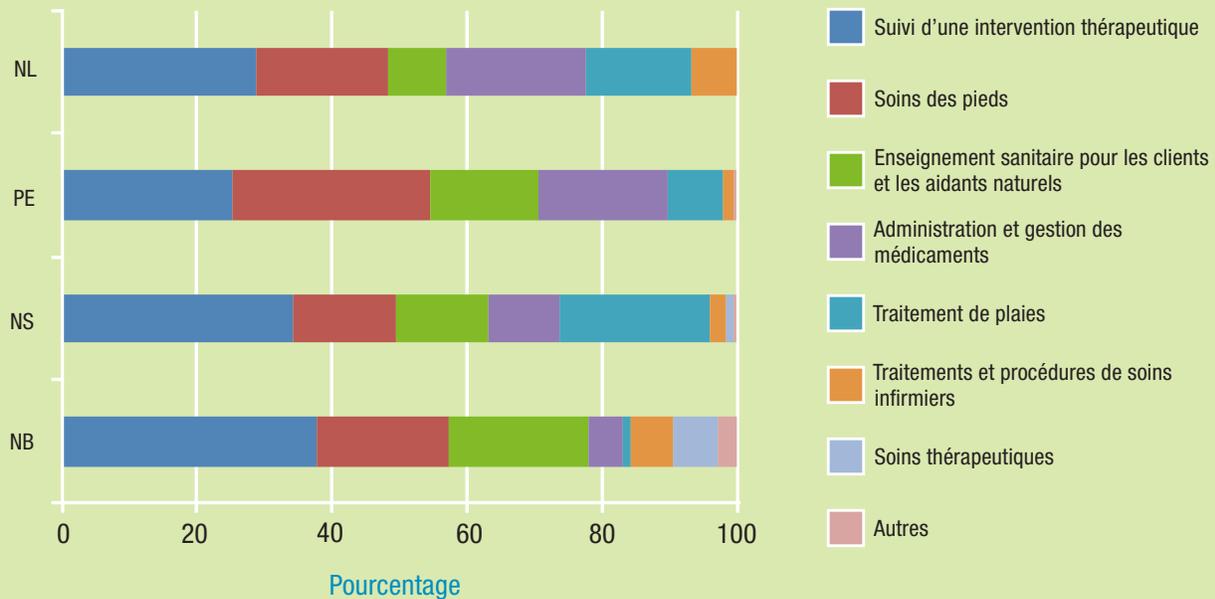
Tableau 8.2 Proportion d'heures consacrées aux services à domicile et en milieu communautaire dans la région de l'Atlantique, selon le type de service (2012-2013)

Aide à la vie autonome	67%
Soins personnels	15%
Services de répit	7%
Soins infirmiers	6%
Gestion de cas	2%
Thérapies professionnelles	1%

Source : RSPSe, 2012-2013

La proportion du temps consacré aux différents types de soins infirmiers varie d'une province à une autre. Au Nouveau-Brunswick, le faible pourcentage de temps consacré au traitement de plaies s'explique par le fait qu'un autre organisme assure ce service.

Figure 8.2 Pourcentage de soins infirmiers à domicile et en milieu communautaire selon le type de service et la province (2012-2013)

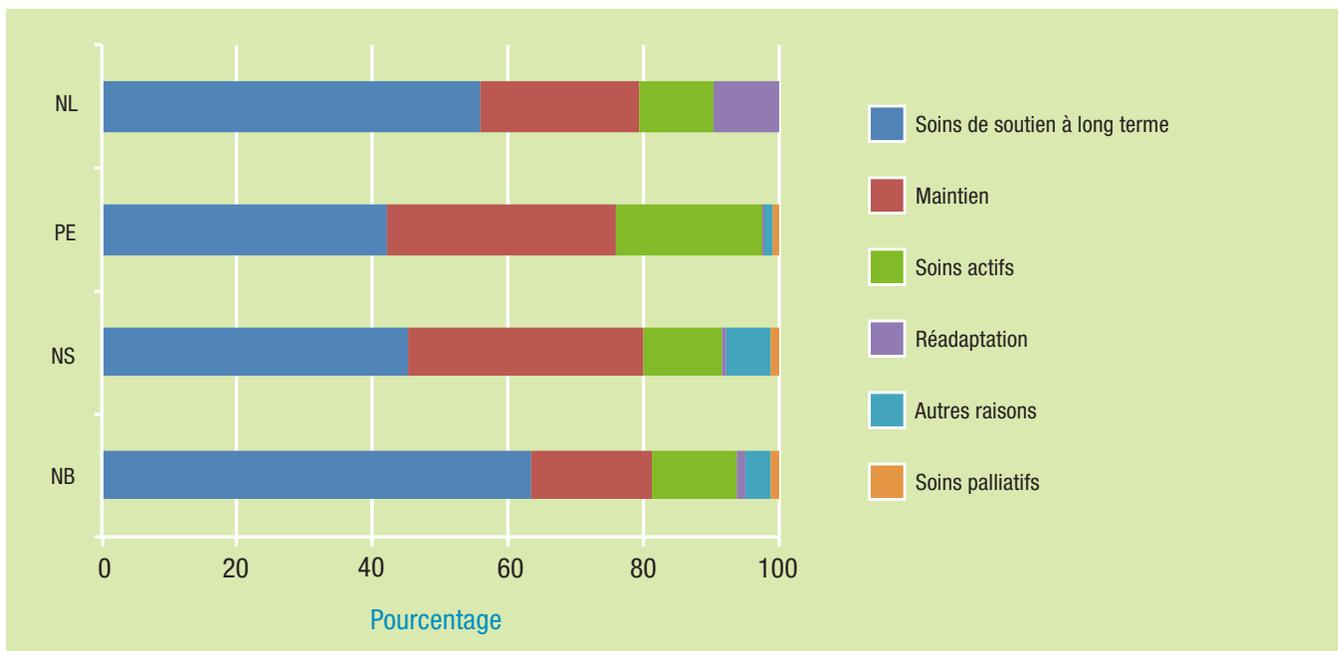


Source : RSPSe, 2012-2013

Sur les 4 352 clients ayant reçu des services à domicile et en milieu communautaire en 2012-2013, environ 70 % ont reçu des soins actifs ou des soins de soutien de longue durée. Le diabète, les affections cutanées et sous-cutanées et les affections musculosquelettiques demeurent les principales raisons de la prestation de soins à domicile, représentant 55 % des raisons principales des visites.



Figure 8.3 Pourcentage des clients des services à domicile et en milieu communautaire des réserves de la région de l'Atlantique, selon le type de client (2012-2013)



Source : RSPSe, 2012-2013



SECTION 9: ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

9.1 À QUELLE FRÉQUENCE DES INSPECTIONS DE L'HYGIÈNE DU MILIEU SONT-ELLES EFFECTUÉES?

Il y a eu 325 inspections de l'hygiène du milieu vivant dans une réserve dans les provinces de l'Atlantique en 2013-2014, dont 220 inspections de routine et 105 inspections sur demande. Le nombre d'inspections de routine effectuées par Santé Canada a augmenté de 85 % au cours des trois dernières années.

La variation du nombre d'inspections effectuées sur demande n'est pas déclarée. Ce nombre dépend du fait qu'une ou plusieurs collectivités demandent une étude spéciale, ce qui fluctue d'une année à une autre. Près de 90 % des inspections demandées en 2013-2014 concernaient le logement.

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.

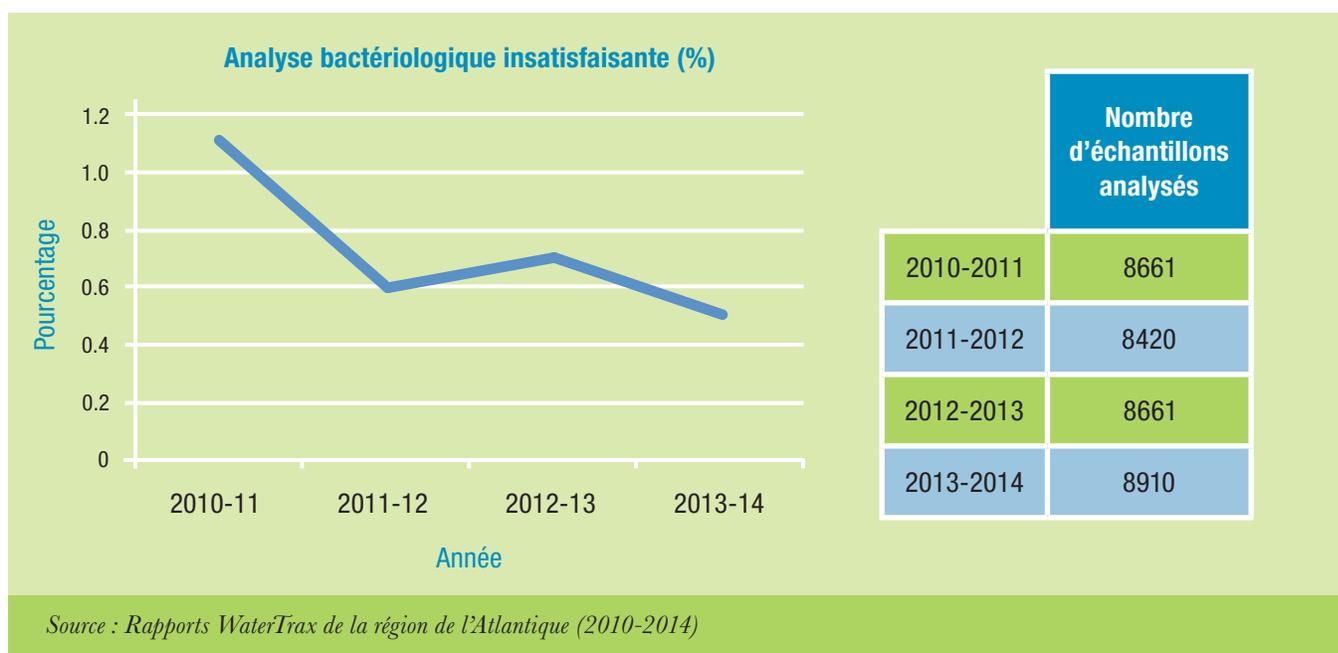
9.2 QUALITÉ DE L'EAU POTABLE ET ANALYSES

Au cours des quatre dernières années :

- le nombre d'échantillons d'eau soumis à une analyse bactériologique a augmenté de 3 %;
- le taux d'échantillons jugés insatisfaisants a chuté de 54 %.

Un échantillon est jugé insatisfaisant lorsque les résultats de l'analyse ne se situent pas dans les limites acceptables établies dans les *Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada*²⁷.

Figure 9.1 Pourcentage des échantillons d'eau prélevés dans des réserves des provinces de l'Atlantique dont l'analyse bactériologique était insatisfaisante et nombre d'échantillons analysés (2010-2014)



En ce qui concerne les données chimiques, nous ne pouvons parler du nombre d'échantillons prélevés, puisqu'un échantillon peut être analysé pour détecter la présence d'un seul élément (p. ex. arsenic ou fer) ou de plusieurs éléments en même temps. Ainsi, il est impossible de déterminer s'il y a eu une augmentation ou une diminution du nombre d'éléments trouvés dans les échantillons d'une année à l'autre. Au cours des quatre dernières années, aucune tendance claire ne se dessine en ce qui concerne le pourcentage d'échantillons jugés « insatisfaisants » par suite d'analyses chimiques.

L'émission d'avis d'ébullition d'eau (AEE) ou de ne pas consommer (NPC) constitue un autre indicateur de la qualité de l'eau. En 2013-2014, le nombre de collectivités ayant reçu un avis et le nombre d'avis émis ont nettement diminué.

L'agent d'hygiène du milieu recommande la publication d'avis d'ébullition d'eau ou de ne pas consommer pour les motifs suivants :

- détérioration importante de la source d'approvisionnement en eau;
- défektivité 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.

Tableau 9.1 Nombre d'avis d'ébullition d'eau et de ne pas consommer publiés et levés dans les collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique (2010-2014)

	Nombre de collectivités	Nombre d'AEE ou de NPC publiés au cours de l'exercice financier	Nombre d'AEE ou de NPC levés au cours de l'exercice financier
2010-2011	10	15	7
2011-2012	10	15	6
2012-2013	11	17	8
2013-2014	6	4	7

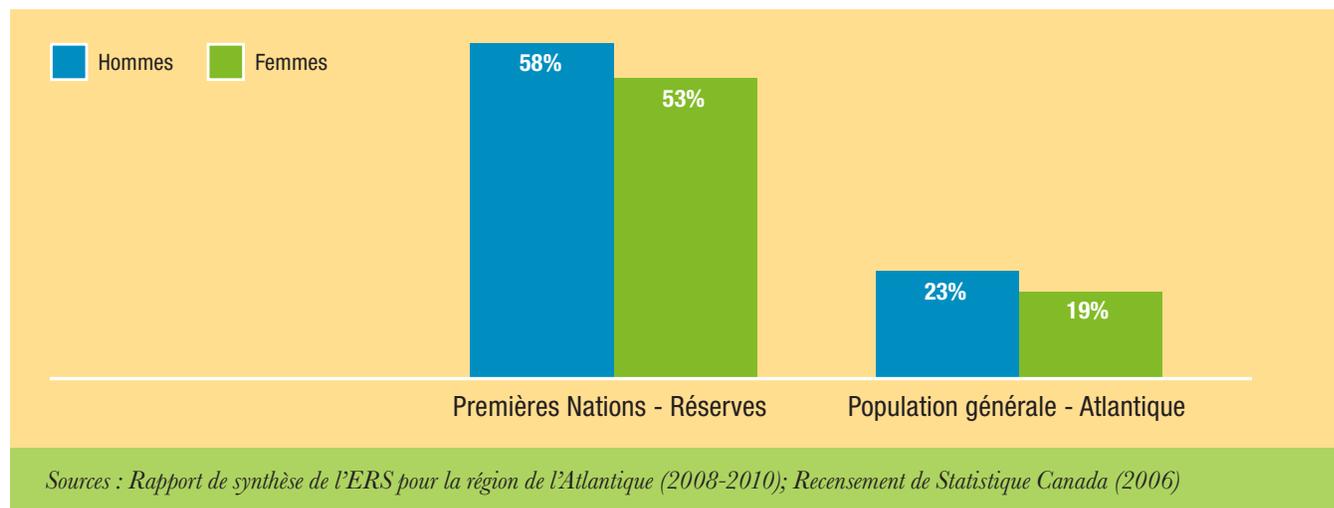
Source : *Rapports WaterTrax de la région de l'Atlantique (2010-2014)*



SECTION 10: NIVEAUX DE SCOLARITÉ

Parmi les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, 53 % des femmes et 58 % des hommes n'ont pas terminé leurs études secondaires¹¹. Par contraste, ces proportions s'établissent à 19 % et 23 %, respectivement, dans la population générale de la région de l'Atlantique.

Figure 10.1 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve et de la population générale de la région de l'Atlantique n'ayant pas terminé leurs études secondaires, selon le sexe



Plus de la moitié des membres des Premières Nations vivant dans une réserve qui terminent leurs études secondaires font des études postsecondaires (plus de 53 %). Environ le tiers des diplômés du secondaire font aussi des études universitaires. Environ 10 % des diplômés du secondaire obtiennent un autre diplôme ou certificat ou un baccalauréat.

Dans l'ensemble, un peu plus de femmes que d'hommes des Premières Nations âgées de 18 ans et plus poursuivent des études postsecondaires. Plus d'hommes que de femmes suivent une formation spécialisée, technique ou professionnelle tandis que plus de femmes font des études universitaires.

Les effets de l'instruction en tant que déterminant clé de la santé sont bien connus^{23, 28}. Les personnes plus instruites sont plus susceptibles de posséder les connaissances et les ressources financières nécessaires pour obtenir des soins de santé et prendre des décisions éclairées sur leur santé²⁸. Par exemple, tandis que 30 % des diplômés universitaires jugent leur santé « excellente », seulement 19 % des répondants sans diplôme d'études secondaires font de même²⁸. Par ailleurs, les adultes des Premières Nations qui ont terminé leurs études secondaires sont moins nombreux à faire état de détresse psychologique que ceux qui n'ont pas terminé leurs études secondaires²³.



SECTION 11: POSSIBILITÉS ÉCONOMIQUES

11.1 ACTIVITÉ : TAUX D'EMPLOI

Les taux d'emploi autodéclaré des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique sont similaires pour les hommes (43 %) et les femmes (44 %), mais ils sont plus faibles que les taux d'emploi de la population générale de la région de l'Atlantique, de 15 % pour les hommes et de 9 % pour les femmes²⁹.

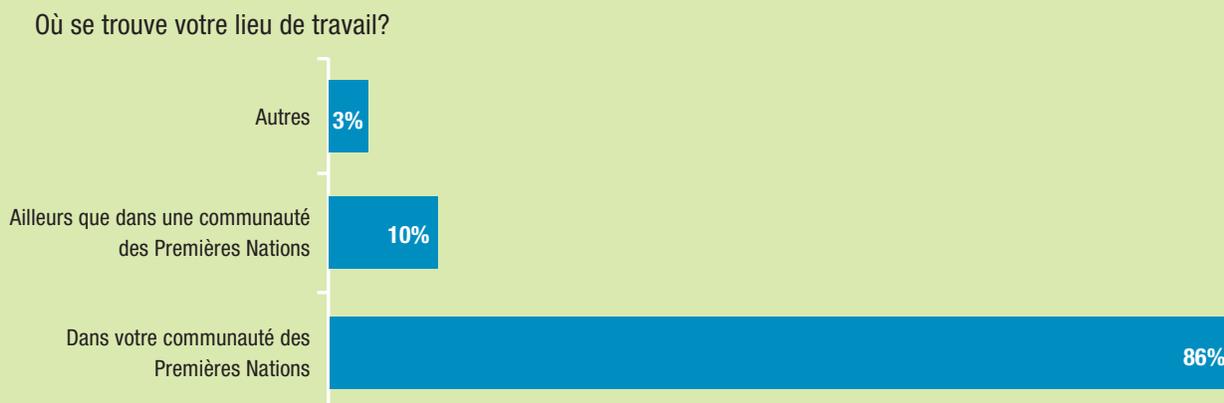
Table 11.1 Taux d'emploi pour les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve et de la région de l'Atlantique

	Membres des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique	Région de l'Atlantique
Hommes	43%	58%
Femmes	44%	53%

Sources : Rapport de synthèse de l'ERS pour la région de l'Atlantique (2008-2010); Enquête nationale auprès des ménages (2011)

Parmi les 44 % d'adultes des Premières Nations vivant dans une réserve qui ont un travail rémunéré, 86 % travaillent dans leur collectivité et 10 % seulement travaillent dans une collectivité non autochtone.

Figure 11.1 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, selon le lieu de travail (2008-2010)



Source : Rapport de synthèse de l'ERS pour la région de l'Atlantique (2008-2010)

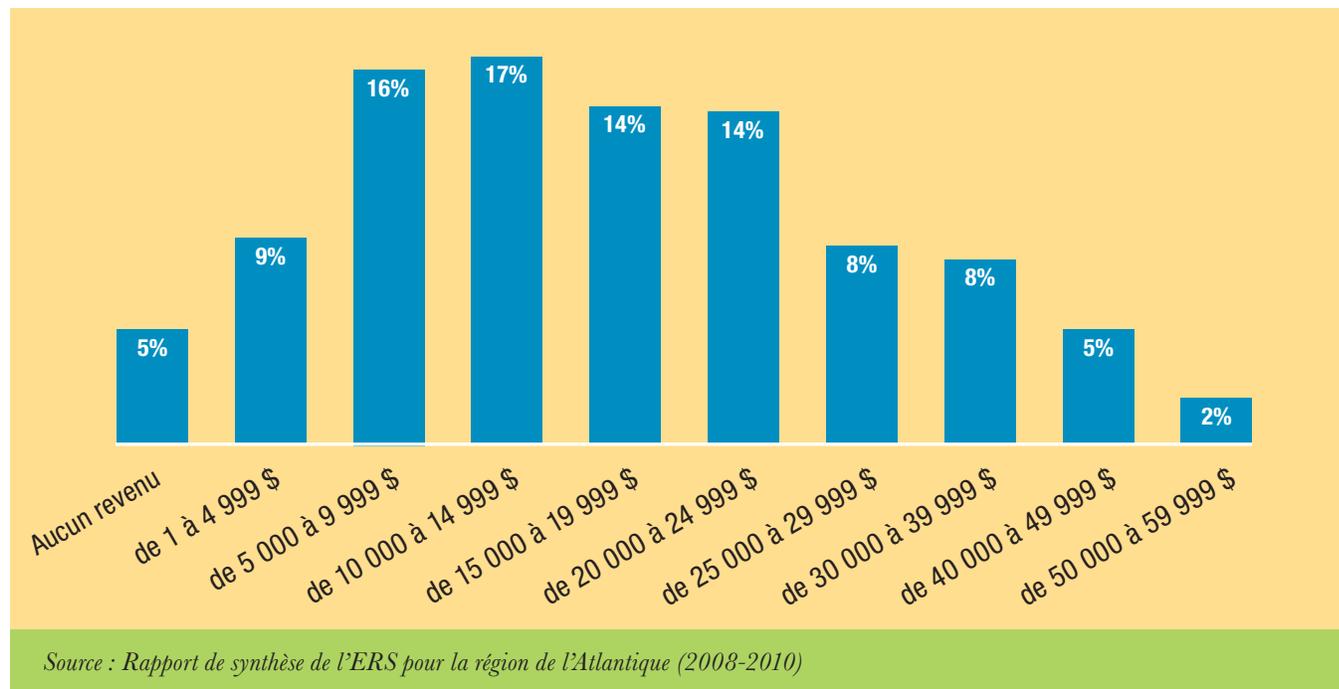
Trente-huit pour cent des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique qui n'ont pas de travail rémunéré sont en recherche active d'emploi¹¹. Selon le sexe, 51 % des hommes cherchent du travail, tandis que 26 % des femmes font de même.

Plusieurs raisons expliquent pourquoi des adultes vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ne sont pas à la recherche d'un emploi. Pour les femmes, la principale raison est le rôle de parent au foyer (33 %), suivi du statut d'étudiante (28 %). Les hommes donnent pour principale raison que leur travail est saisonnier (34 %), mais ils indiquent aussi le statut d'étudiant (15 %). Environ une personne sur dix (11 % des hommes et 8 % des femmes) invoque la maladie ou l'invalidité comme raison de ne pas chercher d'emploi¹¹.

11.2 REVENU

Parmi les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, 75 % gagnent moins de 25 000 \$ par an. Près de la moitié gagnent moins de 15 000 \$ par an. Près de 5 % ne déclarent aucun revenu personnel¹¹.

Figure 11.2 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve selon le niveau de revenu (2008-2010)



Le revenu moyen des hommes vivant dans une réserve des Premières Nations est de 18 443 \$, comparativement à 18 954 \$ pour les femmes²⁹. Dans la population générale de la région de l'Atlantique, le revenu moyen des hommes est de 41 475 \$ et celui des femmes, de 28 623²⁹. L'écart est d'environ 23 000 \$ entre les hommes vivant dans une réserve d'une Première Nation et les hommes de la population générale de la région de l'Atlantique. L'écart est moins grand chez les femmes, soit environ 9 700 \$.



SECTION 12: ENFANTS ET ADOLESCENTS

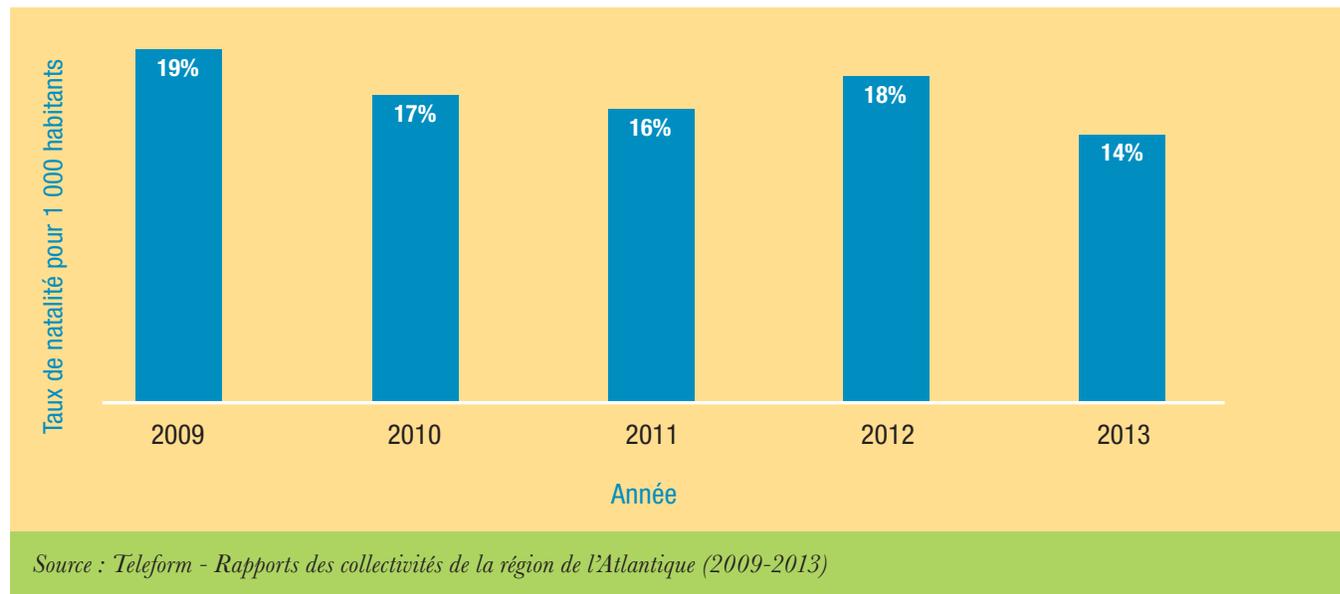
En 2012, l'organisme désormais connu sous le nom d'Atlantic First Nations Health Partnership (Partenariat pour la santé des Premières Nations de la région de l'Atlantique) a élaboré le Plan stratégique pour les enfants et les adolescents des Premières Nations de la région de l'Atlantique. Les données fournies ici représentent certains indicateurs qu'on commence à utiliser pour suivre les progrès de ce plan. Des données pertinentes provenant du Rapport de synthèse de l'Enquête régionale sur la santé pour la région de l'Atlantique (2008-2010) ont aussi été incorporées ici.

12.1 TAUX DE NATALITÉ

Le taux de natalité chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique en 2013 était de 14 naissances pour 1 000 habitants. Le taux a diminué au cours des cinq dernières années, mais il demeure plus élevé que celui de la population générale du Canada, soit 11 pour 1 000 habitants³⁴.

Le **taux de natalité** est calculé en divisant le nombre de naissances vivantes par le nombre d'habitants. Le taux de natalité est défini comme le nombre de naissances vivantes pour 1 000 personnes par année.

Figure 12.1 Taux de natalité dans les réserves des Premières Nations de la région de l'Atlantique (2009-2013)



12.2 POIDS À LA NAISSANCE

En 2013, parmi les bébés nés dans une réserve de la région de l'Atlantique, 76 % avaient un poids santé, environ 4 % un poids faible et 19 % un poids élevé. Le pourcentage de bébés dans chaque catégorie de poids à la naissance est resté stable au cours des cinq dernières années.

Poids faible à la naissance :	moins de 2 500g, ou 5lb 9oz
Poids santé à la naissance :	2 500 à 4000g, ou 5lb 9oz à 8lb 11oz
Poids élevé à la naissance :	plus de 4 000g, ou 8lb 11oz

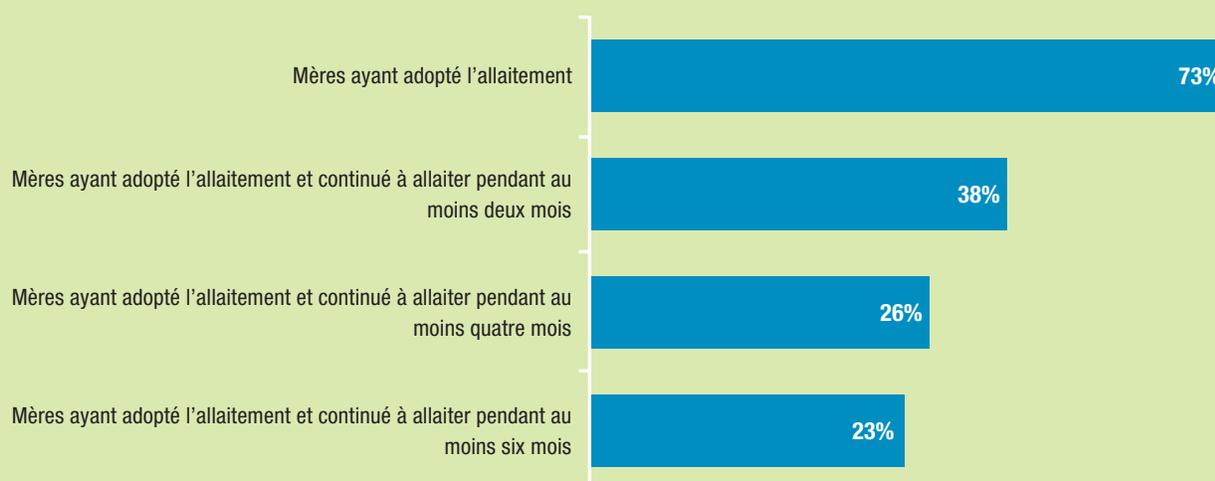
Par contraste, en 2011, le pourcentage de bébés ayant un poids santé ou élevé à la naissance dans la région de l'Atlantique était de 81 % et 13 %, respectivement³⁴. Comme un poids élevé à la naissance pose des risques (dont le diabète, l'obésité pendant l'enfance et à l'âge adulte et des complications à la naissance)³⁵, le pourcentage plus élevé de bébés des Premières Nations de la région de l'Atlantique qui pesaient plus de 4 000 g (8 lb 11 oz) à la naissance est préoccupant.

12.3 ALLAITEMENT

Dans les collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique, sept mères sur dix ont allaité leur bébé à la naissance, mais seulement la moitié de ces mères le faisaient encore à deux mois.

Le taux de commencement de l'allaitement dans les collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique est similaire à celui de la population générale, soit 75 %. Dans les deux cas, c'est moins que la moyenne nationale puisque 87 % des mères canadiennes déclarent avoir commencé à allaiter et 26 % disent continuer l'allaitement exclusif pendant au moins six mois³⁶.

Figure 12.2 Pourcentage des mères des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique selon la durée de l'allaitement maternel (2013-2014)

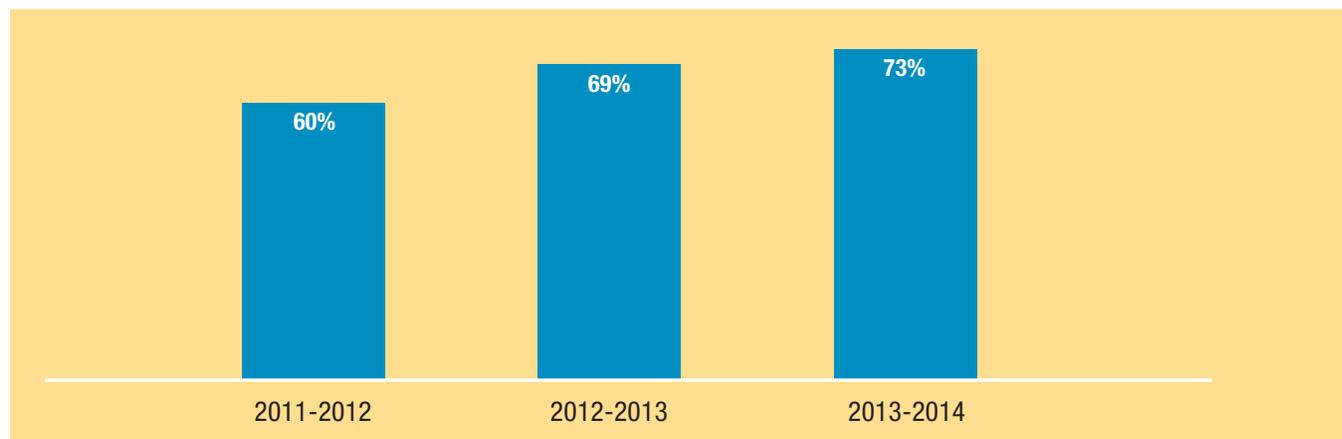


Source : Rapports de la région de l'Atlantique présentés au moyen du MRC (2013-2014)



Au cours des trois dernières années, le pourcentage de mères ayant commencé à allaiter a augmenté.

Figure 12.3 Pourcentage des mères des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ayant commencé à allaiter (2011-2014)



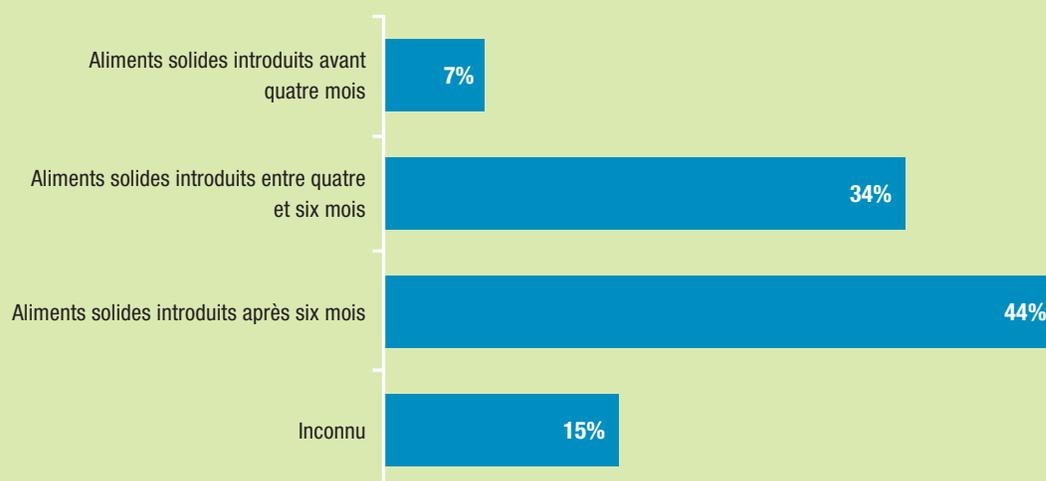
Source : Rapports de la région de l'Atlantique présentés au moyen du MRC (2011-2014)

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 recommandée de nourrir un nourrisson^{37, 38}.

12.4 INTRODUCTION DES ALIMENTS SOLIDES

Un peu moins de la moitié des bébés nés dans des collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique avaient commencé à manger des aliments solides à six mois ou plus en 2013-2014.

Figure 12.4 Pourcentage d'introduction des aliments solides dans l'alimentation des bébés des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, selon l'âge (2013-2014)



Source : Rapports de la région de l'Atlantique présentés au moyen du MRC (2013-2014)

Au cours de trois dernières années :

- le pourcentage de bébés ayant commencé à manger des aliments solides avant quatre mois a diminué d'environ 25 %;
- le pourcentage de bébés ayant commencé à manger des aliments solides entre quatre et six mois a plus que doublé;
- il n'y a pas de tendance claire en ce qui concerne le pourcentage de bébés ayant commencé à manger des aliments solides après six mois.

Source : Rapports de la région de l'Atlantique présentés au moyen du MRC (2013-2014)

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^{37,38}. Si l'enfant est plutôt nourri aux préparations pour nourrissons, des aliments solides devraient être introduits en complément à l'âge de six mois. 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 ans³⁹.



12.5 TAUX DE VACCINATION DES ENFANTS

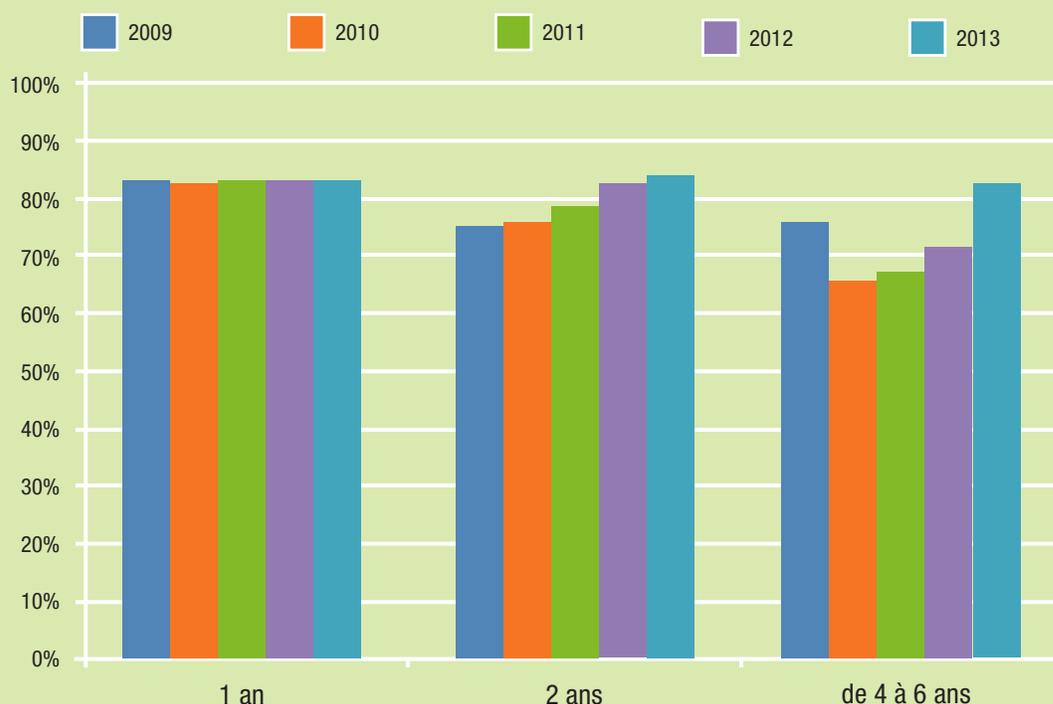
Le taux de couverture vaccinale général chez les enfants des réserves des Premières Nations de la région de l'Atlantique était de 84 % en 2013, ce qui représente une augmentation de 7 % par rapport aux cinq années précédentes. Le taux de couverture vaccinale des enfants de un an est resté constant, tandis que les taux pour les enfants de deux ans et de quatre à six ans ont augmenté sur cette période.

Tableau 12.1 Taux de couverture vaccinale dans les réserves des Premières Nations de la région de l'Atlantique, selon l'âge, 2013 et tendance quinquennale

	Taux de couverture vaccinale (2013)	Variation en pourcentage (2009-2013)
1 an	84%	Aucun changement
2 ans	84%	12% ↑
de 4 à 6 ans	83%	9% ↑

Source : Rapports sur les taux de couverture vaccinale des collectivités de la région de l'Atlantique (2009-2013)

Figure 12.5 Taux de couverture vaccinale chez les enfants des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, selon l'âge et l'année (2009-2013)



Source : Rapports sur les taux de couverture vaccinale des collectivités de la région de l'Atlantique (2009-2013)

Selon l'antigène, les taux de couverture canadiens varient entre 77 % et 96 % pour les enfants de deux ans; et entre 87 % et 96 % pour les enfants de sept ans⁴⁰. Comme les provinces de l'Atlantique ont des calendriers de vaccination différents, la DGSPNI ne rapporte pas les taux de vaccination dans les réserves des Premières Nations selon l'antigène. Nous fournissons plutôt des données sur la couverture totale selon l'âge. Le taux de couverture total dans les réserves des provinces de l'Atlantique correspond à la fourchette de la couverture selon l'antigène au Canada pour les enfants de deux ans et il n'est que légèrement inférieur à la fourchette canadienne pour les enfants de sept ans.

12.6 PROGRAMME D'AIDE PRÉSCOLAIRE AUX AUTOCHTONES DES RÉSERVES

En 2013-2014, 495 enfants de six ans et moins étaient inscrits au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves (PAPAR), soit 15 % des enfants de six ans et moins admissibles. D'après l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) de 2008-2010, environ 36,4 % des enfants des Premières Nations vivant dans une réserve au Canada ont participé à un programme d'aide préscolaire aux Autochtones²³.

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves (PAPAR) finance des stratégies d'intervention précoce qui visent à combler les besoins en matière de développement des enfants des Premières Nations vivant dans une réserve ainsi que les besoins de leur famille. Le but premier du programme est de 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.

Le PAPAR peut être centralisé ou prendre la forme de services de sensibilisation et de visites à domicile. La combinaison des deux modèles est aussi possible. Le PAPAR est parfois intégré à la prestation d'un service de garde, qui est financé par Emploi et Développement social Canada. De plus, certains programmes d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves sont maintenant agréés et intégrés au financement provincial afin de fournir davantage de programmes destinés à la petite enfance. Les ententes et les processus d'agrément varient d'une province à l'autre.

Comme les années précédentes, 66 % des participants ont entre trois et six ans. Les programmes sur place destinés aux enfants de moins de deux ans entraînent des exigences différentes pour le personnel et l'endroit qui les accueillent de celles des programmes destinés aux enfants plus vieux et déjà propres.

Il y avait 38 enfants sur la liste d'attente du PAPAR en 2013-2014, une diminution de 50 % depuis 2011-2012. La plupart des enfants sur la liste d'attente (74 %) ont moins de trois ans.

Parmi les participants au PAPAR dans la région de l'Atlantique en 2013-2014 :

- 21 % des enfants ont été évalués/reconnus comme ayant des besoins spéciaux^{##};
- 6 % ont été diagnostiqués comme ayant des besoins spéciaux^{##};
- 20 % ont été aiguillés vers d'autres ressources;
- 2 % étaient inscrits sur une liste d'attente pour une évaluation diagnostique.

Source : Rapports de la région de l'Atlantique présentés au moyen du MRC (2013-2014)

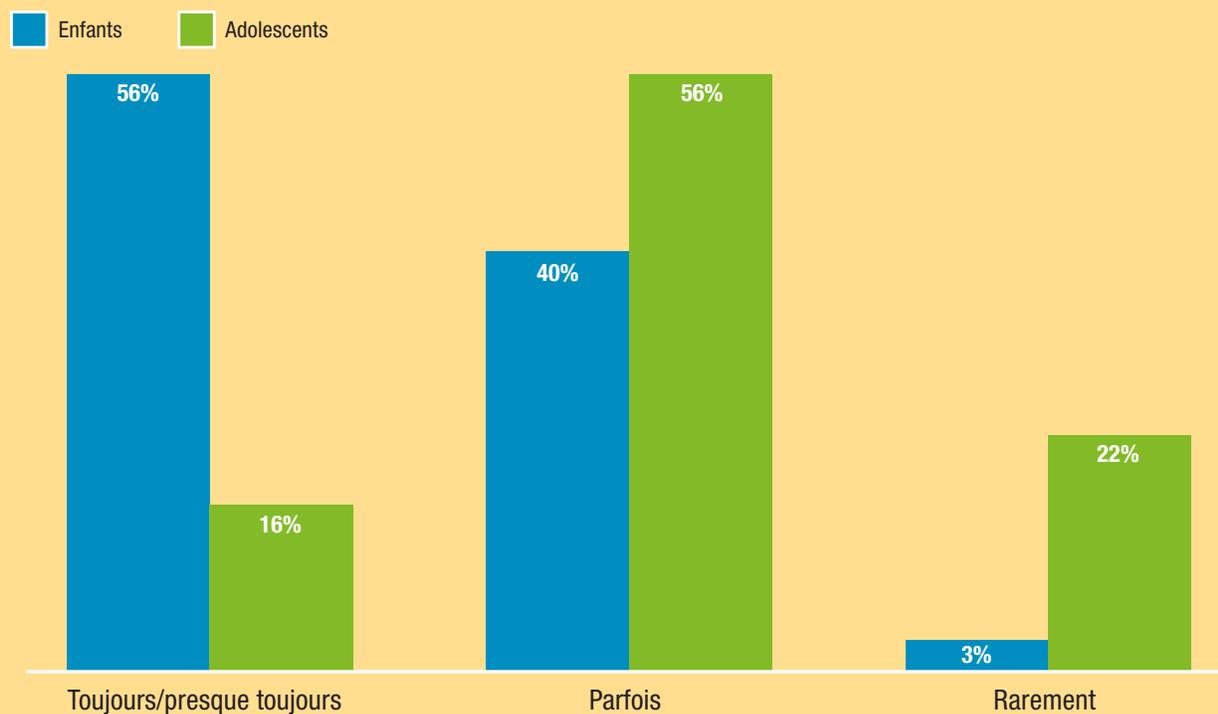
Dans l'ensemble de la région de l'Atlantique, 3 % des enfants des réserves ont des problèmes de langage et 2 %, des troubles d'apprentissage¹¹.

^{##} Le MRC 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 collectivité. 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.

12.7 NUTRITION

Parmi les enfants des Premières Nations vivant dans une réserve, 50 % ont toujours ou presque toujours un régime alimentaire équilibré, tandis que 40 % des parents ou des tuteurs rapportent que leur enfant mange parfois des repas équilibrés et pour 3 %, les repas équilibrés sont rares. Pour les adolescents vivant dans une réserve dans les provinces de l'Atlantique, la proportion de ceux qui mangent toujours ou presque toujours des repas équilibrés est plus faible que pour les enfants. À l'échelon national, une plus forte proportion d'adolescents des Premières Nations vivant dans une réserve que d'adolescents vivant dans la région de l'Atlantique déclarent manger toujours ou presque toujours des repas équilibrés²³.

Figure 12.6 Pourcentage des enfants et des adolescents des Premières Nations vivant dans une réserve dont les repas sont équilibrés (2008-2010)



Source : Rapport de synthèse de l'ERS pour la région de l'Atlantique (2008-2010)

12.8 SANTÉ DENTAIRE

La carie du biberon touche 13 % des enfants dans les réserves des Premières Nations de la région de l'Atlantique¹¹. Parmi ceux-ci, 78 % ont reçu des traitements pour corriger le problème.

La DGSPNI (Atlantique) finance l'Initiative en santé buccodentaire des enfants (ISBE) pour les réserves des Premières Nations. En 2013-2014 :

- 78 % des enfants de sept ans et moins étaient inscrits à l'ISBE;
- 53 % des enfants inscrits à l'ISBE ont fait l'objet d'un dépistage.

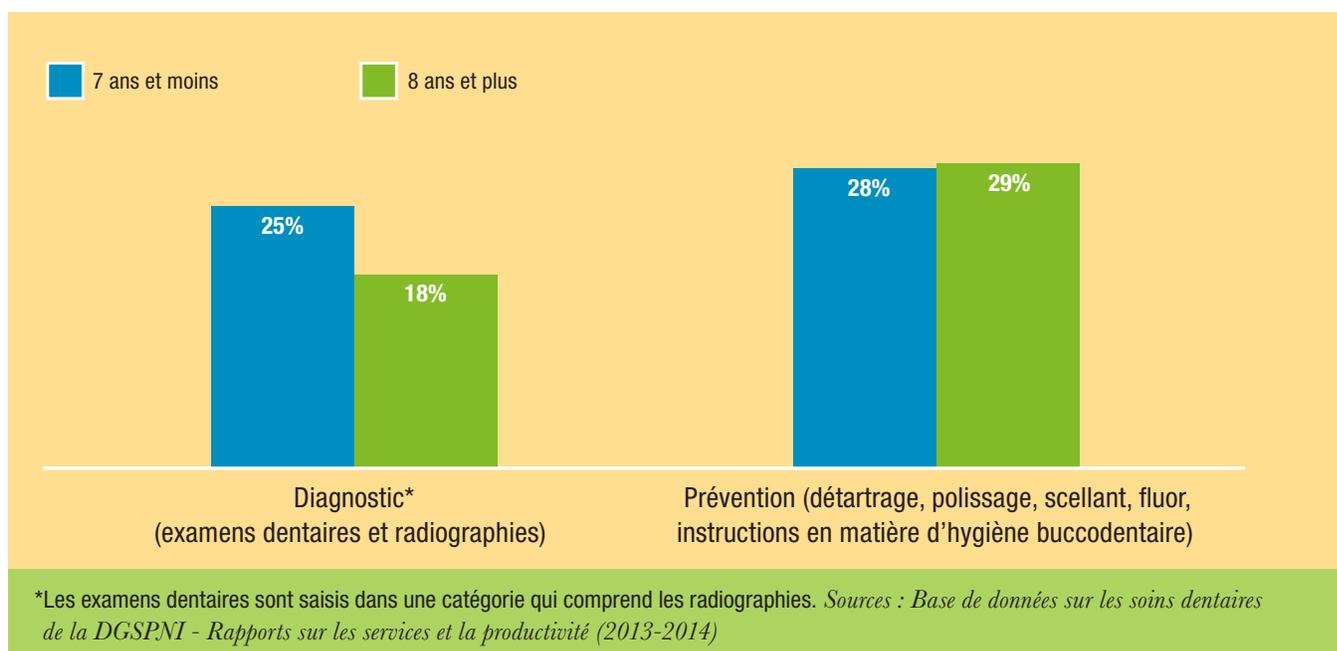
Le programme vise à soumettre 90 % des enfants inscrits à un examen de dépistage.

Au cours des quatre dernières années :

- le nombre d'enfants inscrits à l'ISBE a augmenté de 62 %;
- le pourcentage des enfants inscrits ayant fait l'objet d'un dépistage a diminué de 21 %.

La DGSPNI offre aussi des services de soins dentaires dans les réserves. Il est recommandé que tous les clients aient une visite annuelle d'examen et de prévention. En 2013-2014, moins de 30 % des membres des Premières Nations dans les réserves ont eu leur examen annuel ou leur consultation de prévention annuelle.

Figure 12.7 Prévalence des membres des Premières Nations vivant dans une réserve, selon le service de soins dentaires (2013-2014)

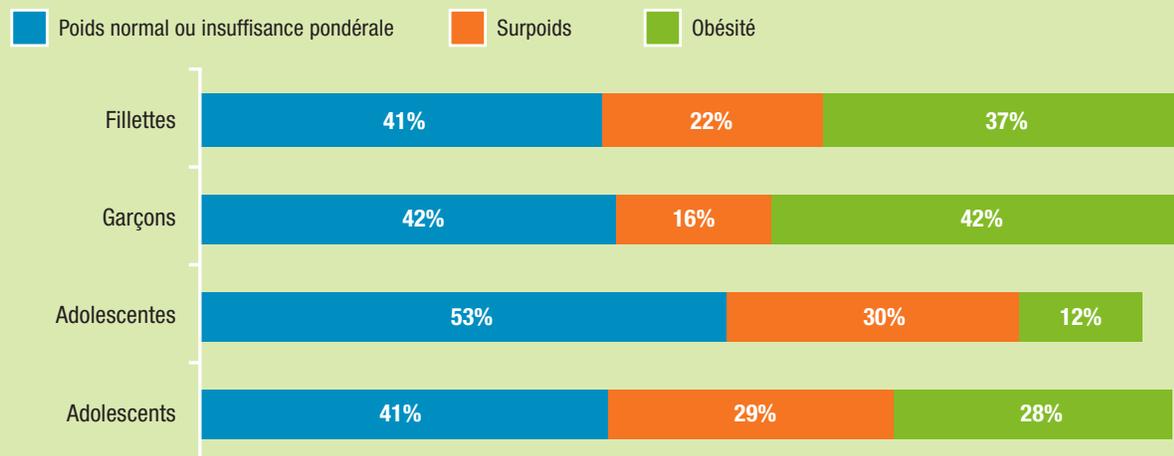


12.9 POIDS CORPOREL

Une proportion similaire de garçons et de filles vivant dans une réserve des provinces de l'Atlantique ont un poids normal ou une insuffisance pondérale, mais une plus forte proportion des garçons sont obèses. À l'échelon national, une plus faible proportion des enfants des Premières Nations ont un poids normal ou une insuffisance pondérale, comparativement aux enfants des Premières Nations de la région de l'Atlantique²³.

Dans la région de l'Atlantique, 47 % des adolescents des Premières Nations vivant dans une réserve ont un poids normal ou une insuffisance pondérale. Une plus forte proportion d'adolescentes ont un poids normal ou une insuffisance pondérale comparativement aux adolescents tandis qu'une plus forte proportion d'adolescents sont obèses. À l'échelon national, la proportion des adolescents des Premières Nations obèses est plus faible (13 %)²³.

Figure 12.8 Pourcentage des enfants et des adolescents des Premières Nations vivant dans une réserve, selon la catégorie de l'indice de masse corporelle et le sexe (2008-2010)

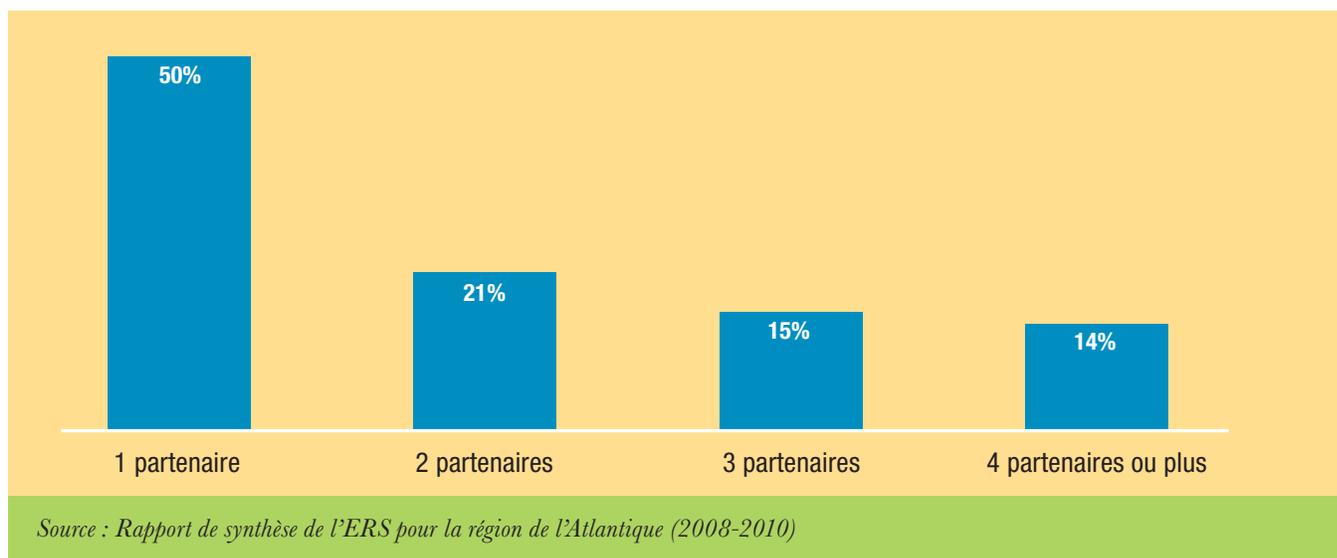


Source : Rapport de synthèse de l'ERS pour la région de l'Atlantique (2008-2010)

12.10 SANTÉ SEXUELLE

Parmi les adolescents vivant dans une réserve des Premières Nations dans la région de l'Atlantique déclarant être actifs sexuellement, près de la moitié rapportent n'avoir qu'un seul partenaire sexuel (figure 12.9). Un sur cinq déclare avoir deux partenaires et environ trois sur dix avaient trois partenaires sexuels ou plus.

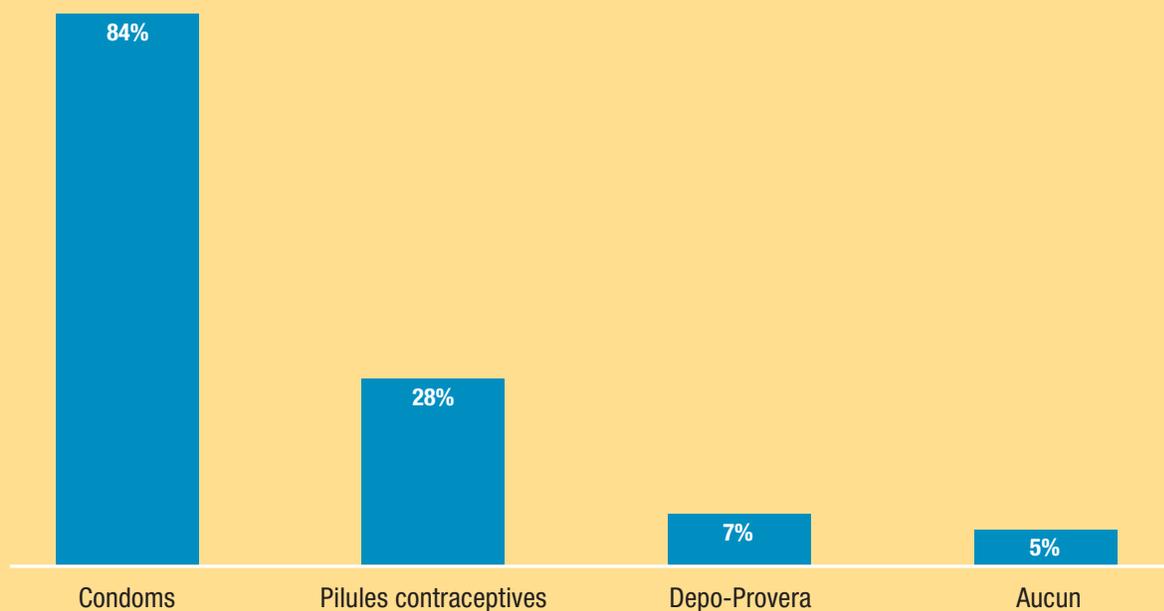
Figure 12.9 Pourcentage des adolescents vivant dans une réserve d'une Première Nation de la région de l'Atlantique, selon le nombre autodéclaré de partenaires sexuels (2008-2010)



Parmi les adolescents actifs sexuellement vivant dans une réserve, plus de quatre sur cinq (84 %) déclarent utiliser des condoms (figure 12.10). Les pilules contraceptives sont la deuxième forme de protection la plus courante (28 %). Moins de 5 % des adolescents actifs sexuellement déclarent n'utiliser aucune méthode de contraception ou de protection. Les condoms sont aussi la forme de contraception/protection la plus souvent utilisée par les adolescents des Premières Nations vivant dans une réserve à la grandeur du Canada²³.



Figure 12.10 Pourcentage des adolescents vivant dans une réserve d'une Première Nation de la région de l'Atlantique se déclarant actifs sexuellement, selon le type de contraception (2008-2010)

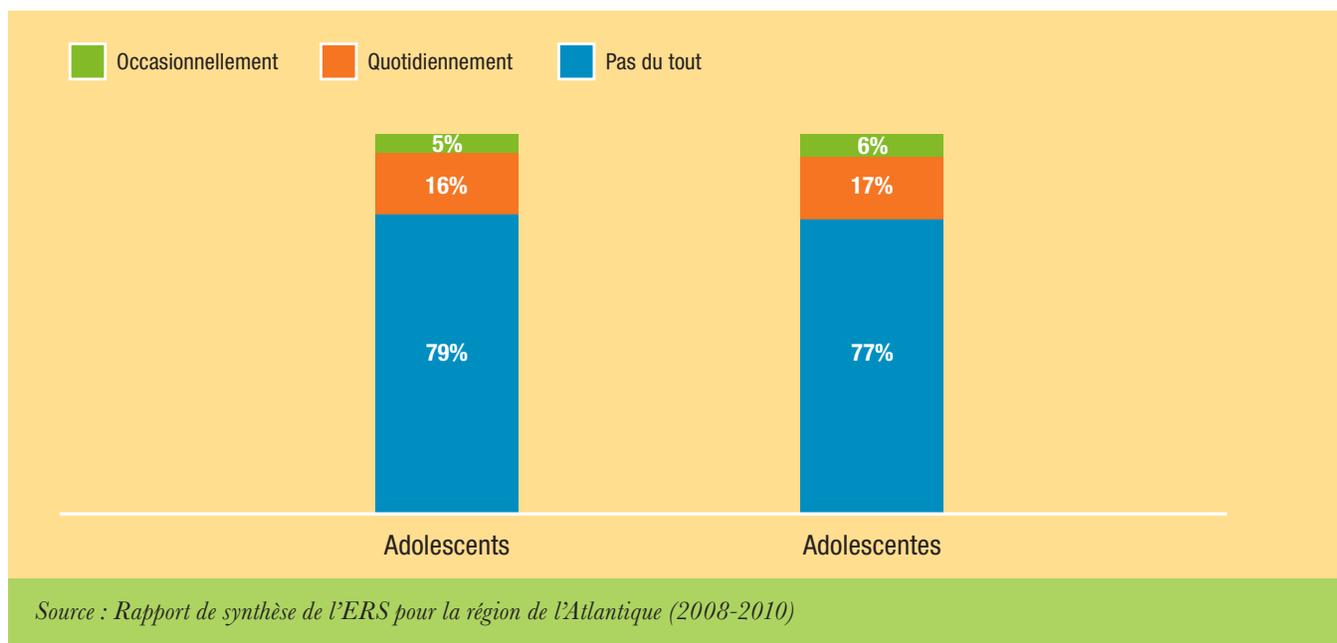


Source : Rapport de synthèse de l'ERS pour la région de l'Atlantique (2008-2010)

12.11 TABAGISME

Dans l'ensemble, environ un adolescent sur cinq vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique déclare fumer quotidiennement ou à l'occasion, une proportion similaire à celle des adolescents des Premières Nations à l'échelon national^{11,23}. Seulement 8 % des adolescents de la population générale déclarent fumer quotidiennement ou occasionnellement⁴¹.

Figure 12.11 Pourcentage des adolescents vivant dans une réserve d'une Première Nation de la région de l'Atlantique, selon le type de fumeur et le sexe (2008-2010)



12.12 ALCOOL

Une plus forte proportion d'adolescentes que d'adolescents des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique déclarent avoir consommé de l'alcool dans les 12 mois précédents (41 % contre 34 %).

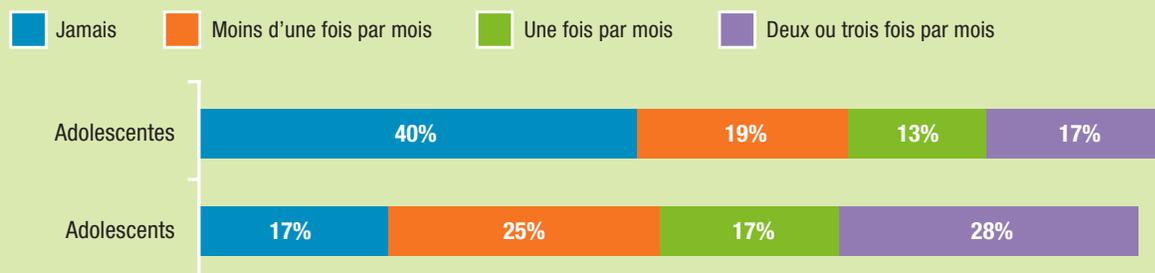
Figure 12.12 Pourcentage des adolescents des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique qui déclarent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, selon le sexe (2008-2010)



Source : Rapport de synthèse de l'ERS pour la région de l'Atlantique (2008-2010)

Plus de 70 % des adolescents des Premières Nations qui boivent de l'alcool déclarent s'être livrés à une beuverie expresse (cinq consommations d'alcool ou plus lors de la même occasion) au cours de la dernière année, la proportion étant plus forte chez les adolescents que chez les adolescentes.

Figure 12.13 Pourcentage des adolescents vivant dans une réserve d'une Première Nation de la région de l'Atlantique qui déclarent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, selon la fréquence des beuveries expressives et le sexe (2008-2010)



Source : Rapport de synthèse de l'ERS pour la région de l'Atlantique (2008-2010)

12.13 COMPORTEMENTS MATERNELS RISQUÉS

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 accru³⁰.

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 vie³⁰. À l'heure actuelle, il n'existe aucune donnée probante qu'il y aurait un niveau sécuritaire de consommation d'alcool pendant la grossesse³¹. Par conséquent, les directives cliniques conseillent aux femmes enceintes ou susceptibles de le devenir de s'abstenir complètement de boire de l'alcool.

La consommation de drogues illicites pendant la grossesse peut aussi nuire gravement à la santé des femmes enceintes et de leur enfant, entraînant des conséquences qui peuvent les affecter tout au long de leur vie.

On ignore combien de Canadiens sont touchés par l'ETCAF, car ces troubles sont difficiles à diagnostiquer et sont souvent sous-déclarés³². On estime que neuf bébés canadiens sur 1000³², soit environ 1 % de la population³¹, naissent avec l'ETCAF chaque année.

La grossesse précoce est associée à de multiples risques pour la santé des mères adolescentes et de leur enfant : anémie chez la mère, faible gain de poids pendant la grossesse, faible poids à la naissance, naissance prématurée, taux de mortalité néonatale plus élevé³⁰. La grossesse risque également de compromettre la réussite scolaire des mères adolescentes³⁰. En 2011, environ 3,6 % des naissances vivantes au Canada survenaient chez des femmes de moins de 20 ans³³.

Le diabète gestationnel (de grossesse) augmente le risque que le bébé ait un poids élevé à la naissance, et accroît la possibilité d'apparition des effets négatifs pour la santé qui y sont associés. La présence du diabète gestationnel augmente également le risque que la mère développe le diabète de type 2 après la grossesse³⁰.

De 2010 à 2014, le pourcentage des femmes enceintes vivant dans une réserve qui ont consommé de l'alcool pendant leur grossesse a diminué de 19 % à 5 %.

Au cours des quatre dernières années, d'autres facteurs de risque importants sont restés constants. Chez les femmes enceintes vivant dans une réserve en 2013-2014 :

- 40 % fumaient la cigarette
- 13 % ont consommé des drogues ou inhalé des solvants
- 17 % avaient moins de 20 ans
- 8 % présentaient un diabète gestationnel

Source : Rapports de la région de l'Atlantique présentés au moyen du MRC (2010-2014)



12.14 AUTRES INDICATEURS D'INTÉRÊT POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Le Plan stratégique pour les enfants et les adolescents définit des indicateurs relatifs à des milieux communautaires plus sûrs ainsi qu'à la qualité et à la disponibilité d'un plus vaste éventail de programmes et de services de santé. Ces indicateurs sont mentionnés ailleurs dans le rapport, plus particulièrement :

- Section 5.1.1 : Diabète
- Section 7 : Dépendances
- Section 8.1 : Accès à des soins
- Section 9 : Hygiène du milieu

LISTE DES RÉFÉRENCES

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES RÉFÉRENCES

- (1) Mi'kmaw Kina'matnewey (Education), Atlantic Canada's First Nation Help Desk. L'nui' suti app- Mi'kmaq Words and Phrases. 2015.
- (2) Organisation mondiale de la santé. Obésité. 2015.
- (3) Sproule B, Brands B, Li S, Catz-Biro L. Changing patterns in opioid addiction. *Can Fam Physician* 2009;55:68-69.
- (4) Association des pharmaciens du Canada. e-CPS Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. Association des pharmaciens du Canada. 2013. 2012.
- (5) Centre de toxicomanie et de santé mentale. Mental health and addiction information. Méthadone. Centre de toxicomanie et de santé mentale. 2012. 2012.
- (6) Hernandez SH, Nelson LS. Prescription drug abuse: Insight into the epidemic. *Clin Pharmacol Ther* 2010;88:307-317.
- (7) Organisation mondiale de la santé. Lexique terminologique de l'OMS sur l'alcool et les drogues (en anglais seulement). Organisation mondiale de la santé . 2010. 2010.
- (8) Hernandez SH, Nelson LS. Prescription drug abuse: Insight into the epidemic. *Clin Pharmacol Ther* 2010;88:307-317.
- (9) Centre de toxicomanie et de santé mentale. Trousse d'outils sur la toxicomanie : Renseignements de base sur la toxicomanie. Centre de toxicomanie et de santé mentale . 2014. 2010.
- (10) Agence de la santé publique du Canada. Définitions de cas pour les maladies transmissibles sous surveillance nationale. Relevé des maladies transmissibles au Canada. Rapport. Agence de la santé publique du Canada; 2009.
- (11) Union des Indiens de la Nouvelle-Écosse. Rapport de synthèse des données de l'ERS pour la région de l'Atlantique (2008-2010). 2014.
- (12) Langlois S, Turner A. Les langues autochtones et certains facteurs de vitalité, 2011. Rapport. Statistique Canada: Minister of Industry; 2014. Report No.: 89-655-X.
- (13) Tarasuk V, Mitchell A, Dachner N. Household Food Insecurity in Canada 2012. 2014.
- (14) Statistique Canada. Rapport de synthèse sur l'Enquête auprès des peuples autochtones pour la région de l'Atlantique. 2012.
- (15) Agence de la santé publique du Canada. Obésité au Canada : Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. 2011.
- (16) Statistique Canada CANSIM. Tableau 105-4042-Test de Pap, femmes de 18 à 69 ans, Canada, provinces et territoires, occasionnel. 2015.
- (17) Agence de la santé publique du Canada. 2009 Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada. Agence de la santé publique du Canada. 2009. 2014.
- (18) Agence de la santé publique du Canada. Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres. Agence de la santé publique du Canada. 2011. 2014.
- (19) Konrad S, Hossain A, Senthilselvan A, Dosman JA, Pahwa P. La bronchite chronique chez les Autochtones – prévalence et facteurs associés. *Maladies chroniques et blessures au Canada* 2013;33(4):218-225.
- (20) Statistique Canada CANSIM. Asthme, selon le sexe, provinces et territoires (pourcentage) Tableau 105-0501. Rapport. Statistique Canada; 2014. Rapport no : 82-221-X.
- (21) Statistique Canada. Maladie pulmonaire obstructive chronique 2009. Rapport. Statistique Canada; 2011. Rapport no : 82-625-X.
- (22) Statistique Canada. Arthrite, 2010. 2015.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- (23) Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS,) 2008-2010 : Rapport national sur les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans les collectivités des Premières Nations. 2012.
- (24) Bogunovic OJ, Greenfield SF. Use of benzodiazepines among elderly patients. *Practical Geriatrics* 2004;55:233-235.
- (25) Aparasu RR, Mort JR, Brandt H. Psychotropic prescription use by community-dwelling elderly in the United States. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:671-677.
- (26) Tissaaratchy P. Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits : Rapport analytique de 2014. Rapport. Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits; Santé Canada; 2014.
- (27) Santé Canada. Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada - Tableau sommaire. Rapport. Santé Canada; 2014.
- (28) Agence de la santé publique du Canada. Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas? 2013.
- (29) Statistique Canada. Enquête nationale auprès des ménages. Rapport. 2011.
- (30) Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada. Rapport. Agence de la santé publique du Canada; 2008.
- (31) Carson G, Vitale L, Crane J, Croteau P, Graves L, Kluka S. Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada* 2010;32(8):S1.
- (32) Enfants en santé Manitoba. Position paper developing a national prevalence plan for FASD in Canada. *Enfants en santé Manitoba*. 2012. 2012.
- (33) Statistique Canada. Tableau 102-4503 : Naissances vivantes, selon l'âge de la mère, Canada, provinces et territoires. Statistique Canada. 2013. 2014.
- (34) Statistique Canada. Tableau 102-4504 : Âge moyen de la mère à l'accouchement (naissances vivantes), Canada, provinces et territoires, annuel (années), (CANSIM base de données). Statistique Canada. 2014. 2012.
- (35) Gouvernement du Canada. Le bien-être des jeunes enfants au Canada. Rapport. Ressources humaines et Développement social Canada, Agence de santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada; 2011.
- (36) Santé Canada. Aliments et nutrition. Choix de l'allaitement au Canada : Statistiques et graphiques clés (2009-2010). Santé Canada. 2012. 2014.
- (37) 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. Santé Canada. 2012. 2012.
- (38) Organisation mondiale de la santé et UNICEF. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Organisation mondiale de la santé et UNICEF . 2012.
- (39) Seach KS, Dharmage SC, Lowe AJ, Dixon JB. Delayed introduction of solid feeding reduces child overweight and obesity at 10 years. *Int J Obes* 2010;34(10):1475-1479.
- (40) Agence de la santé publique du Canada. Couverture vaccinale des enfants canadiens : résultats de l'Enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants de 2011. 1-30-2015.
- (41) Santé Canada. Votre santé et vous. Effets de la santé buccodentaire sur l'état de santé général. Rapport. 2009.

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 Calcul des pourcentages à l'aide des données sur les SSNA

Figure 3.1 Population totale d'Indiens inscrits vivant dans une réserve des provinces de l'Atlantique, selon l'âge et le sexe (2013)

Figure 3.2 Population totale vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve dans la région de l'Atlantique, et population générale de la région de l'Atlantique, selon l'âge (2013)

Figure 3.3 Pourcentage des enfants des Premières Nations pris en charge dans la région de l'Atlantique, selon le type de prise en charge (2007-2013)

Figure 4.1 Pourcentage d'adultes des Premières Nations vivant dans une réserve dans les provinces de l'Atlantique, selon des indices d'insécurité alimentaire (2008-2010)

Figure 4.2 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve et population de la région de l'Atlantique selon la catégorie de poids

Figure 4.3 Pourcentage des adultes des Premières Nations actifs sexuellement vivant dans une réserve dans les provinces de l'Atlantique selon le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois (2008 -2010)

Figure 4.4 Pourcentage des adultes des Premières Nations actifs sexuellement vivant dans une réserve dans les provinces de l'Atlantique, selon le moyen de contraception (2008-2010)

Figure 4.5 Pourcentage des femmes adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ayant subi un test de Pap, selon le temps écoulé depuis le dernier test (2008-2010).

Figure 4.6 Taux de chlamydia (pour 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique (2009-2013)

Figure 4.7 Taux normalisé de chlamydia pour 100 000 habitants dans les réserves des provinces de l'Atlantique et dans la population canadienne, selon la tranche d'âge

Figure 4.8 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve, selon le tabagisme et le sexe (2008-2010)

Figure 4.9 Prévalence des demandes de paiement pour des produits de cessation du tabagisme chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique (2013)

Figure 4.10 Prévalence des demandes de paiement pour des produits de cessation du tabagisme chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique selon l'âge et le sexe (2013)

Figure 4.11 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve selon l'alcool consommé au cours des 12 derniers mois

Figure 4.12 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve dans la région de l'Atlantique selon la consommation de cinq boissons alcoolisées ou plus lors de la même occasion

Figure 5.1 Prévalence des demandeurs de paiement aux SSNA pour des médicaments contre le diabète chez les membres des bandes de la région de l'Atlantique, selon le sexe (2013)

Figure 5.2 Pourcentage de demandeurs de paiement des SSNA pour des médicaments contre le diabète chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon la tranche d'âge (2013)

Figure 5.3 Prévalence des demandeurs de paiement pour des médicaments contre des maladies cardiovasculaires chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon le sexe (2013)

Figure 5.4 Prévalence des demandeurs de paiement pour des médicaments contre des maladies cardiovasculaires chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon la tranche d'âge (2013)

Figure 6.1 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve dans les provinces de l'Atlantique selon la détresse psychologique autodéclarée (2008-2010)

Figure 7.1 Nombre d'interventions rapportées par les collectivités pour abus de substances, dépendances et santé mentale, selon l'âge (2013-2014)

Figure 7.2 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 (2009-2014)

Figure 7.3 Prévalence des demandeurs de paiement âgés de 15 ans et plus pour des benzodiazépines parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon le sexe (2013)

Figure 7.4 Prévalence des demandeurs de paiement âgés de 15 ans et plus pour des benzodiazépines parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon la tranche d'âge (2013)

Figure 7.5 Prévalence des demandeurs de paiement âgés de 15 ans et plus pour des opioïdes parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon le sexe (2013)

Figure 7.6 Prévalence des demandeurs de paiement âgés de 15 ans et plus pour des opioïdes parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon la province et la tranche d'âge (2013)

Figure 7.7 Prévalence des demandeurs de paiement âgés de 15 ans et plus pour des ordonnances de méthadone parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon la province, sur cinq ans (2009- 2013)

Figure 8.1 Pourcentage d'adultes des Premières Nations vivant dans une réserve, selon l'obstacle autodéclaré pour obtenir des soins de santé (2008-2010)

Figure 8.2 Pourcentage de soins infirmiers à domicile et en milieu communautaire selon le type de service et la province (2012-2013)

Figure 8.3 Pourcentage des clients des services à domicile et en milieu communautaire des réserves de la région de l'Atlantique, selon le type de client (2012-2013)

Figure 9.1 Pourcentage des échantillons d'eau prélevés dans des réserves des provinces de l'Atlantique dont l'analyse bactériologique était insatisfaisante et nombre d'échantillons analysés (2010-2014)

Figure 10.1 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve et de la population générale de la région de l'Atlantique n'ayant pas terminé leurs études secondaires, selon le sexe

Figure 11.1 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, selon le lieu de travail (2008-2010)

LISTE DES FIGURES

Figure 11.2 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve selon le niveau de revenu (2008-2010)

Figure 12.1 Taux de natalité dans les réserves des Premières Nations de la région de l'Atlantique (2009-2013)

Figure 12.2 Pourcentage des mères des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique selon la durée de l'allaitement maternel (2013-2014)

Figure 12.3 Pourcentage des mères des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ayant commencé à allaiter (2011-2014)

Figure 12.4 Pourcentage d'introduction des aliments solides dans l'alimentation des bébés des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, selon l'âge (2013-2014)

Figure 12.5 Taux de couverture vaccinale chez les enfants des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, selon l'âge et l'année (2009-2013)

Figure 12.6 Pourcentage des enfants et des adolescents des Premières Nations vivant dans une réserve dont les repas sont équilibrés (2008-2010)

Figure 12.7 Prévalence des membres des Premières Nations vivant dans une réserve, selon le service de soins dentaires (2013-2014)

Figure 12.8 Pourcentage des enfants et des adolescents des Premières Nations vivant dans une réserve, selon la catégorie de l'indice de masse corporelle et le sexe (2008-2010)

Figure 12.9 Pourcentage des adolescents d'une Première Nation vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, selon le nombre autodéclaré de partenaires sexuels (2008-2010)

Figure 12.10 Pourcentage des adolescents vivant dans une réserve d'une Première Nation de la région de l'Atlantique se déclarant actifs sexuellement, selon le type de contraception (2008-2010)

Figure 12.11 Pourcentage des adolescents vivant dans une réserve d'une Première Nation de la région de l'Atlantique, selon le type de fumeur et le sexe (2008-2010)

Figure 12.12 Pourcentage des adolescents vivant dans une réserve d'une Première Nation de la région de l'Atlantique qui déclarent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, selon le sexe (2008-2010)

Figure 12.13 Pourcentage des adolescents vivant dans une réserve d'une Première Nation de la région de l'Atlantique qui déclarent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, selon la fréquence des beuveries expressives et le sexe (2008-2010)

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 Nombre de collectivités produisant des rapports selon le domaine de programme (2013-2014)

Tableau 1.2 Pourcentage de RSPSe manquants par rapport aux rapports dus, collectivités des Premières Nations (réserves) des provinces de l'Atlantique (de 2009-2010 à 2012-2013)

Tableau 1.3 Nombre de collectivités des Premières Nations (réserves) des provinces de l'Atlantique qui fournissent de l'information sur le taux de couverture vaccinale (2008-2013)

Tableau 1.4 Nombre de collectivités des Premières Nations (réserves) des provinces de l'Atlantique qui fournissent de l'information sur le nombre de naissances vivantes (2010-2013)

Tableau 1.5 Pourcentage des rapports manquants par rapport aux rapports dus sur les maladies à déclaration obligatoire dans les collectivités des Premières Nations (réserves) des provinces de l'Atlantique qui signalent le nombre de naissances vivantes (2010-2014)

Tableau 3.1 Pourcentage des enfants des Premières Nations âgés de 18 ans ou moins pris en charge, région de l'Atlantique et Canada (2007-2013)

Tableau 4.1 Taux de chlamydia pour 100 000 habitants, taux brut et normalisé

Tableau 5.1 Prévalence normalisée des demandes de paiement aux SSNA pour des médicaments contre le diabète (2013) et taux de diabète provinciaux (2008-2009)

Tableau 5.2 Augmentation en pourcentage de la prévalence des personnes présentant une demande de paiement aux SSNA pour des médicaments contre le diabète (2009-2013)

Tableau 5.3 Variation en pourcentage de la prévalence des demandeurs de paiement des SSNA pour des médicaments contre des maladies cardiovasculaires, selon la province (2009-2013)

Tableau 5.4 Prévalence des affections respiratoires autodéclarées par des adultes, réserves et extérieur d'une réserve, et provinces de l'Atlantique

Tableau 5.5 Prévalence de l'arthrite autodéclarée par des adultes, réserves et extérieur d'une réserve, et Canada

Tableau 5.6 Prévalence de l'hypertension artérielle autodéclarée par des adultes, réserves et extérieur d'une réserve, et provinces de l'Atlantique

Tableau 5.7 Nombre de cas de maladies à déclaration obligatoire signalés à la DGSPNI par des collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique (2013)

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 7.1 Prévalence des demandeurs de paiement âgés de 15 ans et plus pour des benzodiazépines parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique (2013) et variation de la prévalence en pourcentage (2009-2013)

Tableau 7.2 Prévalence des demandeurs de paiement âgés de 15 ans et plus pour des opioïdes parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique (2013) et variation de la prévalence en pourcentage (2009-2013)

Tableau 8.1 Pourcentage des membres des Premières Nations de la région de l'Atlantique selon la raison du transport pour raisons médicales (2013-2014)

Tableau 8.2 Proportion d'heures consacrées aux services à domicile et en milieu communautaire dans la région de l'Atlantique, selon le type de service (2012-2013)

Tableau 9.1 Nombre d'avis d'ébullition d'eau et de ne pas consommer publiés et levés dans les collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique (2010-2014)

Tableau 11.1 Taux d'emploi pour les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve et de la région de l'Atlantique

Tableau 12.1 Taux de couverture vaccinale dans les réserves des Premières Nations de la région de l'Atlantique, selon l'âge, 2013 et tendance quinquennale

LISTE DES ACRONYMES

AANDC – Affaires autochtones et Développement du Nord Canada

AC – Accord de contribution

AEE – Avis d'ébullition d'eau

AHM – Agents d'hygiène du milieu

ASPC – Agence de santé publique du Canada

CBDHA – Régie régionale de la santé Cape Breton

CGIPN – Comité de gouvernance sur l'information des Premières nations

CISTNL – Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador

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

DMI – Dossier médical informatisé

EAPA – Enquête auprès des peuples autochtones

ENSP – Enquête nationale sur la santé de la population

ERS – Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations

ETCAF – Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale

II – Inscription des Indiens

IMC – Indice de masse corporelle

IPE – Île-du-Prince-Édouard

ISBE – Initiative en santé buccodentaire pour les enfants

MRC – Modèle de rapport communautaire

NB – Nouveau-Brunswick

NL – Terre-Neuve-et-Labrador

NPC – Ne pas consommer

NS – Nouvelle-Écosse

OMS – Organisation mondiale de la santé

PA – Protocole d'accord

PAPAR – Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves

PE – Protocole d'entente

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

RCSSP – Renforcement de la capacité de surveillance de la santé de la population

RSPSe – outil électronique Rapport statistique sur la prestation des services

SCTRM – Système de consignation des transports pour raisons médicales

SIHM – Système d'information sur l'hygiène du milieu

SIT – Système d'information sur la toxicomanie

SSNA – Services de santé non assurés

URSP – Unité de recherche sur la santé de la population

ANNEXE

ANNEXE A: MODÈLE LOGIQUE DU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE SURVEILLANCE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION





Health Canada
Suite 1525, 1505 Barrington Street
Halifax, Nova Scotia
B3J 3Y6
Email: Atlantic_epis@hc-sc.gc.ca